

# Limites et ambiguïtés de la recherche en santé publique <sup>(1)</sup>

L'exemple de l'enquête de Boulogne-Billancourt

Pierre AÏACH\*

Qu'est-ce que la santé publique ? S'agit-il d'autre chose que de la santé du public, c'est-à-dire de la santé de l'ensemble des membres de la communauté nationale ? Sans doute, puisqu'il y a des enseignants et des enseignements en santé publique. Mais cela suffit-il à lui conférer le statut de discipline scientifique ? La réponse à cette question n'est pas simple. Dans la préface d'un livre/manuel récent, intitulé *Santé publique* (BRUCKER et FASSIN, 1989), on lit à la première ligne : « Discipline sans frontières, la santé publique embrasse tous les facteurs conditionnant la santé et tous les systèmes de santé ».

Au début de l'avant-propos, les deux responsables de l'ouvrage reprennent cette idée de discipline sans limites, sans contours fixes :

« La santé publique est une discipline dont les contours se sont constamment déplacés au cours des dernières années : succédant à l'hygiène et à la médecine préventive, elle comprend aujourd'hui l'ensemble des interventions concernant la santé des personnes et des collectivités, et déborde ainsi le champ de la médecine pour s'intéresser notamment à l'économique et au social. S'il fallait se hasarder à lui donner une définition actuelle, nous dirions qu'elle est une démarche pratique ayant les politiques de santé pour objet. »

\* Inserm, U. 158, 16, avenue Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif.

(1) Cet article s'inspire d'une communication faite lors d'une table ronde, en mai 1987, et publiée dans le n° 9 de 1988 des Cahiers de recherches sociologiques de l'université de Toulouse-Montmirail.

et, un peu plus loin :

« Ainsi orientée vers l'action, elle s'appuie sur des disciplines scientifiques diverses, en particulier l'épidémiologie, l'économie, la démographie, la géographie et les sciences sociales, auxquelles elle demande des outils pour analyser les problèmes de santé, etc. »

Autrement dit, il s'agirait d'une discipline très particulière, puisqu'elle s'exprime à travers des actions qui tendent à maintenir ou à promouvoir la santé des gens (individus et groupes), actions s'appuyant sur des résultats issus de recherches venant d'autres disciplines.

Soit ! Mais dans ce cas le caractère scientifique de telles actions paraît résider dans la capacité à effectuer une synthèse subtile des outils techniques et conceptuels, ainsi que des observations et analyses produites par ces outils, afin de permettre une compréhension des « problèmes de santé » avant de passer à l'action sur le plan politique.

Au fond, ne peut-on pas faire une analogie avec la médecine ? Ne s'agit-il pas, comme en médecine, d'un savoir acquis par des enseignements de disciplines variées, puis mis en pratique (sur des individus dans le cas de la médecine, et sur des collectivités dans celui de la santé publique). La différence pratique cependant tient au fait que le savoir en santé publique ne peut qu'être très limité, puisqu'il s'acquiert en un temps restreint, et ne peut englober la masse des connaissances des diverses disciplines impliquées, comme est censé le faire le savoir médical dont l'objet unitaire est le corps humain, atteint ou pas par la maladie. Dans le cas de la santé publique, l'objet unitaire est flou, comme ses « contours » ; il a trait à la santé de la collectivité, c'est-à-dire à quelque chose, finalement, de très abstrait à force de généralité. Le praticien de santé publique se trouve un peu dans la situation d'un médecin, qui pratiquerait « son art » en grapillant des connaissances dans les savoirs constitués, dont il aurait besoin après une formation très rapide et forcément très succincte. Par ailleurs, en dehors des enseignants, qui sont ces praticiens de la santé publique ? Les responsables de politiques et de programmes de santé ? Là encore, la réponse n'est pas évidente, tant le flou est grand en ces matières.

Disons, en conclusion provisoire, que la discipline santé publique apparaît finalement comme un carrefour de savoirs et de connaissances, qui se situent dans le champ de la santé et de la maladie et proviennent d'autres disciplines, en attendant de se constituer en savoir propre avec ses concepts, ses acquis théoriques et ses mises en pratique.

Quant à la recherche en santé publique, de quoi peut-il s'agir précisément, sinon de l'éclaircissement de problèmes de santé collectifs

en vue d'une action de préservation ou de promotion. On peut admettre que le type d'actions à entreprendre sera déterminant dans la conception de la recherche et dans le choix des disciplines impliquées. S'il n'en était pas ainsi, la recherche en santé engloberait tout ce qui pourrait potentiellement faire l'objet d'une politique sanitaire, autrement dit, un champ quasiment illimité du domaine social.

Ce qui me semble être le cas de l'enquête réalisée à Boulogne-Billancourt, intitulée « Problèmes de santé dans une agglomération urbaine en mutation : Boulogne-Billancourt ». Cette enquête est exemplaire du point de vue des questions déjà posées sur la nature de la santé publique en tant que discipline et pratique de recherche. C'est pourquoi il m'a paru intéressant d'essayer d'en rendre compte, en centrant mon propos sur les points les plus en rapport avec la question de la nature et de l'objet de la recherche en santé publique.

## L'ENQUÊTE BOULOGNE-BILLANCOURT

Cette enquête (MINVIELLE *et al.*, 1975) a été menée à la Division de la recherche médico-sociale (DRMS) de l'Inserm de 1969 à 1974, année de la disparition de cette division dans les nouveaux statuts de l'Inserm. Conçue sur la lancée d'une précédente enquête faite dans la région de Soissons (BROYELLE *et al.*, 1969), elle a porté sur la population de la commune où se trouvait implantée la DRMS : Boulogne-Billancourt. La direction de cette importante enquête (1600 ménages interrogés) était assurée par des femmes médecins, inspecteurs de la santé, sorties de l'École nationale de la santé de Rennes, et devenues chefs de section au sein de la DRMS.

La DRMS émanait d'une volonté de développer une recherche autre que biomédicale, au moment de la création en 1964 de l'Inserm, qui succédait ainsi à l'Institut national d'hygiène (INH) créé en 1941 par le gouvernement de Vichy. La DRMS recevait en fait pour mission essentielle d'assurer l'information et *la recherche en santé publique*, mission qui correspondait à l'activité d'origine de l'INH.

Qu'allait-on chercher dans cette vaste enquête ? Aucune idée précise ne semble avoir présidé à sa conception, puis à sa réalisation, sinon celle, embryonnaire, d'une mise en évidence de différences sociales dans la pathologie déclarée et dans l'utilisation des services de santé ; cela, à la suite d'une tentative similaire réalisée dans le cadre de l'enquête de Soissons (tentative peu probante), et des effets diffus de mai 68 encore tout frais dans les esprits. Dans le questionnaire finalement mis au point après une préenquête constituée d'entretiens

non directifs, dominait une vision très médicale de la maladie, envisagée à partir de la Classification internationale des maladies (Cim) de l'OMS.

Le questionnement des chefs de ménage (en fait, le plus souvent la mère de famille) sur la santé des différents membres du ménage supposait implicitement que toute maladie existante était déclarée et que, à partir du moment où elle se manifestait, elle donnait lieu à un recours médical, sauf en cas d'ignorance ou de négligence manifestes. Le questionnaire retenu, après de multiples échanges et tractations, était un questionnaire fleuve qui tendait à cerner tous les aspects médicaux de la maladie et des soins auxquels elle donnait lieu.

Cependant, les discussions avaient beaucoup tourné autour des conditions de vie. Ainsi, « on » admit qu'il fallait connaître certains aspects de la vie quotidienne (logement, travail, etc.), mais pour les mettre en regard des données sur la santé. Tout ce qui n'était pas perçu comme ayant un effet direct sur la santé se voyait rejeter : en particulier tout ce qui touchait aux attitudes et comportements de classe ou de groupe ethnique en matière de santé, ou encore ce qui avait trait aux représentations sociales de la maladie et de la santé. J'essayais, sans doute maladroitement, de faire admettre l'idée que la maladie a une composante sociale importante (2) et que parler de « problèmes de santé », ce n'était pas seulement évoquer la maladie au sens de la Cim ou expliquer l'inaccessibilité aux soins par une insuffisance de revenu ou un manque d'information.

Mais vu la dimension trop importante que commençait à prendre le questionnaire (effet produit par une série de compromis sur le contenu de la recherche entre toutes les parties prenantes de l'enquête), une décision fut prise de façon autoritaire et brutale au cours d'une réunion « entre médecins ». Le questionnaire se trouva considérablement raccourci et amputé de presque toutes les questions concernant les points que j'avais réussi à introduire. L'enquête prit alors de plus en plus l'allure d'une enquête de morbidité avec, d'une part, un volet portant sur l'utilisation des services de santé et, d'autre part, un volet sur les conditions de vie. La période d'un an qui couvrait l'interrogatoire ne semblait pas poser de problème particulier malgré sa très grande durée. Au surplus, le risque d'oubli était atténué par la mise sur pied d'un examen de santé, type sécurité sociale, que

(2) C'est à ce moment-là que, prenant connaissance des travaux de ZOLA (1979) et de ZBOROWSKI (1952), aux États-Unis, de BOLTANSKI (1968-69) et de HERZLICH (1968), en France, j'essayais assez vainement de faire prévaloir certains de leurs résultats et analyses.

devaient passer un certain nombre de sujets volontaires de l'enquête ; cet examen permettait, en outre, de se prémunir contre les critiques qui risquaient de venir des épidémiologistes et du monde médical en général (3).

On parlait beaucoup alors d'indicateurs de santé et l'on commençait même à évoquer les inégalités de santé, un indice fut donc « concocté », toujours entre médecins. Il intégrait la dimension maladie exclusivement à travers les handicaps, infirmités, interruption et diminution d'activité que les maladies chroniques ou aiguës pouvaient entraîner.

Ces deux points (examens de santé et indices de santé) méritent un certain développement, car ils me paraissent révélateurs du flou et de l'incertitude qui caractérisaient la démarche des responsables de l'enquête ; ils ont été par ailleurs à l'origine d'une prise de conscience de ma part de l'importance des problèmes méthodologiques et de la dimension sociale dans toute approche de la morbidité, en particulier lorsqu'il s'agit de procéder à une évaluation (AÏACH et CEBE, 1983 ; AÏACH, 1987, 1989).

## Les examens de santé

Tous les sujets de l'échantillon de plus de 45 ans ont passé gratuitement un examen systématique de santé. Les résultats de cet examen ont été comparés aux déclarations faites dans le cadre de l'enquête (question ouverte posée par enquêteur). Il s'est avéré que le « surplus » de pathologie issue de l'examen de santé était, pour une faible part, constitué par des troubles et des maladies dépistés par le médecin (donc inconnus du sujet) et, pour l'essentiel, par des pathologies connues mais non déclarées au cours de l'enquête. L'écart entre la morbidité déclarée dans l'enquête et celle issue de l'examen de santé était considérable, avec un ratio (morbidité diagnostiquée/morbidité déclarée) pouvant aller jusqu'à 10 pour les symptômes (relatifs au système nerveux, aux appareils cardio-vasculaire, génito-urinaire et respiratoire) et jusqu'à 4 pour les maladies (de l'appareil circulatoire et les troubles endocriniens et métaboliques).

- (3) Cette préoccupation a été d'autant plus constante et forte que la DRMS, très féminisée dans sa composition, faisait l'objet d'attaques venant des tenants de la « science pure et dure », et qu'elle parut très tôt aux yeux de la direction de l'Inserm comme une structure peu représentative de l'image de l'institution, dont il fallait se débarrasser.

À la fin du chapitre consacré aux examens de santé où étaient présentés les résultats, les auteurs de la plaquette Inserm concluaient :

« que la population qui s'est exprimée spontanément dans l'enquête a donné des informations qui n'apportent qu'une *vue incomplète et atténuée de la morbidité* [...] sur un plan plus général, cette remarque est à retenir à propos de l'apport de ce type d'enquête, et de la méthode adoptée, dans la connaissance des phénomènes de santé ».

Louable aveu qui masque, en fait, l'embarras et la surprise liés à la « découverte » de ces résultats. Pourquoi en effet avoir ainsi procédé (interroger les individus sur leurs maladies) si ce n'est pour obtenir une mesure de la morbidité de la population, dans une optique finalement très épidémiologique ; les écarts constatés disqualifiaient dans une certaine mesure la validité des données et le bien-fondé de la démarche, ce qui est d'ailleurs — du bout des lèvres — reconnu dans la citation précédente, mais ses auteurs ne sont pas allés jusqu'à se pencher sur « cet objet », afin d'essayer de comprendre la variation de ces écarts, selon le type de trouble et de maladie, selon aussi le sexe et le milieu social des individus. On aurait pu ainsi commencer à soupçonner que, dans la déclaration des maladies et des troubles de santé, intervenaient des facteurs liés aux procédures de recueil et à certaines caractéristiques sociales et psychologiques des sujets interrogés.

La maladie aurait pris alors une nouvelle dimension et la recherche une toute autre tournure. Mais pour être perçu et reconnu, cela exigeait de vaincre une certaine conception idéologique de la maladie et du fonctionnement social, qui était celle des médecins responsables de cette recherche, revendiquée comme étant bien une « recherche en santé publique ». On peut aisément imaginer que le contenu de l'enseignement reçu au cours de la formation médicale ne prédisposait pas à ce type de remise en question, et que le passage à l'École nationale de la santé n'était pas suffisant pour changer vraiment la conception par trop médicale de la maladie. Maîtres du pouvoir de décision, il leur fallait diriger et imposer leur vision des choses ; changer de conception nécessitait une formation scientifique différente et, en tout cas, une vraie expérience de la collaboration avec des chercheurs « venus d'ailleurs », en particulier des sciences sociales et de l'épidémiologie sociale (inexistante en France).

## Les indicateurs de santé

L'introduction de la dimension « répercussion sur l'activité » avait eu pour effet de produire des indices de groupe dont l'ordre hiérarchique ne reflétait pas tout à fait l'ordre logique attendu, compte tenu de

ce que l'on savait, par ailleurs, de la mortalité sociale différentielle à partir des travaux de l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) (DESPLANQUES, 1984). En effet, les employés possédaient le plus mauvais indice de santé de groupe (4), tandis que les artisans et commerçants avaient le meilleur et, cela, pour les chefs de ménages actifs, avec ou sans leur conjoint. La position un peu plus défavorable des ouvriers dits spécialisés et manœuvres, et plus favorable des cadres supérieurs et professions libérales ne permettait donc pas de tirer une conclusion sur l'état de santé (ou même de gêne ou d'incapacité) des groupes socioprofessionnels. Ce qui était mesuré, de toute évidence, à côté des réels effets produits par la maladie ou le handicap, avait à voir avec le désir et la possibilité de pouvoir s'absenter pour raison de santé et donc, aussi, avec les avantages et pertes liés à la reconnaissance de la maladie et à sa traduction, sous forme d'interruption ou d'atténuation de l'activité professionnelle.

Cette possibilité et ce désir jouaient à fond pour les employés et très peu pour les artisans et commerçants, en fonction des conséquences professionnelles et sociales très différentes, dans chaque cas respectif, que peut entraîner un arrêt de travail. D'ailleurs, pour les retraités, les valeurs de l'indice, calculé seulement sur trois groupes (cadres supérieurs/professions libérales, employés et ouvriers), indiquaient dans l'ensemble un ordre plus proche de la hiérarchie sociale, avec les catégories supérieures en tête et les ouvriers en troisième position. Là, la situation reflétait bien mieux, sinon l'état de santé des groupes, du moins un état mixte qui exprimait les répercussions sur l'activité et l'autonomie du fait des maladies et handicaps présents et passés et, sans doute, la façon dont ils avaient été vécus par les sujets dans un contexte social déterminé.

## CONCLUSION

L'exemple de l'enquête de Boulogne-Billancourt est intéressant parce qu'il exprime bien, me semble-t-il, l'insuffisance conceptuelle et méthodologique de la recherche entreprise, et ce, dans un contexte

- (4) Les indices possibles variaient de 0 à 4 : 0 correspondait à un état de santé satisfaisant, sans affection chronique ni handicap ; 4 correspondait aux gênes les plus importantes, aux perturbations graves de l'activité dues à une maladie aiguë ou chronique, à une *inaptitude résultant d'une atteinte chronique, d'un handicap ou d'une infirmité*. Cet indice était calculé pour les chefs de famille, hommes et femmes, et les femmes conjointes des chefs de famille.

en quelque sorte « idéal », du fait de la relative liberté d'action et de l'importance des moyens financiers et humains mis en œuvre.

Cette situation s'explique en grande partie par le vide théorique qui régnait alors en cette matière, que seul pouvait combler un appel à des disciplines propres à concevoir une problématique et à la mettre en œuvre. Cette situation est quelque peu différente de celle d'une recherche en santé publique consistant à appliquer un programme de santé dans une communauté particulière. Le manque d'objectifs précis et concrets à Boulogne-Billancourt a renforcé, me semble-t-il, le caractère flou et ambigu propre à la recherche en santé publique. Faire tous azimuts, cette enquête n'a débouché finalement que sur une certaine reconnaissance sociale dans les milieux de la santé publique, reconnaissance assez difficile à comprendre sauf sur la question, précisément exemplaire, mise en évidence par l'enquête, des transformations urbaines accompagnant l'embourgeoisement rapide de cette commune jouxtant le XVI<sup>e</sup> arrondissement de Paris.

Près de vingt ans se sont écoulés et la situation de la recherche en santé publique ne semble pas avoir beaucoup changé. Certes, un certain nombre d'enseignements sont entrepris et des expériences d'application de ce type de recherche ont été faites, avec plus ou moins de bonheur, dans un assez grand nombre de pays africains et latino-américains. Cela est-il suffisant pour donner plus de crédibilité à la recherche en santé publique ?

## BIBLIOGRAPHIE

- AÏACH (P.), 1989. — Morbidité. in *Santé Publique*, Paris, Ellipses : 344-364.
- AÏACH (P.), 1987. — Perception et interprétation des symptômes en situation d'enquête, in (A.) RETEL LAURENTIN (coordinatrice) *Étiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*, Paris, L'Harmattan : 451-462.
- AÏACH (P.) et CEBE (D.), 1983. — La perception dans les symptômes : variations dans les déclarations selon différentes procédures, *Cah. de Soc. Dém. Med.*, 1 : 3-27.
- BOLTANSKI (L.), 1968. — *La diffusion du savoir médical*, Paris, Centre de sociologie européenne.
- BOLTANSKI (L.), 1969. — Prime éducation et morale de classe, *Cahiers du centre de sociologie européenne*. La Haye, Mouton.
- BROYELLE (J.) et coll., 1969. — Recherches sur les besoins de santé d'une population, *Bulletin de l'Inserm*, T 24, n° 3 : 613-732.
- BRUCKER (G.) et FASSIN (D.) (dir.), 1989. — *Santé publique*, Paris, Ellipses.
- DESPLANQUES (G.), 1984. — L'inégalité devant la mort, *Économie et Statistique*, n° 162, Insee : 29-50.



- HERZLICH (C.), 1968. — *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, La Haye, Mouton.
- MINVIELLE (D.), AÏACH (P.), CEBE (D.), LECLERC (A.) et PIESSET (J.) 1975. — *Problèmes de santé dans une agglomération en mutation : Boulogne-Billancourt*, Paris, Inserm.
- ZBOROWSKI (M.), 1952. — Cultural components in response to pain, *J. Soc. Issues*, 8 : 16-32.
- ZOLA (I. K.), 1979. — Culture and Symptoms. An analysis of patients presenting complaints, in (G.) ALBRECHT, (P.) HIGGINS, *Health Illness and Medicine*, Chicago, Rand McNally College Publishing Company.