

# Un Baromètre ne fait pas le printemps

**Les enquêtes de santé qui interrogent la population – comme le Baromètre santé de l'INPES – sont utiles à la santé publique car elles suivent l'évolution des comportements. Mais l'exercice a ses limites, de par les méthodes retenues pour collecter et présenter les informations et les résultats. Les enquêtes en population doivent donc impérativement être croisées avec d'autres études, « qualitatives », en particulier pour servir l'acteur de terrain de la prévention.**

Il est de bon ton d'introduire la discussion d'un article scientifique en exposant les limites de l'étude dont les résultats sont présentés. C'est un peu à cet exercice que nous allons nous prêter ici, sachant qu'il comporte un certain nombre de périls. Précisons donc d'emblée que l'objectif de cet article n'est pas de dévaloriser les enquêtes de santé ou de remettre en cause leur validité sur le plan scientifique, bien au contraire.

Toute étude comporte des limitations. Porter un regard critique sur le Baromètre santé publié par l'INPES témoigne avant tout d'un souci de perfectionnement des méthodes et de professionnalisme dans l'interprétation des résultats. C'est en grande partie grâce à ce regard critique, à cette prise de recul par rapport aux données et à leur utilisation que les chiffres peuvent prendre sens et nourrir une réflexion profitable aux acteurs de prévention.

## Quanti ou quali... chou vert et vert chou ?

Il ne s'agit pas ici de relancer l'éternel débat entre approche quantitative et approche qualitative. Bien que certains auteurs persistent à voir dans ces deux approches deux univers épistémologiques<sup>1</sup> incompatibles (1), de nombreuses voix s'élèvent pour affirmer, qui les ressemblances entre les deux méthodes, qui leur complémentarité. Pour J.-C. Passeron (2), par exemple,

*« le qualitatif allégué ignore son quantitatif frileux et le quantitatif ostenté son qualitatif implicite ».* Selon plusieurs autres auteurs, l'intégration des deux types d'études est devenue nécessaire pour appréhender des phénomènes sociaux-sanitaires complexes (3) tels que la question des comportements suicidaires chez certaines catégories d'adolescents ou la prise de risques liée à la consommation excessive d'alcool. Comme le dit N. Denzin (4), *« les faiblesses d'une méthode constituent souvent les forces de l'autre, et, en les combinant, les chercheurs peuvent tirer le meilleur de chacune d'elles, en annulant leurs biais respectifs ».* Selon L.-H. Groulx (5), *« cette exigence de complémentarité est particulièrement affirmée dans le champ de l'épidémiologie. Elle s'exerce dans une utilisation coordonnée et conjointe des deux méthodes où l'une cherche à cerner les caractéristiques communes et l'autre à connaître les sujets dans leur environnement naturel et la relation que ceux-ci entretiennent avec leur environnement. »* Si l'on applique ce dernier raisonnement, le Baromètre santé, étude quantitative, se trouverait indéniablement enrichi de l'apport d'études qualitatives, qui, en diversifiant les angles d'observation, permettraient de corriger certaines approximations, d'accroître la validité des analyses et la pertinence de l'interprétation des données.

## La cueillette des données

L'un des reproches les plus fréquemment formulés à l'égard des enquêtes type Baromètre santé est la nécessité où elles se trouvent de réduire le nombre de variables étudiées pour rendre possible la passation du questionnaire dans un temps supportable pour l'enquêté. Cette réduction du nombre de variables passe par l'utilisation de questionnaires fermés comportant un nombre limité de questions et de possibilités de réponses. De plus, ce type d'enquêtes implique nécessairement le recueil sur un ensemble d'éléments (individus, groupes, institutions...) d'informations comparables d'un élément à l'autre, et c'est cette comparabilité qui permet la comptabilisation et l'analyse quantitative des données sous ses formes les plus diverses (6). Or, force est de constater que *« tout ne se laisse pas saisir de cette manière : ce serait délaisser et ignorer tout un pan de la réalité sociale que de n'étudier que ce qui se prête à une quantification »* (7).

Une autre manière de formuler cette idée serait de dire que caractériser n'est pas connaître, et qu'il convient de prendre en compte cette limitation dans l'utilisation qui est faite des résultats. Ainsi, il est essentiel de souligner que le regroupement de plusieurs individus dans les mêmes intitulés de variables descriptives (par exemple, *« les adolescents cumulant plusieurs conduites à*

significativement plus défavorables aux « toxicomanes » que les personnes interrogées par téléphone. C'est l'éternelle question de la valeur du « déclaratif » qui est posée ici. Cette question, qui se pose d'ailleurs de manière aussi aiguë dans les enquêtes qualitatives, soulève celle de l'objectivité des mesures scientifiques et des chercheurs, vaste sujet que nous ne faisons qu'effleurer ici...

De même, il est difficile d'ignorer que la médiatisation des « bons » et des « mauvais » comportements – et, surtout, la façon dont ces informations sont intégrées sous la forme de représentations sociales – jouent un rôle dans les déclarations des personnes interrogées. Qu'on démontre qu'un facteur est corrélé avec un comportement, et les personnes peuvent agir – et agir – sur cette information, soit pour la remettre en question, soit pour confirmer sa véracité (8). L'un des exemples les plus simples et les plus frappants de cette difficulté est sans doute le recueil des informations relatives à la consommation de cannabis par les jeunes : quel adolescent aujourd'hui, en quête d'une identité virile et d'une identification à son groupe d'appartenance, peut admettre facilement qu'il n'a jamais de sa vie touché au cannabis ?

### D'où vient le vent ?... ou l'éternelle question de l'œuf et de la poule...

Les données recueillies au moyen des enquêtes transversales type Baromètre santé ne permettent pas de fournir des interprétations sous la forme de relations de cause à effet puisque, par construction, ce recueil est effectué à un moment précis et non étalé dans le temps. Or, la tentation est grande – surtout à la suite de la réalisation d'analyses dites « multivariées » permettant de mettre en évidence la force et la spécificité du lien statistique unissant deux variables – de voir dans ces associations statistiques des relations causales. Cette tentation s'exerce d'ailleurs autant sur le chercheur, producteur des données, que sur le lecteur, utilisateur potentiel de ces données. Alors, bien sûr, certains types de données échappent à cette limitation : le rapport sexuel non protégé intervient généralement avant la grossesse. Mais qu'en est-il des variables associées du type « activité physique régulière et consommation de tabac » ? Il n'est pas

*risque », « les personnes sédentaires en surpoids », « les consommateurs d'alcool problématiques ») ne doit pas laisser penser que ces individus sont en tous points identiques. Une infinie quantité de variables explicatives les définissant de manière unique sur le plan psychologique, social, culturel, relationnel, etc., échappe à cette tentative de description. Ainsi, l'enquête Baromètre santé s'attache à décrire le mieux possible des catégories d'individus, mais, ce faisant, elle crée des catégories virtuelles dont l'évocation peut durablement occuper l'espace scientifique ou politique.*

### De la fiabilité des questionnaires

La question de savoir si les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête sont bien représentatives de l'ensemble de la population se pose également. Dans le cadre du Baromètre santé, les personnes contactées pour répondre aux questions de l'enquête sont sélectionnées à partir des fichiers disponibles ; par conséquent, les personnes sans domicile fixe, ou n'ayant pas de ligne téléphonique fixe, ou en absence de longue durée, ou

hospitalisées, ont évidemment peu de chances d'être contactées. En réalité, il n'existe pas une seule méthode de recueil d'informations qui puisse prendre en compte l'ensemble des individualités d'un pays.

Autre problème fréquemment soulevé par le recueil des données du Baromètre : le degré de fiabilité des réponses apportées dans le cadre des questionnaires. Sans aller jusqu'à faire peser un climat de suspicion sur toutes les informations collectées, il est permis de s'interroger sur les différences que l'on observe lorsque la même question est posée par téléphone et en face-à-face. Ces différences sont particulièrement importantes lorsque ce sont des opinions qui sont explorées. Par exemple, les résultats obtenus au moyen des deux techniques d'enquête ont été comparés sur des questions évaluant l'opinion des personnes interrogées concernant les consommateurs de drogues (7). Les réponses sont significativement différentes dans un cas et dans l'autre, les personnes interrogées en face-à-face exprimant des opinions



plus légitime d'affirmer que l'exercice physique diminue la consommation tabagique que d'affirmer, avant de l'avoir prouvé, que ce sont les personnes qui étaient déjà peu portées sur la cigarette qui se mettent au sport le plus facilement. Un autre exemple est le lien, souvent démontré, entre activité physique régulière et fréquence élevée de violence agie, notamment chez les jeunes. Il est tout aussi hasardeux d'affirmer que la pratique sportive régulière rend violent que de conclure que ce sont les jeunes initialement les plus agressifs qui pratiquent une activité physique régulière.

### **Labourer, semer... pour quelle récolte ?**

Il n'est pas question de nier l'intérêt du Baromètre santé dans la mise en évidence de priorités de santé publique, ou dans la description précise de logiques comportementales spécifiques sur le plan de la santé. De nombreux obstacles se dressent néanmoins entre ces constats et leur prise en compte, notamment dans les pratiques des acteurs de terrain. Ces obstacles sont de plusieurs natures.

La première est le décalage observé par les acteurs de terrain entre leur analyse directe des situations et l'image que leur en renvoie l'interprétation qui est faite des données recueillies dans le cadre des enquêtes de santé. La notion de « polyconsommation » chez les jeunes en fournit une bonne illustration. Cette notion, et son exploitation idéologique, ont fait l'objet d'un avis du conseil scientifique du Comité français d'éducation pour la santé en 2001 (9). Cette instance soulignait à l'époque la nécessité de bien distinguer les comportements relevant d'une véritable polyconsommation (définie comme une consommation régulière simultanée d'alcool, de tabac et de cannabis), et ce que l'on pourrait appeler une « polyexpérimentation ». Dans cet exemple, c'est une lecture erronée des données de l'enquête épidémiologique qui avait conduit à répandre l'idée d'une dépendance et d'une polyconsommation répandues chez les jeunes, alors que, comme le soulignent M. Choquet et S. Ledoux (10), « *si la consommation régulière d'au moins un produit n'est pas exceptionnelle* », « *l'usage régulier de plusieurs produits est nettement plus*

*rare* ». À cet égard, le *Baromètre santé jeunes* de 1998 (11) fournissait des chiffres éloquentes : seul 1 % des 15-19 ans interrogés dans le cadre de cette enquête avaient une consommation régulière simultanée d'alcool, de tabac et de cannabis. Respectivement 2,1 % et 1,6 % consommaient régulièrement de l'alcool et du cannabis ou du tabac et du cannabis. En revanche, 91,1 % des 15-19 ans affirmaient avoir expérimenté au moins l'un de ces trois produits.

Ce dernier exemple tend à souligner également la nécessité d'avoir en amont une réflexion éthique sur l'utilisation possible des résultats d'une enquête, tant il est vrai que, dans une certaine mesure, on peut faire dire aux chiffres ce que l'on souhaite. Cette réflexion éthique devrait se doubler d'une réflexion plus pratique sur les modalités de diffusion des résultats, notamment auprès des médias.

### **Conduites à risques, conduites d'essai : une nuance de taille**

Chez les adolescents et les jeunes en particulier, l'éducation pour la santé doit s'attacher à bien distinguer ce qui

relève de comportements à risque, consciemment ou inconsciemment autodestructeurs, et ce qui s'apparente à des conduites d'essai constitutives des expérimentations indispensables à la construction d'une identité d'adulte autonome (12). Or, et c'est là une autre des faiblesses des approches du type Baromètre santé, qui limite leur utilisation par les acteurs de terrain, l'approche par risques est généralement celle qui est privilégiée.

Cette approche par risques est de plus en plus souvent remise en question dans les travaux de recherche en éducation pour la santé. D'une part, il est perçu comme « simpliste » (13) d'affirmer que, parce que la recherche en sciences médicales ou sociales a démontré des associations entre certains comportements et des conséquences néfastes pour la santé, il est possible d'identifier des risques pour la santé de manière absolue. Comme le dit P. Lecorps (14), « *la notion de risque, fondement scientifique de toute action préventive, est une estimation des probabilités d'occurrence d'un événement par rapport à une collectivité observée. Mais, si la fréquence statistique observée sur une population permet de construire la représentation de "l'individu moyen", elle ne permet pas, en revanche, d'affirmer la probabilité de survenue pour une personne donnée.* »

D'autre part, la représentation que se fait du risque le public interrogé dans le cadre d'une étude comme le Baromètre est non seulement complexe, mais truffée d'éléments contradictoires extrêmement difficiles à appréhender dans ce type d'étude (15). H. Joffe, par exemple, explique que les personnes construisent leurs perceptions des risques au travers de prismes teintés par les caractéristiques de leur groupe d'appartenance, de l'image qu'ils ont d'eux-mêmes au moment où ils répondent aux questions de l'enquête, et de leurs expériences passées. Il serait faux de dire que ces éléments contribuent à leur donner une vision déformée d'un « risque réel » ; ils constituent la « réalité » dans l'esprit de ceux qui examinent leurs propres comportements. Par exemple, des stratégies telles que « *avoir un exercice physique régulier* » ou « *éviter la pollution atmosphérique* » sont considérées par une proportion non négligeable de fumeurs

comme des stratégies efficaces pour éviter un cancer du poumon (16). Il existe donc un décalage entre la « réalité » des risques telle qu'elle est appréhendée par les chercheurs au moyen de leur questionnaire et la « réalité » du vécu des personnes qu'ils interrogent.

Désireux de mettre en évidence l'ensemble des facteurs affectant les choix des personnes concernant leur alimentation et la pratique d'une activité physique, des chercheurs ont conduit une étude exploratoire basée sur l'approche ethnographique (17). Leurs résultats montrent que, dans la représentation des risques liés à une alimentation et un niveau d'activité physique défavorables à la santé, et dans la propension à agir pour protéger sa santé, interviennent des facteurs sociaux, structurels et culturels, auxquels s'ajoutent les valeurs et la dynamique familiales. Dans cette étude, ces facteurs incluaient la nature et la qualité du réseau social et familial des personnes interrogées, leur situation économique, les caractéristiques climatiques de leur région, leurs représentations de l'alimentation et de l'exercice physique, etc. Les acteurs de terrain, qui ont accès à ces différentes dimensions, ne les retrouvent que très rarement prises en compte comme variables explicatives dans les enquêtes de santé.

### Le temps qu'il fait

Ces mêmes acteurs de terrain sont également souvent déçus à la lecture des résultats de ces enquêtes. Par exemple, dans les années quatre-vingt, marquées par l'épidémie de sida, on a vu fleurir de nombreuses enquêtes KABP<sup>2</sup>, dont l'objectif était de mettre en évidence les caractéristiques des adolescents utilisateurs de préservatifs, avec pour objectif affiché de fournir des éléments pour mettre en œuvre des actions de promotion du préservatif plus efficaces. Basées sur des modèles faisant l'hypothèse de la prédominance des raisonnements rationnels dans l'adoption des comportements de santé<sup>3</sup>, ces enquêtes aboutissaient à la conclusion que les adolescents qui étaient les plus enclins à utiliser des préservatifs étaient ceux qui étaient capables d'évaluer les conséquences de leurs actes, qui pensaient qu'ils pourraient être contaminés s'ils ne se protégeaient pas, qui se représentaient le sida comme une maladie grave, qui ne percevaient aucun obsta-

cle à l'utilisation des préservatifs, et qui exprimaient une intention forte d'en utiliser... Ces conclusions ne sont probablement pas fausses. Cependant, on ne peut pas dire qu'elles soient particulièrement utiles pour expliquer ou prédire des comportements. Il n'est donc pas étonnant que les acteurs de terrain, pour qui ces résultats constituent en fait des évidences, trouvent ces « découvertes » peu aidantes (18). Plus encore, pour les acteurs de terrain, ce type de résultats comporte en germe la stigmatisation de certaines catégories de la population, stigmatisation pouvant conduire à un « blâme de la victime », dont on connaît les effets destructeurs sur des populations déjà fragilisées.

Enfin, on peut s'interroger sur la transférabilité de ce type de modèle explicatif (d'origine anglo-saxonne) dans le contexte français. Sans vouloir considérer d'emblée les Français comme plus irrationnels que les autres peuples dans leurs choix comportementaux, on peut se demander si des notions comme la « vulnérabilité personnelle perçue » ou le « sentiment d'efficacité personnelle » recouvrent exactement les mêmes réalités dans chaque pays.

Les acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé ont besoin que la recherche les aide à accéder à une compréhension plus riche et plus complète des déterminants personnels et sociaux des comportements de santé, ainsi que des représentations de la santé, des facteurs de risque et des facteurs de protection. En bref, les éducateurs pour la santé attendent des chercheurs qu'ils les soutiennent dans leur tâche en les aidant à décrypter le sens de conduites apparemment irrationnelles.

### Les délices des vendanges tardives

Constatant la difficulté à appliquer les résultats des enquêtes du type Baromètre santé dans le champ social, de plus en plus d'auteurs s'attachent aujourd'hui à définir les conditions d'une transposition<sup>4</sup> optimale de ces résultats du monde de la recherche à celui de l'action (19, 20). Plusieurs pistes sont actuellement explorées (21) : le développement d'échanges entre acteurs de terrain et chercheurs afin de fixer aux recherches des objectifs répondant aux besoins des uns et des

autres, la mise en place de formations à la recherche pour les acteurs de terrain et de formations à la promotion de la santé pour les chercheurs en santé publique, et l'adaptation des publications des résultats des enquêtes aux attentes des intervenants de la prévention et de l'éducation pour la santé. En effet, les articles de recherche publiés actuellement, bien que très nombreux, ne répondent que très partiellement

aux attentes des acteurs de terrain : « recommandations pour l'action » plus incantatoires que réellement inspirantes, revues de la littérature sous-exploitées sur le plan de leurs apports pour les praticiens, importance démesurée accordée aux méthodes par opposition à la pertinence de la question de recherche, rareté des articles de recherche publiés par les acteurs de terrain eux-mêmes, etc.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), dont les missions incluent à la fois la production de données d'enquêtes nationales et le soutien aux professionnels de terrain, est particulièrement impliqué dans ces axes d'intervention. Outre la création d'espaces d'échanges entre chercheurs et acteurs de terrain (du type séminaires ou journées scientifiques) et le soutien au développement de formations, l'INPES travaille à la création d'une nouvelle collection éditoriale basée sur le principe « de la recherche à l'action ». Cette nouvelle collection accueillera aussi bien des référentiels de bonnes pratiques (présentant à la fois l'état de l'art sur une question et des modèles d'actions) que des guides d'action élaborés à partir des données quantitatives des Baromètres. En collaboration avec la Société française de santé publique, l'INPES prépare également la publication d'un guide d'aide à la rédaction pour les professionnels de la santé publique et de la promotion de la santé (22).

Cette attention accordée à la mise à disposition des apports des recherches aux professionnels de terrain est le signe d'une double volonté : accroître l'utilité sociale des enquêtes de santé et améliorer la qualité des actions menées sur le terrain par les différents intervenants de la prévention et de l'éducation pour la santé. Si ces initiatives pouvaient également accroître la lisibilité des résultats d'enquête pour les décideurs et leur fournir des critères de qualité dans leur appui financier aux actions de terrain (23), elles contribueraient de manière significative au développement et à la reconnaissance de ces deux champs.

**Christine Ferron**

Psychologue,  
direction des Affaires scientifiques à l'INPES.

## ► Références bibliographiques

- (1) Blaikie N. *A Critique of the Use of Triangulation in Social Research*. Quality and Quantity 1991; 25 : 115-36.
- (2) Passeron J.-C. *L'Espace mental de l'enquête*. Les terrains de l'enquête 1995 ; 1 : 13-42.
- (3) Mucchielli L. *La guerre des méthodes n'aura pas lieu*. Sciences humaines 1998 ; 80 : 26-9.
- (4) Denzin N. *The Research Act*. Englewood Cliffs : Prentice Hall, 1989.
- (5) Groulx L.-H. *Le Débat qualitatif-quantitatif : un dualisme à proscrire ?* Ruptures, revue transdisciplinaire en santé 1997 ; 4, n°1 : 46-58.
- (6) Hirschorn M. Techniques quantitatives et techniques qualitatives : de l'opposition à l'articulation. In : Wodz J. *Problèmes de sociologie qualitative*, 1987 : 40-55.
- (7) Guilbert P., Baudier F., Arwidson P. *Comparaison de deux modalités d'enquête sur les comportements et attitudes au sujet de l'alcool, du tabac et des drogues illégales*. Revue d'Épidémiologie et de Santé publique 1999 : 47 (2).
- (8) Buchanan D.R. *Reflections on the Relationship between Theory and Practice*. Health Education Research 1994; 9(3) : 273-83.
- (9) Avis du conseil scientifique du Comité français d'éducation pour la santé. Paris : CFES, juin 2001.
- (10) Choquet M., Ledoux S. Réalités des conduites de dépendance à l'adolescence en France. In : Bailly D., Venisse J. *Dépendance et conduites de dépendance*. Paris : Masson, 1994 : 3-17.
- (11) Gautier A., Arènes J., Velter A. Polyconsommation de substances psychoactives. In : Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F. *Baromètre santé jeunes 97/98*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1998 : 209-15.
- (12) Michaud P.A., Blum R.W., Ferron C. *Bet you I will ! - Risk or Experimental Behavior during Adolescence?* Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 1998; 152 : 224-6.
- (13) Fox N.J. *What a "Risky" Body can Do: why People's Health Choices are not all Based in Evidence*. Health Education Journal 2002; 61(2): 166-79.
- (14) Lecorps P. La santé vécue par le sujet. In : *Évaluer l'éducation pour la santé. Concepts et méthodes*. Vanves : INPES, coll. Séminaires, 2002 : 19-27.
- (15) Joffe H. *Representations of Health Risks: what Social Psychology can Offer Health Promotion*. Health Education Journal 2002; 61(2): 153-65.
- (16) Grémy I., Halfen S. *Les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac*. Rapport pour l'Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France, 2002.
- (17) Brett J.A., Heimendinger J., Boender C., Morin C., Marshall J.A. *Using Ethnography to Improve Intervention Design*. American Journal of Health Promotion 2002 ; 16(6): 331-340.
- (18) Ferron C. *Improving the Interaction between health education practitioners and researchers : the French situation*. 28<sup>th</sup> Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society, Paris, 2002.
- (19) *Pour un programme stratégique de recherche en éducation*. Rapport remis aux ministres de l'Éducation nationale et de la Recherche par le groupe de travail constitué par A. Prost, 2001.
- (20) Etévé C., Rayou P. *La Demande de transfert des résultats de la recherche*. Recherche et formation, 2002 ; 40, 27-41.
- (21) Schwartz R., Capwell E. *Advancing the Link between Health Promotion Researchers and Practitioners*. Health Education Research 1994 ; (3), iiv.
- (22) *Écrire en santé publique et en promotion de la santé. Guide d'aide à la rédaction*. À paraître en 2004.
- (23) Nutbeam D. *Improving the Fit between Research and Practice in Health Promotion: Overcoming Structural Barriers*. Canadian Review of Public Health 87(6): S18-S23.

1. « Épistémologie : étude critique des sciences, destinée à déterminer leur origine logique, leur valeur et leur portée » (Robert).

2. « Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices » : Connaissances, attitudes, croyances et pratiques.

3. *Tels que la théorie sociale cognitive, le modèle des croyances relatives à la santé ou la théorie de l'action raisonnée.*

4. *Dans la littérature, ce terme est désormais préféré à celui de transfert, qui laissait entendre qu'il suffisait de diffuser efficacement les résultats des enquêtes aux acteurs de terrain pour leur donner les moyens de les mettre en application.*