

## THESE

En vue de l'obtention du doctorat  
En Sciences de l'Education  
De l'Université Paris Nanterre

### Le soin de soi

*Apprenance et agentivité en santé au mitan de la vie*

**Béatrice VICHERAT-STOFFEL**

**Tome 1 - Texte principal**

Soutenue publiquement le mercredi 7 juin 2017  
A l'Université de Paris Nanterre

#### Jury :

Monsieur **Philippe CARRÉ**, Professeur en Sciences de l'Education, Université Paris Nanterre, Directeur

Monsieur **Rémi GAGNAYRE**, Médecin, Professeur en Sciences de l'Education, Université Sorbonne Paris Cité, Rapporteur

Monsieur **Jean JOUQUAN**, Professeur de Médecine, CHU de Brest

Monsieur **Olivier LAS VERGNAS**, Professeur en Sciences de l'Education, Université de Lille, Directeur

Monsieur **Christophe NIEWIADOMSKI**, Professeur en Sciences de l'Education, Université de Lille, Rapporteur

# RESUME

## Le soin de soi

### *Apprenance et agentivité en santé au mitan de la vie*

Notre système de santé subit des pressions constantes pour réduire et rationaliser ses dépenses. Dans un tel contexte, modifier durablement les comportements individuels constitue un enjeu de taille. Plus que jamais, l'individu est invité à devenir acteur de sa santé en s'autorégulant tout au long de sa vie. Pour autant, c'est dans un monde complexe où les univers de référence s'effritent, qu'il doit désormais être en capacité d'agir. Ces dernières années, Internet a investi le champ de la santé, modifiant le rapport au savoir médical. Le médecin n'est plus perçu comme le seul détenteur de savoir et de pouvoir. Chacun souhaite dorénavant prendre une part active dans la gestion de sa santé, brouillant ainsi les lignes de partage entre savoir profane et savoir expert.

Notre travail de recherche interroge la capacité des individus à exercer un contrôle sur leur santé. Notre objectif est de comprendre comment ce pouvoir d'agir sur soi se construit au fil du temps puis se déploie au gré des événements biographiques.

Notre démarche vise donc la compréhension du phénomène de l'autorégulation de la santé, dont il s'agit de rendre intelligible le fonctionnement. De ce fait, ce sont des entretiens biographiques qui ont été menés auprès de vingt-quatre individus au mitan de leur vie. Cette enquête a permis de mettre en lumière un modèle d'analyse et de compréhension des comportements de santé et surtout de poser des hypothèses de recherche que nous avons pu éprouver sur une population plus importante dans le cadre d'une deuxième enquête quantitative portant sur 451 individus.

Grâce à cette double approche méthodologique nous sommes en mesure de constater que les comportements de santé peuvent s'analyser en considérant conjointement trois facteurs que sont le rapport de l'individu au savoir, son rapport au médecin et son rapport à la fatalité.

**Mots-clés :** santé, autorégulation, apprenance, agentivité, médecin, fatalité

# ABSTRACT

## Self-care

### *Apprenance and agency in health in midlife*

Our healthcare system is under constant pressure to reduce spending. In such a context, more than ever, bringing about lasting change to individuals' behavior is a key issue. In this regard, all individuals are urged to become lifelong, self-regulated contributors to their own health maintenance. However, the context in which people are encouraged to take on this role is extremely complex. Internet has become part of the healthcare scene and changed the way people think about healthcare and gain access to medical knowledge. Doctors are no longer believed to be the only people who possess knowledge and power in the field. Everyone now wants to have an active hand in managing their own health, which blurs the boundaries between lay and expert knowledge.

Our research explores people's ability to exercise control over their own health. Our objective is to understand how this self-determining power develops over time and is exercised in accordance with life events. Our approach thus aims to understand the self-regulation of health as an intelligible phenomenon. Biographical interviews were conducted with twenty-four middle-aged individuals. This survey not only provides a model of analysis and understanding of health-related behavior, but also puts forward hypotheses that were tested on a larger population as part of a second quantitative study involving 451 participants.

Given this two-pronged methodological approach, we observe that people's healthcare-related behavior can indeed be analyzed in light of three joint factors, namely the individual's relationship to knowledge, doctors, and fatality.

**Keywords** : health, self-regulation, apprenance, agency, doctor, fatality

## **Remerciements ....**

Je souhaite adresser tous mes remerciements aux personnes qui m'ont soutenue et ont contribué à l'élaboration de cette thèse.

Pour sa disponibilité, son écoute et ses précieux conseils, je tiens à exprimer ma plus vive reconnaissance à Philippe Carré.

Merci à Olivier Las Vergnas qui avec une patience infinie m'a initié aux statistiques. Grâce à lui, j'ai osé m'aventurer sur un terrain qui n'était pas le mien.

Je pense aussi à tous mes camarades doctorants, chercheurs, enseignants. Tous nos échanges ont nourri mes réflexions à chaque étape de ce projet.

Mes remerciements vont aussi vers toutes les personnes qui ont participé à mes entretiens en acceptant de se livrer avec beaucoup de sincérité et en me confiant leur histoire, leurs réflexions et leurs doutes.

Merci également à mon compagnon pour sa patience et ses encouragements de tous les instants.

J'aimerais enfin, par ce travail, rendre hommage à ma mère dont la soif d'apprendre tout au long de sa vie n'a cessé de m'inspirer.

***A mes enfants,  
Adrien, Florian et Alice***

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>9</b>
<b>1. PROBLEMATIQUE.....</b>	<b>15</b>
1.1 L'individu et la médecine d'aujourd'hui.....	17
1.1.1 Entre standardisation des pratiques et approche du singulier .....	17
1.1.2 L'émergence de nouvelles pratiques de santé .....	18
1.1.3 Modifier les comportements de santé, un enjeu de taille .....	19
1.1.4 La santé, une responsabilité partagée .....	22
1.2 L'individu et la révolution numérique .....	24
1.2.1 Démocratisation de l'accès à l'information .....	24
1.2.2 Santé connectée et patient 2.0.....	26
1.3 L'individu dans la société de la connaissance.....	27
1.3.1 Apprendre de la vie quotidienne .....	27
1.3.2 Une nouvelle culture de l'apprenance .....	28
1.3.3 Savoirs profanes et savoirs savants .....	28
1.4 L'individu dans un monde incertain .....	29
1.4.1 L'autonomie, entre aspiration et injonction.....	31
1.4.2 L'ère de la forme et du soin de soi .....	32
1.4.3 L'utopie de la santé parfaite .....	33
1.5 Notre question de recherche.....	35
<i>Synthèse .....</i>	<i>37</i>

<b>2.</b>	<b>CADRE THEORIQUE .....</b>	<b>38</b>
2.1	L'agentivité, au cœur du processus d'autorégulation de la santé .....	40
2.2	Un modèle, la causalité triadique réciproque .....	41
2.2.1	Influence des facteurs personnels sur les comportements de santé .....	44
2.2.2	Influence des comportements de santé sur les facteurs personnels .....	45
2.2.3	Influence des environnements sur les comportements de santé .....	46
2.2.4	Influence des comportements de santé sur les environnements .....	47
2.2.5	Influence des environnements sur les facteurs personnels .....	48
2.2.6	Influence des facteurs personnels sur les environnements .....	49
2.3	Parcours de vie et évènements fortuits .....	50
	<i>Synthèse</i> .....	52
<b>3.</b>	<b>METHODOLOGIE ET PROTOCOLE DE RECHERCHE.....</b>	<b>53</b>
3.1	Construction de l'objet de recherche .....	55
3.1.1	Questionnaire exploratoire .....	56
3.1.2	Entretiens exploratoires.....	62
3.2	Résultats des études exploratoires .....	66
3.2.1	Une divergence entre croyances et pratiques de santé.....	66
3.2.2	La santé entre causalité interne et causalité externe .....	69
3.2.3	Vers une pratique réflexive de santé.....	70
3.3	Une démarche à visée compréhensive.....	74
3.3.1	Le choix d'une approche biographique .....	74
3.3.2	Dimension éthique.....	75
3.3.3	Posture du chercheur .....	76
3.3.4	Constitution de notre échantillon.....	76
3.3.5	Le mitan de la vie .....	77
	<i>Synthèse</i> .....	79

<b>4.</b>	<b>ETUDE COMPREHENSIVE .....</b>	<b>80</b>
4.1	Conditions de recueil des données .....	82
4.2	Traitement et analyse des données .....	86
4.2.1	Analyse compréhensive .....	86
4.2.2	Analyse des mondes lexicaux .....	88
4.3	Analyse des résultats .....	89
4.3.1	La santé, entre questionnement et tâtonnement .....	89
4.3.2	Une pratique réflexive de santé .....	92
4.3.3	Le rapport au médecin, entre soumission et transgression .....	102
4.3.4	La santé, entre fatalité et agentivité .....	108
4.4	Vers un modèle d'analyse des comportements de santé .....	111
4.4.1	Un sujet en tension .....	112
4.4.2	Un sujet apprenant .....	113
4.4.3	Une approche tripolaire .....	118
4.5	Hypothèses de recherche .....	120
	<i>Synthèse</i> .....	121
<b>5.</b>	<b>ETUDE CONFIRMATOIRE .....</b>	<b>122</b>
5.1	Modalités d'administration du questionnaire .....	125
5.2	Objectif du questionnaire .....	125
5.3	Elaboration des échelles de mesure .....	126
5.3.1	Test de validité faciale .....	128
5.3.2	Echelle de mesure de l'allégeance au médecin .....	131
5.3.3	Echelle de mesure de l'agentivité dans le domaine de la santé .....	132
5.3.4	Echelle de mesure du fatalisme dans le domaine de la santé .....	133
5.3.5	Echelle de mesure de l'apprenance dans le domaine de la santé .....	134
5.4	Elaboration de la structure du questionnaire .....	136
5.5	Recueil des données .....	144
5.6	Caractéristiques de la population étudiée .....	145
5.7	Etapes du traitement .....	150

5.8	Portraits croisés .....	151
5.8.1	Solange.....	152
5.8.2	Yves .....	153
5.8.3	Albert.....	154
5.8.4	Adèle.....	155
5.8.5	Thierry .....	156
5.8.6	Lucie .....	157
5.9	Traitement statistique des données du questionnaire.....	158
5.9.1	Etude des corrélations sur notre échantillon 24EC .....	159
5.9.2	Etude des corrélations sur notre échantillon 451Q .....	160
5.9.3	Comparaison des matrices de corrélation des deux échantillons 24EC et 451Q .....	161
5.9.4	Analyses factorielles des correspondances sur échantillon 451Q .....	162
5.9.5	Éléments de réponses concernant nos hypothèses.....	166
5.9.6	Analyse complémentaire selon le niveau d'études de notre échantillon 451Q .....	168
5.9.7	Analyse complémentaire selon la CSP de notre échantillon 451Q .....	170
5.9.8	Analyse factorielle des correspondances sur échantillon 24EC .....	174
	<i>Synthèse</i> .....	175
<b>6.</b>	<b>Discussion et conclusion</b> .....	<b>176</b>
6.1	Eclairage sur le phénomène de l'autorégulation de la santé .....	180
6.1.1	Pluralité de raisons d'agir .....	180
6.1.2	L'idée de paradoxe .....	181
6.2	Limites de ce travail.....	183
<b>7.</b>	<b>Perspectives</b> .....	<b>185</b>
7.1.1	Perspectives de recherche .....	186
7.1.2	Vers une opérationnalisation des résultats .....	187
	<b>Bibliographie</b> .....	<b>193</b>
	<b>Webographie</b> .....	<b>211</b>
	<b>Table des tableaux</b> .....	<b>212</b>
	<b>Table des figures</b> .....	<b>213</b>

# INTRODUCTION

*« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité »*

Préambule à la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1945

A chaque étape de la vie, l'état de santé d'un individu se caractérise par des interactions complexes entre des facteurs à la fois socio-environnementaux, économiques et individuels (Dahlgren & Whitehead, 1992).

La santé est une notion toute relative et même si l'Organisation Mondiale de la Santé tente de nous éclairer grâce à une définition à la fois positive et holistique, force est de constater que les enjeux, les approches et les représentations diffèrent considérablement que l'on soit bien-portant, malade ou encore professionnel de santé.

Ainsi à l'échelle individuelle, c'est le rapport de l'humain à sa propre vie (Canguilhem, 2009) qui est en jeu dans cet effort permanent pour se maintenir en bonne santé et lorsque malgré tout la maladie survient, c'est toujours une expérience à la fois singulière et subjective bien éloignée du point de vue de la médecine scientifique actuelle proposant des protocoles de soins de plus en plus standardisés.

Au niveau de la collectivité, les préoccupations sont d'une toute autre nature. L'espérance de vie a considérablement augmenté et nous assistons à une hausse très importante de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques nécessitant une prise en charge longue et coûteuse pour la société. Passer d'une médecine curative à une médecine préventive, prédictive, personnalisée et participative (Bizard & Montagnier, 2012) devient donc une nécessité absolue. Et plus que jamais, l'individu est invité à devenir acteur de sa santé en participant activement à la prise en charge de ses soins, mais également en préservant son capital santé (Garrigou, 2000).

Au-delà des enjeux qui diffèrent, la santé est une notion souvent définie « *en creux* » puisque « *dans son acception la plus courante, le terme de santé est synonyme de bonne santé* » (Cornillot, 2009). Et force est de constater que ce concept pourtant constitutif de l'être humain soulève des questions qui divergent considérablement en fonction de la perspective adoptée.

Ainsi, on peut privilégier un point de vue strictement physiologique et observer le fonctionnement d'un organisme vivant ou plutôt accorder une attention toute particulière aux facteurs psychologiques en considérant la façon dont les individus pensent et ressentent la maladie.

Mais on peut également se placer du côté de l'anthropologie en étudiant les représentations collectives autour de la santé ou encore adopter une posture de sociologue et s'interroger sur les notions de normal et de pathologique à l'échelle d'une société.

Certains iront même jusqu'à dire que la santé n'existe pas et que c'est juste un idéal, une sorte de « *point géométrique en dehors de la figure, vers quoi nous essayons de nous diriger, qui joue un rôle important puisqu'il oriente nos conduites pour essayer d'aller vers cet état, instable en fait* » (Dejours & Pailler, 2009).

Pour autant et quelle que soit la perspective adoptée, les questionnements autour de la santé sont au cœur du débat actuel. Et sous l'effet conjugué des progrès spectaculaires réalisés par la médecine et des mutations sociales, la place du sujet dans le champ de la santé ne cesse de nous interroger.

Car c'est désormais la figure d'un sujet que l'on voudrait responsable, acteur de sa santé, impliqué dans les choix qui la déterminent et surtout en capacité de préserver son capital santé, qui nous interpelle. Bouleversant l'image du malade forcément docile et soumis, le principe d'autonomie du patient est posé comme un nouveau paradigme.

Accompagnant cette mutation, la notion de santé est en train de passer d'un modèle basé sur la maladie à un modèle centré sur la bonne santé et l'accent est mis désormais sur « *l'amélioration de la santé plutôt que sur la gestion de la maladie* » (Bandura, 2010). Et les pouvoirs publics œuvrent sans relâche pour faire évoluer les comportements individuels et pour insuffler cette nouvelle culture de la santé en faisant la promotion de comportements favorables à la santé pour que « *chacun fasse lui-même, de façon autonome, les bons choix en matière de santé* » (INPES, 2016).

C'est de ce discours dominant et de cette injonction quasi permanente à l'autonomie dans le champ de la santé qu'est née notre réflexion sur les capacités réelles dont disposent les individus pour exercer une influence sur leur santé.

Certes, de tout temps l'individu a cherché à exercer un contrôle sur son existence et sur sa santé (Bandura, 2007) et prendre soin de soi n'est pas une pratique nouvelle.

Déterminer soi-même ce que l'on croit être le mieux pour sa santé tout en mettant en œuvre « *une médecine de soi-même* » (Andrieu, 2012) est une pratique courante puisqu'il s'agit en quelque sorte d'être « *pour nous-même des conseillers accomplis eu égard aux choses utiles pour la santé car il n'y a presque aucun instant de la nuit ou du jour où nous n'éprouvions le besoin de la médecine* » (Foucault, 1984).

Mais le monde a changé et c'est désormais dans des environnements beaucoup plus complexes dans lesquels les univers de référence s'effritent (Boutinet & Dominicé, 2009) que l'individu doit être en capacité d'agir.

Les nouvelles technologies brouillent en permanence la ligne de partage entre savoir profane et savoir expert. Grâce à Internet, l'information scientifique est désormais accessible à tous. Les outils de mesure de soi, qu'il s'agisse d'objets connectés ou d'applications mobiles permettent quant à eux de réaliser une évaluation quantitative de son propre corps et l'on parle désormais d'un patient 2.0, actif et connecté.

Mais, c'est également un sujet en quête en plus de transparence que l'on voit apparaître, du fait de la multiplication des scandales sanitaires (sang contaminé, amiante, vache folle, grippe H1N1, etc.) avec l'émergence d'associations dont l'objectif est de donner la parole aux usagers.

Enfin, certains évoquent une nouvelle « conscience profane » (Herzlich, 1986) illustrée par un regain d'intérêt pour des médecines dites alternatives remettant en cause une vision hégémonique de la médecine et surtout refusant un « rapport de dépendance absolue au médecin » (Herzlich, 1986).

Dans un tel contexte, assiste-t-on véritablement à de nouvelles pratiques de santé ?

Certes, l'individu est façonné par son histoire personnelle, par son éducation, par ses expériences passées tout autant que par ses croyances vis-à-vis de la santé (Augé & Herzlich, 1983) et par le sens qu'il donne aux événements qui ponctuent son existence (Canguilhem, 2009) mais il est également soumis aux contraintes du monde qui l'entoure.

Ainsi les décisions qu'il doit prendre pour se maintenir en bonne santé, les comportements qu'il doit adopter au quotidien sont à la fois fonction de ses propres dispositions et des environnements dans lesquels il évolue.

Dès lors, comment, cette capacité agentive à gérer les événements, à saisir les opportunités ou à relever les défis s'exerce-t-elle à l'échelle d'une vie ?

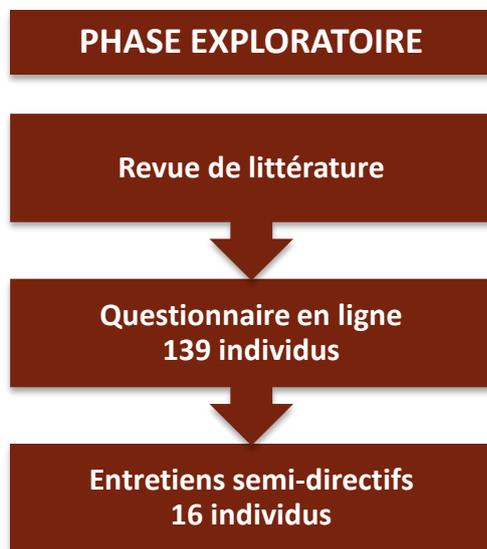
Et n'y aurait-il pas justement dans l'approche biographique une perspective intéressante à explorer, si l'on souhaite connaître le sujet dans ses pratiques, tout en considérant la temporalité de son existence (Dominicé, 1990) ?

**L'objet de cette recherche est donc d'essayer de comprendre comment se déploie à l'échelle d'une vie, ce pouvoir d'agir sur sa santé et dans quelle mesure, éducation, rencontres, accidents de la vie, croyances mais également environnements contribuent au renforcement de cette agentivité dans le domaine de la santé.**

Notre travail de recherche interroge donc la capacité des individus à exercer un contrôle sur leur santé. Ce sont tout autant les stratégies mises en place au quotidien pour se maintenir en bonne santé que les choix faits tout au long de la vie pour sa santé ou celle de ses proches que nous souhaitons explorer.

Notre objectif est de comprendre, comment ce pouvoir d'agir sur soi se construit au fil du temps, puis se déploie au gré des événements biographiques. C'est donc la compréhension du phénomène de l'autorégulation de la santé, que nous visons ici et pour préserver sa complexité et sa singularité, nous préférons adopter une approche inductive.

Nous ne partons pas d'hypothèses à vérifier sur le terrain, souhaitant privilégier un va-et-vient continu entre lectures et terrain afin que collecte des données, analyse et théorie soient en « *rappports réciproques étroits* » (Strauss, 1992)

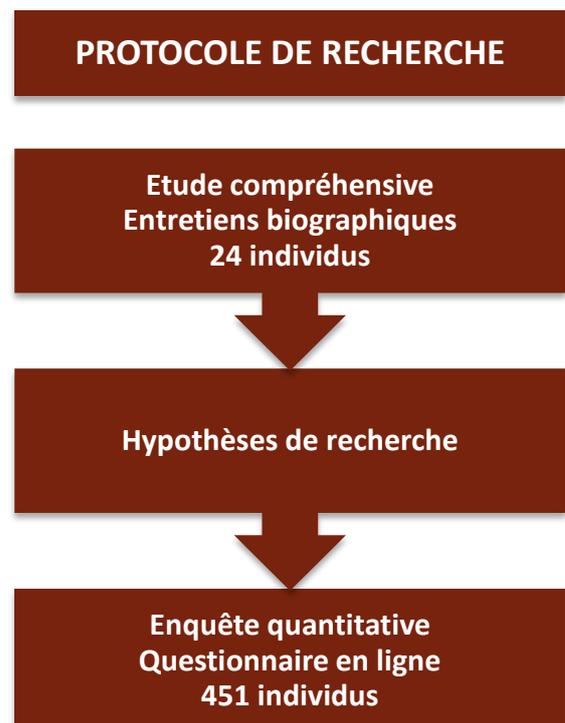


Dans un premier temps, c'est un travail d'exploration qui s'engage reposant tout d'abord sur une solide revue de littérature, « *élément essentiel du positionnement de la question de recherche, qui se construit généralement progressivement et doit se comprendre comme un point de tension entre savoir et non-savoir* » (Dumez, 2011).

Puis c'est la confrontation avec le terrain qui s'impose et qui trouve sa concrétisation dans l'élaboration d'un premier questionnaire qui se prolongera par une série d'entretiens semi-directifs menés à la Cité de la Santé.

Les constats, auxquels nous parviendrons à l'issue de ce travail exploratoire, nous amèneront à envisager de poursuivre notre travail de recherche par une étude compréhensive du phénomène de l'autorégulation sous forme d'entretiens biographiques, qui seront menés auprès de 24 individus au mitan de leur vie.

Ce n'est qu'à l'issue de cette étape que nous serons en mesure de formuler des hypothèses de recherche qu'il conviendra dès lors de tester sur une population plus importante, au travers d'une dernière enquête quantitative à laquelle participeront 451 personnes.



Cette thèse s'articule donc autour de six principales parties.

Dans la première, nous explorerons le contexte actuel et les enjeux sociétaux autour des questions de santé. Ainsi nous essaierons de comprendre dans quelle mesure notre question de recherche est centrale du fait de la transformation radicale de la place du sujet dans notre société actuelle.

Les concepts théoriques sur lesquels nous appuyons notre recherche seront exposés dans notre deuxième partie. Nous interrogerons ainsi le concept d'agentivité tout en inscrivant notre travail dans une perspective sociocognitive.

La présentation de notre méthode de recherche fera l'objet de notre troisième partie. Les enquêtes menées y seront successivement exposées. Le choix des outils privilégiés et notamment l'approche biographique y sera explicitée. Nous pourrons ainsi mieux comprendre les raisons qui nous ont amenés à nous centrer sur le mitan de la vie.

Dans une quatrième partie, nous exposerons les résultats de notre étude compréhensive ainsi que leur analyse. Nos hypothèses de recherche pourront dès lors y être précisées.

Notre cinquième partie portera, quant à elle sur notre étude confirmatoire. Ce sont donc les résultats ainsi que leur analyse statistique qui seront développés au regard de nos hypothèses de recherche.

Enfin dans une dernière partie, nous proposerons une discussion sur les portées et limites de notre travail de recherche. Quelles sont les perspectives qui s'ouvrent à nous à l'issue de ce travail ?

# 1. PROBLEMATIQUE

*“Ce qui est recherché en fait, c’est cette autonomie progressive qui rend un être humain libre et responsable, que ce soit dans le cadre d’une maladie chronique telle que le diabète ou dans celui du self help.”*

*(Waldvogel, 2009)*

La place de l'individu dans le domaine de la santé a beaucoup évolué au cours de ces dernières décennies. C'est un phénomène suffisamment complexe pour qu'on soit amené à en explorer les différentes dimensions.

Du point de vue des pouvoirs publics, l'augmentation régulière des dépenses de santé demeure une préoccupation constante. Nous assistons à une hausse très importante de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques nécessitant une prise en charge longue et coûteuse. Cette situation interroge nos sociétés sur leurs capacités de financement. Pour enrayer cette spirale des dépenses de santé, passer d'une médecine curative à une médecine préventive (Dominicé & Waldvogel, 2009) devient donc une nécessité absolue. Plus que jamais, l'individu est invité à devenir acteur de sa santé en adoptant des comportements favorables à la santé pour prévenir la survenue de maladies et préserver ainsi plus longtemps sa qualité de vie.

Parallèlement, sous l'influence des communautés de malades et plus particulièrement des malades atteints du Sida, on a vu émerger dès les années 80 des associations qui se sont organisées en collectifs pour modifier la place des malades dans la gestion de leur maladie (Jouet, Flora, & Las Vergnas, 2010).

Véritables interlocutrices des pouvoirs publics, enfin reconnues et écoutées, ces associations contribuent à rendre au malade sa véritable place de sujet, artisan de sa guérison et surtout acteur de sa santé. Cette reconnaissance nouvelle du savoir des patients modifie considérablement la relation médecin-patient (Tourette-Turgis & Thievenaz, 2014).

Enfin, l'introduction des nouvelles technologies dans le champ de la santé, contribue également à transformer les pratiques des individus et l'on a vu apparaître la figure d'un patient 2.0 désireux de s'impliquer activement dans les choix qui déterminent sa santé.

Et l'on assiste progressivement à un bouleversement de la place du sujet dans cette nouvelle société de l'information et de la connaissance dont les enjeux dépassent la sphère individuelle (Lecimbre, Gagnayre, Deccache, & d'Ivernois, 2002).

Ce sont toutes ces facettes qu'il convient d'aborder maintenant.

## 1.1 L'individu et la médecine d'aujourd'hui

Procédant à sa première analyse des systèmes de santé, l'Organisation Mondiale de la Santé déclarait en 2000 que la France était le pays qui fournissait les meilleurs soins de santé au monde.

Les spectaculaires progrès réalisés en matière de sciences biomédicales et surtout l'explosion des innovations technologiques ont considérablement amélioré la prévention, le diagnostic et le traitement de bon nombre de pathologies.

Pourtant, notre système de santé présente de nombreux dysfonctionnements qui appellent des transformations indispensables si l'on veut continuer à offrir l'égal accès de chaque individu aux soins nécessités par son état de santé et beaucoup s'interrogent sur le bien-fondé des pratiques médicales actuelles qui privilégient une segmentation en spécialités tout en négligeant l'apport d'autres disciplines non médicales telles que la psychologie, la sociologie ou encore l'économie de la santé (Waldvogel, 2009).

Ce phénomène d'hyperspécialisation de la médecine pèse, en outre, lourdement sur l'économie de notre système de soins. Lorsque l'on évoque la médecine de demain, on entrevoit toujours plus de prouesses grâce aux nouvelles technologies.

Télémédecine, thérapie génétique ouvrent la voie vers de nouvelles perspectives thérapeutiques et font naître bien des espoirs. Et le risque est grand de voir une médecine centrée sur la technologie bien plus que sur la personne.

### 1.1.1 Entre standardisation des pratiques et approche du singulier

Au cours du XX<sup>ème</sup> siècle, la médecine et les sciences ont pris un tel essor qu'il est possible de dire que la médecine a plus changé au cours des soixante dernières années que pendant les soixante siècles précédents (Dominicé & Waldvogel, 2009).

L'accélération des découvertes scientifiques notamment en physique a contribué au développement de technologies nouvelles comme l'imagerie médicale révolutionnant l'approche thérapeutique. La biomédecine, rencontre entre la médecine et la biologie s'impose désormais tout en accentuant la « *scientifisation* » de la médecine.

Née d'une volonté louable d'appuyer l'acte de soin sur des données scientifiques, cette médecine factuelle est élaborée à partir de constatations expérimentales soigneusement vérifiées. Pierre angulaire de cet édifice, la méthodologie des essais cliniques expose cependant la médecine au tout biomédical.

Et, cette approche de la médecine technicienne et rationnelle qui repose pour beaucoup sur le nouveau paradigme d'« *Evidence Based Medicine* » ne saurait faire oublier son autre dimension, celle qui prend en compte le patient dans sa singularité.

Ce changement de perspective nous interroge sur l'évolution du soin dans sa dimension humaine tant cette approche instrumentalisée à des fins de standardisation des pratiques soignantes a pour conséquence un effacement progressif de l'individu.

*« Encore au commencement du XVIIIe siècle, la visite médicale était une conversation. Le patient racontait, s'attendant à une écoute privilégiée de la part du médecin ; il savait encore parler de ce qu'il ressentait, un déséquilibre de ses humeurs, une altération de ses flux, une désorientation de ses sens et de terrifiantes coagulations » (Illich, 1999)*

Et, cette tension entre connaissances universelles et approche du singulier est source de malaise tant pour les médecins que pour les malades. En étant plus tournée vers les progrès techniques que vers l'individu, elle remet en question le rôle du médecin.

Enfin, cette conception implicitement normative du soin dirigé vers la maladie plutôt que vers le malade donne au patient le sentiment de n'être ni entendu, ni reconnu. Elle inquiète également les médecins qui craignent de ne plus voir en chaque patient qu'une série d'images numérisées.

### **1.1.2 L'émergence de nouvelles pratiques de santé**

Bousculant cette approche purement scientifique et centrée sur la maladie, des associations de malades du Sida vont voir le jour dès le début des années 80, s'organiser en collectifs et œuvrer pour modifier la place des associations de malades dans la gestion du système de santé (Jouet et al., 2010).

*« Les malades du sida ont été les premiers à modifier les modes de diffusion de la connaissance médicale. Ils ont photographié les symptômes sur leur corps, ils se sont filmés les uns les autres pour fournir à la communauté médicale des documents décrivant des formes symptomatiques encore inconnues. Ils ont sollicité des témoignages de personnes concernées pour mieux mesurer les effets sociaux négatifs de la maladie et obtenir le lancement de campagnes de communication. Toutes ces actions ont produit des connaissances précieuses pouvant être partagées, diffusées et utilisées par la recherche médicale » (Tourette-Turgis, 2015b)*

Ces associations vont ainsi contribuer à rendre au malade sa véritable place de sujet, artisan de sa guérison et surtout acteur de sa santé (Barbot, 2002).

Parallèlement, la multiplication des scandales sanitaires (sang contaminé, amiante, vache folle, grippe H1N1, etc.) accentue encore la montée en puissance des actions émanant de la base et l'on voit apparaître toute une multitude d'associations dont l'objectif est de donner enfin la parole aux usagers et de valoriser la figure d'un malade informé, actif et désireux de renverser les positions hégémoniques, devenant ainsi acteur de ses choix thérapeutiques (Las Vergnas, 2014).

Et l'on évoque désormais une « conscience profane » (Herzlich, 1986) illustrée par des nouvelles pratiques de santé et un « regain d'intérêt pour l'homéopathie, l'acupuncture et divers types de médecines douces » (Herzlich, 1986).

Ces nouvelles pratiques de santé se déclinent sous différentes formes allant de la prévention à la gestion au quotidien des maladies chroniques mais toutes laissent entrevoir un individu qui cherche par lui-même d'autres solutions, parfois moins conventionnelles en harmonie avec sa propre sensibilité et son vécu, celui-ci voulant agir par lui-même en devenant en quelque sorte médecin de lui-même (Andrieu, 2012).

Mais quelle que soit, la voie choisie « on y refuse le rapport de dépendance absolue au médecin : le professionnel ne doit plus à lui seul décider et imposer sa propre vision du mal » (Herzlich, 1986).

En effet, à l'écoute de son corps et des signes qu'il perçoit, le patient d'aujourd'hui semble avoir amorcé un changement significatif de posture. Autodiagnostic, autotraitement et automédication soulignent bien cette capacité nouvelle à s'autodiriger, (Fainzang, 2012).

Et que l'on parle d'un « patient contemporain » (Fainzang, 2006) ou d'un « patient expert » (Gross, 2014), c'est toujours d'une mutation du statut du patient dont il s'agit et d'un regard différent porté par la société sur l'identité et le rôle de ce dernier (Bureau & Hermann-Mesfen, 2014).

### **1.1.3 Modifier les comportements de santé, un enjeu de taille**

La santé n'a pas de prix, a-t-on coutume de dire.

Certes, mais le coût de la santé est pourtant au cœur de tous les débats et force est de constater qu'en France les financements ne suivent pas les dépenses, si bien que de 2009 à 2011, le déficit annuel de l'assurance-maladie a oscillé aux alentours de 10 milliards d'euros (Montalembert & De Majnoni d'Intignano, 2012).

La médecine a bénéficié ces dernières décennies de l'apport considérable des techniques de pointe mais ces progrès technologiques ont un coût puisque pendant ce même laps de temps les dépenses de santé en France sont passées de 4 % du PIB en 1960 à plus de 11 % en 2010 (Montalembert & De Majnoni d'Intignano, 2012).

Qu'il s'agisse du vieillissement de la population ou de l'évolution des habitudes de soins, une chose est certaine, notre système de santé actuel va devoir s'adapter rapidement aux nouvelles exigences. Le constat est sans appel et l'on assiste à une politique de responsabilité des usagers pour endiguer la montée en puissance des dépenses de santé.

C'est donc la capacité de notre société à financer les dépenses de santé qu'interrogent ces constats avec en filigrane la question de la responsabilité de chacun pour se maintenir en bonne santé et la tentation de subordonner la prise en charge de certaines prestations d'assurance maladie à la condition d'avoir suivi un parcours de santé plus « vertueux » (Tabuteau, Benkimoun, & Saout, 2006).

### 1.1.3.1 Facteurs démographiques et changements de pratiques

Au 1<sup>er</sup> janvier 2050, en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, un habitant sur trois sera âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005 (Robert-Bobée, 2007).

Liée pour beaucoup au baby-boom, cette tendance pourrait avoir un impact sur les dépenses publiques de santé puisque chaque personne âgée dépense plus chaque année pour se soigner qu'une personne jeune (Tenand, 2014).

Ainsi sur la période comprise entre 1992 et 2000, les dépenses de santé pour la tranche d'âge de 70 ans ont progressé de presque 200 % :

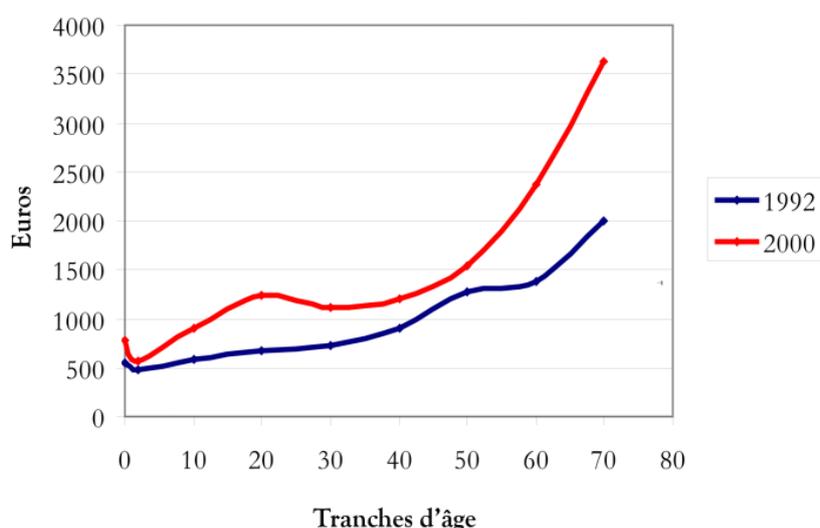


Figure 1 - Dépenses de santé annuelles par tranche d'âge pour les années 1992 et 2000  
DORMONT (2011)

Pour autant, les avis restent partagés et certains considèrent que ce sont les changements de pratiques qui impacteront bien plus encore les dépenses de santé (Dormont, 2011). En effet, à tout âge, on dépense plus en 2000 qu'en 1992 et ce mouvement continu depuis ces dernières années correspond à des changements de pratiques dans les habitudes de santé tant au niveau du comportement des patients que des médecins.

Les pratiques de soin, c'est-à-dire à la fois le comportement du patient – sa décision de consulter ou non un médecin - et les décisions du médecin en matière d'examens ou de traitements évoluent inévitablement avec le progrès technique médical qui génère des coûts supplémentaires.

Et ce surcroît de dépenses lié au progrès technique est loin d'être négligeable puisque plusieurs analyses rétrospectives menées pour les États-Unis sur la période 1965-2002 aboutissent toutes au même constat : les changements technologiques semblent expliquer en grande partie la croissance des dépenses de santé (Dormont, 2011).

### **1.1.3.2 Les maladies chroniques**

« *Etre malade chronique sera le lot de la majorité des seniors* » déclarait en préambule des rencontres « *Santé et Société* », la présidente de la Fondation Roche<sup>1</sup>.

Ce ne sont pas moins de douze millions de malades qui bénéficiaient en France du régime ALD (Affections de Longue Durée) en 2015 selon l'Assurance Maladie, soit une personne sur six.

Vingt-huit millions de personnes suivent un traitement au long cours et quinze millions sont atteintes de maladies chroniques (Briançon, Guérin, & Sandrin-Berthon, 2010). Les coûts engendrés par la prise en charge des maladies chroniques sont donc tout à fait considérables et demeurent une préoccupation constante des pouvoirs publics constituant un défi de taille pour notre système de santé tant au niveau du financement que de l'organisation des soins.

Et tous s'accordent sur le fait qu'il devient indispensable d'agir en amont de l'apparition de la maladie pour inciter les individus à préserver leur santé mais également dans la gestion au quotidien de la maladie. C'est le rôle de l'éducation thérapeutique du patient (Simon, Traynard, Bourdillon, Gagnayre, & Grimaldi, 2013) et tout l'enjeu des campagnes de prévention. Les progrès de la médecine, enfin, permettent désormais à de très nombreux patients de vivre plus longtemps avec des

---

<sup>1</sup> 6<sup>ème</sup> rencontres Santé Société organisées par la Fondation Roche en avril 2008 avec pour thème la prise en charge des maladies chroniques

maladies chroniques. Cette expérience de la maladie transforme les rapports entre soignants et soignés et l'on parle désormais d'alliance thérapeutique, notion au cœur des programmes d'éducation thérapeutique avec pour double objectif de prévenir la survenue des maladies et de prendre en charge les personnes atteintes de maladies chroniques (Jodelet, 2014).

#### **1.1.4 La santé, une responsabilité partagée**

Première cause de mortalité prématurée<sup>1</sup> en France, le cancer concerne une personne sur trois en termes d'incidence à l'échelle d'une vie.

Avec une progression de 89 % entre 1980 et 2005, c'est à la fois l'un des principaux défis pour la recherche médicale et un poids financier considérable pour notre système de santé estimé en 2002 à près de 15 milliards d'euros selon la Commission d'Orientation sur le Cancer (2003).

A chaque étape de la vie, l'état de santé d'une personne se caractérise par des interactions complexes entre des facteurs à la fois socio-environnementaux, économiques et individuels. Ces facteurs désignés comme déterminants de santé n'agissent pas seuls. C'est leur combinaison qui influe sur l'état de santé des individus (INPES, 2012).

Le cancer est une maladie multifactorielle dont l'apparition fait intervenir à la fois des facteurs génétiques, comportementaux et environnementaux. Et si le poids respectif de chaque déterminant n'est pas connu, il a cependant été démontré par des travaux épidémiologiques que les comportements individuels défavorables à la santé (consommation excessive de tabac, d'alcool, alimentation déséquilibrée, sédentarité, etc.) exposent les individus à des facteurs de risques responsables de pathologies connues pour être les premières causes de décès dans de nombreux pays (cancers, maladies cardiovasculaires, etc.)

Ainsi, début 2016, dans son rapport l'Institut National du Cancer rappelait, à juste titre, que près de 40 % des cancers diagnostiqués restaient liés au mode de vie et aux comportements individuels (INCa, 2016)

Pourtant un sondage réalisé par IPSOS-Fondation ARC fin 2012 mettait quant à lui en évidence le fait que si sept Français sur dix sont conscients que « *faire attention à son comportement permet de réduire considérablement les risques de développer un cancer* » seulement trois sur dix déclarent avoir mis en place des actions spécifiques pour s'en prémunir<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Selon l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) la mortalité avant 65 ans est considérée comme une mortalité prématurée.

<sup>2</sup> Sondage IPSOS-Fondation ARC réalisé en décembre 2012 sur un échantillon représentatif de 1 022 personnes de 15 ans et plus.

De même, avec 140 000 décès par an, les maladies cardiovasculaires pourraient, selon l'OMS, être évitées dans une proportion non négligeable si les comportements individuels étaient modifiés (tabagisme, alimentation, stress ou encore sédentarité).

L'obésité, quant à elle, ne cesse de progresser en France et cette tendance est suffisamment alarmante pour constituer un véritable enjeu de santé publique. Elle touchait, en 2012, 15 % de la population française adulte, correspondant à près de sept millions d'obèses, soit environ trois millions de plus qu'en 1997.

Enfin, on considère qu'avant l'âge de 55 ans, six infarctus sur dix sont exclusivement attribuables au tabac (Fédération Française de cardiologie, 2013) et que 80 % des cancers du poumon sont directement imputables à la consommation de tabac (Binder-Foucard et al., 2013).

Le cancer mais également les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques et le diabète sont à l'origine de 60% des décès dans le monde.

Modifier les comportements individuels revêt donc une importance toute particulière et c'est l'INPES<sup>1</sup> qui est investi depuis plusieurs années dans la prévention et l'éducation pour la santé en proposant des actions qui permettent d'aider la population à adopter des modes de vie qui préservent et améliorent sa santé.

La promotion de la santé œuvre pour donner aux individus « *d'avantage de maîtrise de leur propre santé et d'avantage de moyens de l'améliorer* » (OMS, 1986).

Cette approche globale et positive vise donc à changer comportements individuels.

Faire en sorte que chacun puisse faire les bons choix en matière de santé, de façon autonome, telle est l'ambition de la promotion de la santé pour faire ainsi progresser une certaine « *culture santé* » (INPES, 2012).

Et les programmes d'éducation à la santé qui en découlent témoignent tout autant d'une volonté de maîtriser les dépenses de santé que d'un profond changement de paradigme dans l'approche soignante puisqu'il s'agit désormais de rendre l'individu plus autonome en l'incitant à s'impliquer activement dans la gestion de sa santé.

C'est un modèle qui bouleverse les pratiques de soins classiques en considérant que le patient est en capacité de contribuer lui-même à son traitement et au maintien de son état de santé.

---

<sup>1</sup> Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

Depuis le 1er mai 2016, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) sont devenus Santé publique France.

Cette autonomie progressive vise à rendre chacun libre et responsable, que ce soit dans le cadre d'une maladie chronique telle que le diabète ou dans la gestion au quotidien de sa santé.

La notion de capital santé, potentiel dont chacun disposerait à la naissance et qu'il est possible ou non de développer au cours de la vie est donc au cœur du débat actuel entre prise en charge collective et prise en charge individuelle. Et si les soins de santé sont considérés comme une responsabilité incombant à l'Etat et aux professionnels de santé, on estime que chacun doit être responsable de sa santé en mangeant de manière équilibrée, en réduisant sa consommation de sel, de sucre et de graisses, en faisant de l'exercice, en ne fumant pas, en buvant modérément mais également en se soumettant à divers dépistages.

Nul doute que ce changement radical de posture suppose pour chacun d'apprendre à gérer sa santé tout en développant un certain nombre de compétences que les nouvelles technologies et plus particulièrement Internet contribuent à favoriser grâce à la diffusion massive d'informations médicales, désormais à portée de tous.

## **1.2 L'individu et la révolution numérique**

Il y a, un peu moins de 40 ans, la société Apple sortait sur le marché américain son premier ordinateur personnel pour le grand public. Personne n'aurait été capable de prédire à cette époque l'ampleur qu'allait prendre ce phénomène à l'échelle planétaire puisque dans son rapport publié en 2015, l'Union Internationale des Télécommunications, nous apprend que ce sont 3,2 milliards de personnes, soit 43,4 % de la population mondiale qui sont reliées au réseau Internet pour communiquer, s'informer ou encore pour apprendre (Nagels & Carré, 2016).

Ce phénomène bouscule en profondeur les rapports des individus avec la connaissance et avec le savoir détenu par les experts puisque bénéficiant d'une information abondamment relayée par des nombreux sites internet dédiés à la santé, il leur est désormais possible d'accéder à des informations scientifiques traditionnellement réservées aux experts, de les diffuser ou encore d'échanger avec leurs pairs

### **1.2.1 Démocratisation de l'accès à l'information**

C'est ainsi que notre société est chaque jour plus connectée, modifiant nos relations sociales et accélérant l'accès à l'information. En France, en l'espace de 20 ans, Internet a conquis plus de huit foyers sur dix puisque selon une étude menée en 2014 sur la diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française, ce sont 82 % des français de plus de 12 ans qui disposaient d'un accès à Internet à leur domicile (CREDOC, 2014).

Internet fait partie intégrante de la vie quotidienne des français qui l'utilisent pour se divertir, pour chercher du travail, pour consommer, pour communiquer ou encore pour apprendre (Nagels & Carré, 2016).

Mais Internet est également largement investi par des internautes préoccupés par leur santé. Ainsi, une enquête publiée en 2007 par l'INSERM nous apprend que la part d'internautes ayant déjà fait des recherches d'informations concernant la santé sur Internet peut être estimée à 30 % mais que ce chiffre encore modeste ne cesse de progresser (Renahy, Parizot, Lesieur, & Chauvin, 2007).

Et si le médecin reste encore la principale source d'information sur la santé, Internet arrive désormais en seconde position selon une enquête IPSOS réalisée en 2007<sup>1</sup>.

Une autre étude TNS SOFRES menée en 2013 nous apprend que 58 % des personnes interrogées pensent que le web enrichit le rapport médecin-patient et 61 % estiment que les informations trouvées en ligne permettent une meilleure prise en charge de sa santé ou de celle de ses proches<sup>2</sup>.

Sans pour autant remplacer la consultation d'un médecin, ils sont 34 % à chercher des informations sur Internet « *non pas pour remettre en cause le diagnostic, mais pour avoir des informations complémentaires* ». Pour autant, ils sont 51 % à déclarer ne pas dire à leur médecin qu'ils consultent Internet sur des questions de santé, selon cette même enquête.

C'est donc un rééquilibrage au profit du patient que semblent apporter ces nouvelles pratiques favorisées par l'usage d'Internet, palliant ainsi la traditionnelle asymétrie d'informations en faveur du médecin et favorisant le déploiement et la reconnaissance des savoirs expérientiels des individus puisqu'il est désormais courant d'échanger entre pairs sur le vécu de la maladie.

Et force est de constater que cette véritable démocratisation de l'accès à l'information santé réinterroge la ligne de partage entre savoir profane et savoir expert dans le champ de la santé.

Pour autant, c'est une avalanche d'informations que déverse continuellement Internet. Et c'est désormais dans une société de la communication où l'information circulant de manière intensive et incessante « *est partagée dans son émission comme dans sa réception à une échelle mondialisée, et où son flux croît de manière exponentielle* » (Kustosz & Delbart, 2014) que l'individu doit être capable d'évoluer.

---

<sup>1</sup> Enquête réalisée dans 5 pays européens (France, Grande-Bretagne, Suède, Espagne et Pologne), entre juillet et septembre 2007 et menée par téléphone sur un échantillon national représentatif de 1 000 personnes âgées de 18 ans et plus.

<sup>2</sup> Étude réalisée par téléphone du 4 au 16 février 2013 pour Patients & Web auprès d'un échantillon de 1 002 personnes représentatif des Français âgés de 18 ans et plus.

C'est ainsi que satellites et communications transforment « *la nature, la portée, la vitesse et le centre de gravité de l'influence humaine* » (Bandura, 2006).

Le temps semble s'accélérer, la distance entre les individus tend à disparaître avec la possibilité d'échanger instantanément quel que soit l'endroit où l'on se trouve (Rosa, 2010).

Et si ces progrès spectaculaires dans le domaine des nouvelles technologies sont porteurs d'extraordinaires opportunités, ils représentent également des défis majeurs à relever pour chaque individu.

### **1.2.2 Santé connectée et patient 2.0**

Mesurer le nombre exact de pas parcourus dans la journée, surveiller son poids avec une balance connectée, analyser la qualité de son sommeil est désormais possible.

Presque tout est devenu mesurable en termes de santé et d'activité physique grâce aux applications et trackers d'activités actuellement disponibles. Et pour peu que l'on dispose d'un Smartphone et de capteurs, il est désormais possible d'auto-surveiller sa pression artérielle, son diabète ou son asthme en temps réel de chez soi pour suivre, analyser mais aussi partager les données ainsi collectées.

On estime qu'en 2017 un utilisateur de smartphone sur deux aura installé au moins une application dédiée au bien-être ou à la santé sur son appareil (CNIL, 2014).

Le *Quantified Self* ou « soi quantifié » renvoie donc à un ensemble de nouvelles pratiques qui interrogent le rapport qu'entretiennent les individus vis à vis de leur corps (Arruabarrena & Quettier, 2013).

Et si ce phénomène semble participer d'une prise de contrôle de sa santé par l'individu, il le place néanmoins devant la nécessité d'acquérir de nouvelles compétences tant cette observation de soi l'interroge sur ses motivations tout en l'incitant à adopter une attitude réflexive :

*« Globalement le Quantified Self est au service de votre motivation et de vos actions. Grâce à lui, vous passez un contrat avec vous-même et confiez à un logiciel le soin d'en vérifier le bon déroulement » (Gadonne, 2012)*

Ces nouvelles pratiques participent donc du phénomène de l'autorégulation de la santé sollicitant à la fois des compétences cognitives, métacognitives ou encore motivationnelles.

Mais surtout, elles mettent l'individu face à la nécessité d'acquérir ou de développer des connaissances pour être en mesure de gérer sa santé au quotidien.

### 1.3 L'individu dans la société de la connaissance

Dans un monde qui change et pour faire face à tous ces nouveaux défis, chaque individu doit, tout au long de sa vie acquérir de nouveaux savoirs et mobiliser de nouvelles compétences.

Nous vivons désormais dans une société qui repose sur l'économie de la connaissance où le savoir est devenu « *un atout stratégique majeur pour les personnes, pour les organisations et les nations* » (Carré, 2006)

La sphère de la santé illustre parfaitement cette nouvelle réalité et que l'on soit malade ou simplement désireux de se maintenir en bonne santé, faire les bons choix pour sa santé passe tout autant par une bonne connaissance de soi et du fonctionnement de son corps que par la faculté d'apprendre des autres et du monde qui nous entoure :

*« Les habitudes de santé ne sont pas changées seulement par la volonté, l'autogestion nécessite l'exercice de compétences en termes de motivation et d'autorégulation »* (Bandura, 2010)

#### 1.3.1 Apprendre de la vie quotidienne

Et force est de constater que ces apprentissages se réalisent le plus souvent en dehors de toute institution, de façon informelle, au détour des expériences de la vie (Carré, 2009).

Faisant écho aux apprentissages formels (Brogère & Ulmann, 2009), les apprentissages informels, partie immergée de l'iceberg et donc invisible, sont au cœur du processus d'autorégulation de la santé.

*« Les personnes apprennent sans que la situation ait été pensée pour cela, sans qu'elles en aient l'intention, voire parfois, sans qu'elles en aient conscience »* (Brogère & Ulmann, 2009)

Ce sont pourtant ces savoirs, construits au gré des expériences vécues subjectivement par la personne à partir de situations singulières (Boutinet, 2013a) sur lesquels elle s'appuie, le plus souvent, pour gérer sa santé au quotidien.

Et que l'on utilise pour s'y référer le terme de « *self care* » qui regroupe des pratiques allant de l'alimentation aux soins de santé ou celui de médecine populaire en opposition avec la médecine scientifique, ce sont bien des savoirs profanes sur lesquels se basent les individus pour se soigner, pour établir un diagnostic ou encore pour préserver leur santé.

Mais ce sont pour beaucoup les expériences vécues de maladie ou de soin qui sont porteuses d'apprentissages, c'est-à-dire « *l'ensemble de toutes les situations auxquelles un individu est ou va être exposé, ayant la possibilité de donner un sens à ce qu'il vit ou a vécu* » (Cristol & Muller, 2013).

Cette démarche d'appropriation de savoirs existe depuis toujours. C'est la reconnaissance de cette forme d'apprentissage qui est plus récente et qu'illustre désormais la validation des acquis de l'expérience.

Elle témoigne du profond changement de paradigme auquel nous assistons puisque dans cette nouvelle perspective, le sujet est désormais au cœur du processus.

### **1.3.2 Une nouvelle culture de l'apprenance**

Mais qu'il s'agisse d'autoréguler sa santé, d'apprendre de ses expériences, de son environnement ou encore des autres, c'est l'image d'un sujet résolument actif et autodéterminé qui émerge.

Le concept d'apprenance qui est défini par un « *ensemble stable de dispositions affectives, cognitives et conatives, favorables à l'acte d'apprendre, dans toutes les situations formelles ou informelles, de façon expérientielle ou didactique, autodirigée ou non, intentionnelle ou fortuite* » (Carré, 2005) éclaire depuis plus de dix ans la sphère de l'apprentissage par une reconnaissance des différentes modalités d'apprentissage.

Et l'on mesure toute l'importance que revêt cette nouvelle posture du sujet pour répondre aux enjeux d'une société du savoir (Carré, 2005) et d'un monde de plus en plus complexe (Morin, 2015) où tout semble s'accélérer (Rosa, 2010) mais également le renversement de perspective que cela induit.

Bien vivre au quotidien, préserver son capital santé mais aussi partager son expérience de la maladie favorisent l'acquisition d'une forme différente de savoir sur la santé que certains qualifient de profane par rapport aux connaissances dites scientifiques détenues par le corps médical.

Et c'est bien une modification substantielle du rapport au savoir scientifique qui transparait en filigrane au travers de cette nouvelle dynamique.

### **1.3.3 Savoirs profanes et savoirs savants**

On assiste depuis ces dernières années à l'apparition aux côtés du savoir savant détenu par une élite disposant le plus souvent d'une culture scientifique, de la reconnaissance d'une autre forme de savoir profane et à l'émergence d'un nouveau concept celui d'expertise profane.

La place du malade a considérablement évolué et au-delà même des connaissances acquises grâce à l'éducation thérapeutique (Gagnayre & d'Ivernois, 2003), on a vu apparaître la figure d'un patient non seulement porteur de véritables compétences et ayant développé au fil du temps une connaissance de sa maladie mais aussi considéré comme personne ressource pour les autres (Tourette-Turgis, 2015a).

La frontière entre l'expertise scientifique détenue par le corps médical et l'expertise reconnue parmi les profanes devient de plus en plus poreuse tant la prise en charge des patients nécessite de la part des médecins une triple compétence biomédicale, psychologique et pédagogique dont ils ne disposent que rarement.

Et nous avons d'un côté, des médecins avant tout « *experts de la maladie et de son traitement mais peu ou pas experts en psychologie, en sociologie ou en santé publique* » (Grimaldi, 2010) et de l'autre des patients devenus experts de leur maladie (Flora, 2012), détenteurs d'un savoir expérientiel comme l'illustrent ces patients « *sentinelles* » capable de de « *deviner leur glycémie sans trop se tromper, sur la base de perceptions corporelles* » (Grimaldi, 2010)

C'est ainsi que l'on assiste progressivement dans le domaine de la médecine à un rééquilibrage entre expertise scientifique et expertise profane qui interroge nécessairement la place du sujet face au savoir scientifique :

*« Dans un contexte paradoxal entre explosion du volume des connaissances médicales et démocratisation des accès aux informations (par la révolution Internet, notamment, voir infra), dans une intrication d'enjeux réglementaires et économiques à toutes échelles, les savoirs nés du vécu, voire de l'expertise du patient, font surface et interrogent la répartition de toutes les formes de pouvoirs en santé, y compris celle du 'pouvoir soigner' et du 'pouvoir décider' » (Jouet et al., 2010)*

Et, au-delà de ce constat, c'est toute la question de l'autonomie du sujet qui est ici à l'œuvre dans cette démarche d'émancipation d'un pouvoir exercé traditionnellement et exclusivement par les médecins.

Prendre le pouvoir sur sa santé s'inscrit dans un mouvement plus large dans lequel l'individu semble enfin pouvoir accéder à plus d'autonomie.

#### **1.4 L'individu dans un monde incertain**

Jusqu'aux années cinquante, discipline et obéissance laissaient peu de place à l'émancipation de l'individu et les règles sociales réduisaient considérablement le champ des possibles. Les années soixante-dix vont voir la société française se transformer radicalement bouleversant codes et contraintes sociales et ébranler « *préjugés, traditions, entraves, bornes qui structuraient la vie de chacun* » (Ehrenberg, 2000).

Qu'il s'agisse des luttes féministes pour le libre usage de son corps ou de la volonté d'échapper au conservatisme, il s'agit désormais de pouvoir affirmer ses choix et d'agir par soi-même (Molénat, 2010).

L'individu peut enfin s'affranchir du poids des normes et les rôles institutionnels sont modifiés pour laisser plus de place à l'épanouissement de chacun.

Parallèlement, le progrès moderne libère l'individu de bon nombre de contraintes tout en lui offrant de nouvelles perspectives :

*« Après la Seconde Guerre mondiale, la France entre progressivement dans la modernité et dans une dynamique d'émancipation. Elle offre alors des perspectives de progrès à tous les niveaux (technologique, protection sociale, confort...) qui s'accompagnent d'un espoir généralisé d'ascension sociale chez les classes populaires et d'une centration sur soi laissant à chacun la possibilité de choisir sa propre vie, au lieu de s'adapter, comme par le passé, à un destin tout tracé dont il était difficile de s'écarter » (Chauvy, 2005)*

Le monde de l'entreprise connaît également des transformations importantes entre 1980 et 1990, laissant place à une société française résolument capitaliste qui remplace le poids des institutions par une pression économique où rationalité et recherche de profit imposent aux entreprises d'être en concurrence et à l'individu d'élaborer des stratégies pour être de plus en plus performant (Appay, 2012).

C'est ainsi qu'en faisant l'éloge de la réussite individuelle, nos sociétés modernes incitent l'individu à rechercher la performance dans tous les domaines de sa vie :

*« Qu'il s'agisse de recherche d'emploi, de vie de couple, d'éducation, de manière de travailler, de se conserver en bonne santé ou ... d'être malade (...), l'action faite de soi-même est celle qui a, à la fois, le plus de prestige et le plus d'efficacité aujourd'hui ; c'est celle (...) à laquelle nous accordons le plus de valeur, qu'il s'agisse d'agir avec efficacité ou de choisir sa vie » (Ehrenberg, 2009)*

C'est le triomphe du « self » sous toutes ses formes avec en toile de fond le mythe du « self-made man » américain.

L'Etat providence laisse progressivement place à une société dans laquelle l'individu doit démontrer sa capacité à réussir par lui-même :

*« Au cours des années 1970 s'impose l'idée que l'homme public décline au profit de l'homme privé. En conséquence, la société se trouve envahie par le moi des individus et les liens sociaux perdent de leur force » (Ehrenberg, 2011)*

Et si celui-ci est désormais libre d'entreprendre, il sera tenu également responsable de son échec puisque le dogme de la performance le contraint à assumer sa nouvelle autonomie en se montrant à la hauteur pour réussir tout ce qu'il entreprend :

*"Quel que soit le domaine envisagé (entreprise, école, famille), le monde a changé de règles. Elles ne sont plus obéissance, discipline, conformité à la morale, mais flexibilité, changement, rapidité de réaction, etc. Maîtrise de soi, souplesse psychique et affective, capacités d'action font que chacun doit endurer la charge de s'adapter en permanence à un monde qui perd précisément sa permanence, un monde instable, provisoire, fait de flux et de trajectoires en dents de scie" (Ehrenberg, 2005)*

Seul pour assumer ses actions car responsable de ses choix autrefois dictés par les institutions, l'individu est soumis à une tension permanente puisque « *de manière plus ou moins latente, le principe d'autonomie est sous-tendu par une conception héroïque d'un sujet capable de se construire lui-même et donc porté à blâmer la victime* » (Dubet, 2005).

Entre autonomie comme capacité à s'autodéterminer et injonction à l'autonomie, le pas est vite franchi tant l'autonomie est en passe de devenir une norme sociale.

#### **1.4.1 L'autonomie, entre aspiration et injonction**

Le culte de la réussite pose en filigrane la question de savoir dans quelle mesure, l'individu invité à devenir acteur est véritablement en capacité d'agir et nous amène à nous interroger sur cette injonction quasi permanente à l'autonomie que l'on rencontre dans presque tous les domaines :

*« L'injonction d'autonomie peut se retourner en son contraire et invalider encore davantage les individus rendus coupables de n'avoir pas la capacité de satisfaire à cette exigence. On peut être attaché à la valeur de l'autonomie et être obligé de tenir compte du fait que tout le monde n'est pas également armé pour la réaliser » (Castel, 2010).*

L'autonomie peut être déclinée sous toutes ses formes, capacité à agir par soi-même, initiatives personnelles, individualisme, gouvernement de soi, elle nous renvoie toutefois à une seule et même réalité, sous prétexte d'autonomie, l'individu se voit en réalité bien souvent contraint à se montrer autonome : « *L'autonomie commandée n'est pas l'autonomie, mais un nouveau mode de domination* » (Castel, 2010)

Entre l'autonomie envisagée comme une accession à l'émancipation sociale, comme une réalisation de soi et l'autonomie comme un processus indispensable pour permettre à l'individu de s'adapter à un monde concurrentiel, le débat est riche entre ces deux logiques que tout oppose.

Et il ne s'agirait pas selon certains de veiller à ce que l'individu puisse se réaliser mais plutôt de s'assurer qu'il soit en mesure d'affronter les impératifs économiques :

*« Appliquée à des individus dépourvus des supports sociaux nécessaires pour la mettre en œuvre, la norme d'autonomie engendre le développement d'une injonction paradoxale » (Duvoux, 2009)*

#### **1.4.2 L'ère de la forme et du soin de soi**

A partir des années soixante, le regard porté sur le corps change également de façon radicale.

Deux facteurs y contribueront largement, d'une part *« la baisse de l'influence de l'église dans les pays occidentaux, la condamnation religieuse portée sur le sexe a pratiquement disparu »* et d'autre part les idées freudiennes qui *« ont mis à jour les refoulements contre lesquels chacun se devait de lutter »* (Fournier, 2004)

Cette période devient emblématique de la libération des corps.

Enfin libéré des contraintes qui pesaient sur lui, l'individu va pouvoir porter une attention plus grande à son corps qui devient progressivement *« l'expression privilégiée de la personne »* (Vigarello, 2004).

C'est ainsi que les mutations morales et idéologiques affectent les représentations liées au corps qui devient l'objet d'un intérêt particulier. Il devient *« difficile d'ouvrir un magazine qui n'y fasse pas référence. Le corps s'affiche de manière omniprésente sur les murs, sur les écrans, dans les pages des revues »* (Travaillot, 2002).

Et la société française entre dans ce que certains appelleront l'ère de la forme où *« modeler, manipuler, transformer son corps permettra d'être en forme, nouveau but existentiel et valeur cardinale de cette période »* (Travaillot, 2002).

Mais cette quête d'accomplissement personnel ne signifie pas pour autant que l'individu puisse, pour autant, s'affranchir du poids des représentations véhiculées par la société.

*« Les images de top-modèles, de vedettes cinématographiques ou de la télé-réalité affichant leurs corps de lianes nourrissent un « idéal de la minceur » qui est devenu un véritable phénomène de santé publique, contribuant parfois à développer des pathologies telle l'anorexie mentale chez les adolescentes, ou les ravages de régimes plus ou moins charlatanesques »* (Fournier, 2010)

Il convient désormais d'être bien dans son corps et l'on observe que *« hommes et femmes jeunes ou vieux, vont se mettre à courir, à pédaler, à affronter les pentes neigeuses, à randonner dans les sentiers bucoliques ou sur le bitume citadin, et le phénomène ne faiblit pas »* (Travaillot, 2002).

Ainsi ce sont des secteurs entiers de l'économie allant de l'alimentation, aux équipements sportifs ou encore à la chirurgie esthétique qui se développent témoignant ainsi d'un engouement considérable pour le corps autour d'un seul mot d'ordre « *Maigrir et rester jeune* ».

C'est donc un curieux mélange auquel nous assistons « *alliant recherche de bien-être, d'esthétique et de santé, mais aussi culte de l'excellence et de la performance* » (Fournier, 2010) et qui ne peut que nous interroger sur la capacité réelle dont disposent les individus pour faire face à tous ces défis.

### **1.4.3 L'utopie de la santé parfaite**

C'est également dans les années 70, en pleine période de libération des corps et de contestation que certains commencent à s'élever avec vigueur contre une nouvelle idéologie, celle de la santé parfaite, mettant ainsi en garde les individus contre la médicalisation à outrance de la société.

Parmi eux, Illich pour qui être en bonne santé, c'est être avant tout capable « *d'assumer la maladie, comme d'ailleurs la puberté, le vieillissement, le changement* » ou encore l'angoisse de la mort (Illich, 1975).

En dénonçant l'iatrogenèse, il va même plus loin puisqu'il dénonce les conséquences néfastes sur l'état de santé d'actes pratiqués ou de mesures prises par un professionnel de santé.

Foucault également participe de cette même mise en garde contre la médicalisation d'une société où l'individu disparaît au profit de la collectivité qui devient l'enjeu de politiques de santé menées par l'état. La médecine devient, selon lui, une stratégie biopolitique permettant d'exercer un meilleur contrôle des activités de l'homme.

Dans sa théorie du biopouvoir, il démontre comment l'état visant l'efficacité et la docilité des sujets dans tous les secteurs de la société, a pris le pouvoir sur « *les moindres parcelles de la vie et du corps* » qui sont désormais mises sous contrôle (Foucault, 1975). L'hôpital, tout comme l'école ou la caserne, devient un espace où « *le corps ne devient force utile que s'il est à la fois corps productif et assujetti* » (Foucault, 1975).

Quarante ans plus tard, l'obsession de la santé est tout aussi forte et c'est l'existence entière que l'on voudrait médicaliser avec une production constante de recommandations, de repères ou encore de normes auxquelles chacun doit désormais se conformer (Sfez, 2001).

Certes, les progrès scientifiques ont permis d'éradiquer bon nombre de maladies et pour peu on serait tenté de croire qu'il est désormais possible de tout maîtriser :

*« Le pilotage que chacun peut exercer sur lui-même est facilité par la révolution de l'épidémiologie : le privilège donné aux facteurs de risque et surtout à leur possible profil individuel. Le recul des maladies infectieuses après 1950 et le développement de l'outil statistique ont facilité le changement. Plus encore, c'est l'ignorance de la cause exacte des « nouveaux » troubles, au milieu du siècle, cancers, maladies cardiaques ou respiratoires qui a privilégié la recherche de probabilités, celle de coefficients et de pourcentages ; les « chances » statistiques que court un individu d'être atteint » (Vigarello, 2016)*

Cette surmédicalisation alimente l'illusion d'une vie sans maladie et sans douleur tout en rendant les individus toujours plus dépendants de la médecine.

C'est ainsi qu'il n'est plus possible de consommer du pain sans connaître sa teneur en fibres, de la margarine sans être informé de la présence d'Oméga 3 ou encore des yaourts sans que l'on vous précise qu'ils sont riches en calcium.

Ce néologisme inventé par les industriels de l'agro-alimentaire, les alicaments, désigne *« les produits alimentaires industriels transformés, modifiés avec ajouts d'éléments divers qui sont supposés avoir des vertus de prévention, voire curatives pour la santé »*.

Et ce sont désormais la plupart de nos produits alimentaires qui sont assortis de messages suggérant une relation entre le produit consommé et la santé du consommateur qu'il s'agisse de produits laitiers aidant *« au maintien du capital osseux »*, de poissons *« bons pour la mémoire »*, de céréales *« qui favorisent le transit intestinal »* ou encore de yaourts qui *« renforcent les défenses naturelles »*.

Ce phénomène basé sur l'idéologie d'un corps parfait, performant et surtout semblant ignorer ses limites ne peut que nous interroger dès lors que l'on tente de comprendre les pratiques que les individus adoptent vis-à-vis de leur santé.

Et au-delà de la santé, on mesure l'importance que revêt l'apparence physique puisqu'avec le déclin des institutions *« qui auparavant, vous attribuaient une identité : dans les années 1930, on pouvait repérer dans la rue un professeur d'université, un médecin, un curé, un militaire, un ouvrier »* chacun doit désormais construire sa propre identité à partir de signes physiques (Vigarello, 1978).

C'est ainsi que l'individu est sommé de paraître au mieux et le corps devient le principal instrument pour y parvenir.

## 1.5 Notre question de recherche

La complexité des environnements actuels, la rapidité avec laquelle nos sociétés se transforment, mais également l'effritement des repères et des modèles institutionnels placent les individus face à un véritable défi : se produire eux-mêmes dans un monde de plus en plus incertain (Ehrenberg, 2000) où tout semble s'accélérer (Rosa, 2010).

Censés être autonomes, entrepreneurs d'eux-mêmes et surtout en capacité d'agir quelles que soient les situations, ils doivent désormais s'appuyer essentiellement sur eux-mêmes pour gérer leur carrière, leur santé ou encore leur vie familiale.

Et il ne s'agit pas seulement de pouvoir prendre des décisions, de faire les bons choix pour soi-même ou pour ses proches, mais également d'en assumer la responsabilité.

Dans ces nouveaux environnements en perpétuel mouvement, la capacité des individus à exercer cette nouvelle forme d'autonomie nous interroge tant ils doivent être en mesure désormais « *de formuler de bons jugements à propos de leurs propres capacités, de prévoir les effets probables des divers événements et conduites possibles, de mesurer l'étendue des opportunités et des contraintes d'ordre socio-structurel qui se présentent à eux et de régler leur comportement en conséquence* » (Bandura, 2007).

Le domaine de la santé, que nous avons choisi d'aborder, nous donne la mesure de la difficulté qu'il peut y avoir à prendre des décisions pour orienter son comportement. Et même si chaque individu est un « *élément clef dans le développement et le maintien réussi d'habitudes favorables à une bonne santé* » (Bandura, 2007), il n'en reste pas moins risqué de s'aventurer sur un terrain traditionnellement réservé aux experts.

Certes, nous avons observé que nous sommes désormais entrés dans l'ère de la santé connectée et du patient 2.0 et que cela se traduit par de nouvelles pratiques allant de la recherche sur Internet d'informations habituellement réservées aux professionnels de santé, jusqu'à l'automesure de ses propres données corporelles.

Nous avons également mesuré l'influence grandissante des associations de malades qui œuvrent pour modifier la place des malades dans notre système de santé (Jouet et al., 2010) en introduisant la notion de patient expert, ce qui modifie la ligne de partage entre savoirs experts et savoirs profanes (Tourette-Turgis & Thievenaz, 2014).

Enfin, nous avons compris comment la succession de crises sanitaires a encore accentué la montée en puissance des actions émanant de la base et vu apparaître la figure d'un individu en quête de plus de transparence avec la notion de patient contemporain, remettant en cause une relation descendante médecin-patient (Fainzang, 2006).

Pour autant, nous savons également qu'une maladie telle que le cancer a progressé de plus de 115 % au cours des 30 dernières années (INCa, 2014) et que la fondation ARC ne cesse de nous alerter sur le fait que ce n'est pourtant pas une fatalité puisque l'on estime de 30 à 40 % des cancers restent liés au comportement individuel.

Dans un tel contexte, comment ne pas s'interroger sur le sens que revêt une expression comme « **être acteur de sa santé** » ?

Certes, chaque individu porte en lui des facultés d'autorégulation mais que sait-on des raisons qui le motivent à prendre un jour la décision d'arrêter de fumer ? D'adopter une pratique sportive régulière et de s'y tenir ? D'équilibrer son alimentation ? Ou tout simplement de s'impliquer activement dans la gestion de santé ?

Dans quelle mesure les décisions qu'il est amené à prendre vis-à-vis de sa santé, les comportements qu'il décide d'adopter au quotidien, sont-ils déterminés par des facteurs biologiques ou psychologiques et par les environnements dans lesquels il évolue ?

Existe-t-il dans son histoire personnelle des événements biographiques qui nous éclairent sur ses choix en matière de santé ?

C'est ce jeu d'interactions dynamiques entre comportements, facteurs personnels et environnements que nous avons souhaité étudier au travers d'une question de recherche qui est :

**Comment se déploie à l'échelle d'une vie, ce pouvoir d'agir sur soi et dans quelle mesure dispositions, histoires de vie mais également contextes contribuent au renforcement de cette agentivité dans le domaine de la santé ?**

## Synthèse

Tout au long de sa vie, chaque individu doit prendre des décisions concernant sa santé. Ce n'est pas un phénomène nouveau mais c'est désormais dans un monde beaucoup plus complexe qu'il doit être mesure d'exercer cette forme d'autonomie.

Nos sociétés ont beaucoup évolué et le paradoxe est que « *dans la modernité qui est la nôtre, dans nos pays dits démocratiques et riches, le primat de notre autonomie est constamment affiché ; nous sommes supposés décider des usages et des pratiques relatifs à notre corps, notamment concernant notre santé* » (Guienne, 2012).

Pour autant, les comportements individuels relèvent de la sphère publique puisque la collectivité peine à financer les dépenses de santé.

Les enjeux autour de ces questions de santé sont donc de taille et les choix supposés libres et autonomes s'avèrent être de plus en plus contraints. C'est donc un véritable paradoxe auquel est confronté l'individu dès lors qu'il tente de s'émanciper de cette forme de pouvoir exercée à la fois par les médecins et par les pouvoirs publics.

## 2. CADRE THEORIQUE

*« La nature humaine est en partie gouvernée par le choix que l'on fait des valeurs et des normes d'évaluation personnelle. C'est cette ressource interne d'évaluation et de guidage qui donne aux individus un sens à leur vie et c'est de là également que découle la satisfaction de ce qu'ils font. »*

Bandura, 1986

De tout temps les individus ont cherché à exercer un contrôle sur leur existence (Bandura, 2007). Ils ne sont pas uniquement guidés par des forces extérieures mais capables, par des comportements d'anticipation, d'autorégulation et d'autoréflexion d'influencer leur vie.

L'agentivité, capacité d'intervention sur soi, sur les autres et sur le monde est donc un concept incontournable dès lors que l'on s'intéresse au phénomène d'autorégulation de la santé.

Toutefois, cette capacité d'agentivité ne signifie pas pour autant qu'ils soient totalement autonomes et capables d'échapper aux contingences des contextes auxquels ils sont confrontés. Environnements et individus sont intimement liés.

Le fonctionnement humain s'inscrit dès lors dans un système de causalité triadique réciproque entre facteurs personnels, facteurs comportementaux et facteurs environnementaux en interaction permanente (Bandura, 2007).

Façonnés par les environnements dans lesquels ils évoluent, les individus sont pour autant capables de les modifier en devenant des agents auto-organiseurs, proactifs, autoréfléchis et autorégulés (Carré, 2005).

C'est ainsi que prises de conscience, aspirations mais également convictions vont déterminer à chaque instant de leur vie les choix qu'ils seront amenés à faire vis-à-vis de leur santé. Chaque expérience étant porteuse de sens, cette ressource interne leur permettra, en donnant sens à leurs actions, de guider leurs décisions.

A l'échelle d'une vie, ce sont toutes ces interactions qui donnent à la santé une signification particulière et nous guident vers une meilleure compréhension du phénomène d'autorégulation de santé.

Ce sont donc ces notions qui constitueront notre cadre théorique et sur lesquelles nous nous appuierons pour mener notre travail de recherche que nous allons maintenant développer dans ce chapitre.

## 2.1 L'agentivité, au cœur du processus d'autorégulation de la santé

L'agentivité est définie par Bandura comme la « *capacité humaine à influencer intentionnellement sur le cours de sa vie et de ses actions* » (Bandura, 1986).

Le concept d'« *agency* » que l'on traduit communément par agentivité se réfère donc à la capacité d'agir de l'individu et désigne non pas un comportement influencé mais une action qui émane de sa propre volonté (Mackenzie, 2012).

C'est ainsi que l'être humain n'accède à son statut de sujet que s'il « *acquiert, se reconnaît et se voit reconnu une capacité d'agir, à l'opposé de celui qui est assujéti à une puissance extérieure* » (Garel, 2006).

Cette puissance d'agir, c'est-à-dire la « *capacité de faire arriver des événements dans l'environnement physique et social du sujet agissant* » (Ricoeur, 2004) est un concept central dès lors que l'on s'intéresse aux comportements de santé d'un individu désireux de prendre une part active dans la gestion de sa santé, et souhaitant agir par lui-même sur lui-même (Andrieu, 2012).

Cette aptitude humaine au contrôle exige « *le développement de compétences, de perception intime de sa propre efficacité et de capacités autorégulatrices, afin de pouvoir exercer une autodirection* » (Bandura, 1986) et se décline selon quatre modalités que sont l'intentionnalité, l'anticipation, l'autorégulation et l'autoréflexion

*« L'agentivité humaine se caractérise par plusieurs aspects majeurs qui opèrent consciemment de manière fonctionnelle et phénoménale. Il s'agit de l'intentionnalité et de l'anticipation, qui permettent une extension temporelle de l'agentivité, de l'autorégulation par l'influence réactive sur soi-même, et de l'autoréflexion sur ses capacités personnelles, la qualité de son propre fonctionnement et le sens et la finalité des entreprises de son existence » (Bandura, 2001)*

Une **intention** est une « *représentation d'une action future non encore réalisée* » (Carré & Fenouillet, 2008). Elle s'inscrit donc dans le registre de la motivation personnelle qui jouera un rôle essentiel dans la réalisation des actions.

C'est donc un véritable engagement que l'on observe par exemple chez le fumeur qui ayant l'intention d'arrêter de fumer prend la décision d'aller consulter son médecin pour être soutenu et accompagné dans sa démarche.

Puis notre fumeur ayant déjà à de multiples reprises tenté d'arrêter de fumer sans pour autant y parvenir, prendra soin d'anticiper et d'imaginer les bénéfices qu'il va enfin pouvoir en tirer sur sa santé. Cette **pensée anticipatrice** en lui permettant de supposer les résultats de ses actes, l'aidera à mieux « *transcender les contraintes* » et la frustration (Carré & Fenouillet, 2008) que la situation va nécessairement présenter pour lui.

C'est alors seulement qu'il pourra s'engager dans un processus d'autorégulation afin de « *relier la pensée à l'action* » (Carré & Fenouillet, 2008). Il devra solliciter non seulement sa motivation mais également son auto-observation. C'est ainsi que notre fumeur observera son propre comportement, mettra en place des auto-incitations pour soutenir son effort développant ainsi un sentiment de fierté. Ces **auto-réactions** tant évaluatrices qu'anticipatrices seront essentielles tout au long du processus.

Enfin, sa capacité métacognitive d'**autoréflexion**, c'est-à-dire sa capacité à réfléchir sur lui-même lui permettra d'examiner son propre fonctionnement et d'accorder pensées prédictives ou opératoires en fonction des résultats qu'il pourra observer.

Autoréguler sa santé tout au long de sa vie illustre parfaitement cette posture agentive, chacun étant en mesure, en devenant un agent auto-organisateur, proactif, autoréfléchi et autorégulé (Carré, 2005) d'influer au quotidien sur sa santé en réduisant les risques majeurs pour sa santé.

*« Les individus prennent continuellement des décisions pour orienter leurs comportements. Ils sont donc un élément clef dans le développement et le maintien réussi d'habitudes favorables à une bonne santé. Quels que soient les autres facteurs pouvant jouer un rôle de guide et d'incitateur, il y a peu de chances qu'ils puissent produire des changements de comportement durables si les individus ne développent pas les moyens d'exercer un contrôle sur leur motivation et leur comportement de santé » (Bandura, 2010)*

## **2.2 Un modèle, la causalité triadique réciproque**

Pour autant, la santé est également influencée par les environnements dans lesquels les individus évoluent et les conditions de vie socio-économiques, culturelles ou environnementales ont un impact non négligeable sur la santé. Habitats précaires, exposition aux conditions de travail dangereuses et stressantes ou encore accès insuffisant aux services de santé pénalisent lourdement les personnes socialement défavorisées en affectant leur santé.

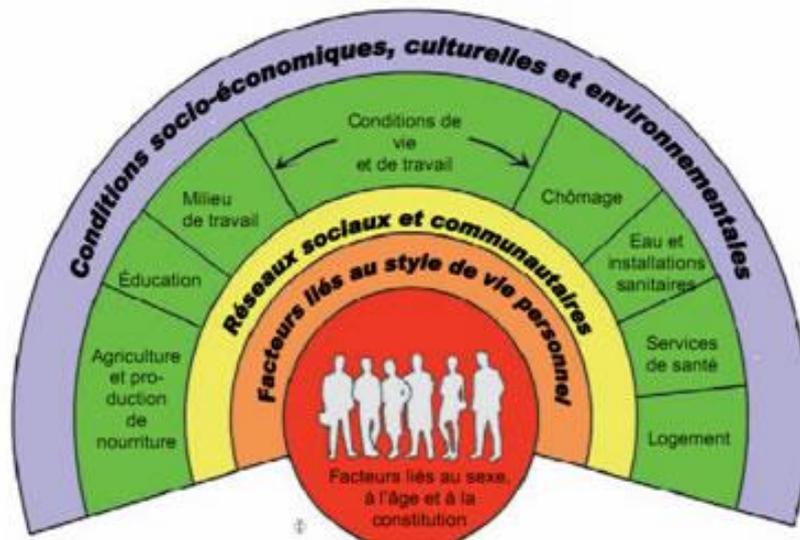
Mais l'environnement social dans lequel chaque individu évolue joue également un rôle particulièrement important pour expliquer les comportements de santé adoptés.

C'est ainsi qu'à chaque étape de sa vie, l'état de santé d'un individu se caractérise par des interactions complexes entre différents facteurs d'ordre socio-économiques en interaction avec l'environnement et le comportement individuel.

Et s'il n'y a pas de déterminisme, il y a néanmoins des déterminants que l'OMS définit comme l'ensemble des « *facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations* » (OMS, 1998).

Différents modèles explicatifs ont été développés afin de pouvoir identifier l'impact de ces déterminants d'origines différentes qu'elles soient biologiques, sociales, environnementales ou autres et leurs interactions sur la vie d'un individu.

Nous retiendrons ici le modèle proposé par Dahlgren et Whitehead (1991) qui s'organise autour de trois types de déterminants : individuel, environnemental et sociétal. Présentés en quatre niveaux, ceux-ci interagissent en permanence les uns avec les autres tout au long de la vie.



**Figure 2 – Représentation des déterminants de santé – Modèle de Whitehead & Dahlgren**  
 What can we do about inequalities in health ?  
*The Lancet*, 1991, n° 338 : p. 1059-1063

Le premier niveau « **Facteurs liés au style de vie personnel** » concerne les comportements et styles de vie personnels. Dans cette strate, on retrouve des comportements tels que le tabagisme ou encore une alimentation déséquilibrée.

Le second niveau « **Réseaux sociaux et communautaires** » comprend les influences sociales et collectives comme la présence ou l'absence de soutien. Ces interactions sociales ou ces pressions des pairs peuvent avoir une influence sur les comportements individuels de façon favorable ou défavorable.

Le troisième niveau « **Facteurs liés aux conditions de vie et de travail** » concerne la sphère professionnelle mais également l'accès aux services et aux équipements essentiels, tels que l'eau, l'habitat, les services de santé, l'alimentation ou encore l'éducation.

Dans cette classe, les conditions d'habitat précaires, l'exposition aux conditions de travail dangereuses ou stressantes et un accès médiocre aux services créent des risques pour les personnes socialement désavantagées.

Enfin, le quatrième niveau « **Conditions socio-économiques, culturelles et environnementales** » englobe les facteurs qui influencent la société dans son ensemble. C'est la situation économique d'un pays, les conditions du marché de l'emploi ou le niveau de vie atteint mais également le climat ou encore la pollution.

On retrouve également dans cette zone, les croyances culturelles et notamment les attitudes spécifiques des communautés ethniques.

Les pratiques de santé sont donc la résultante à la fois des prédispositions, des influences liées au contexte et des comportements individuels. Et il existe désormais un consensus pour affirmer que déterminants comportementaux, environnementaux et personnels interviennent simultanément sans que l'on soit capable de définir avec précision si l'un prédomine sur l'autre ou encore selon quelle hiérarchie.

Dans sa théorie sociocognitive, Bandura nous propose un modèle qui met en scène ces trois dimensions : individuelle, comportementale et environnementale. Il distingue ainsi la **personne** porteuse à la fois d'une histoire, de cognitions, d'affects, de représentations ou encore de prédispositions, l'**environnement** dans lequel elle évolue qu'il soit imposé, choisi même ou construit et enfin ses **comportements** comme ici ses pratiques de santé.

Mais la richesse de ce modèle repose sur le fait que Bandura considère que c'est dans un système d'interactions permanentes et dynamiques entre ces trois facteurs que s'inscrit le comportement humain.

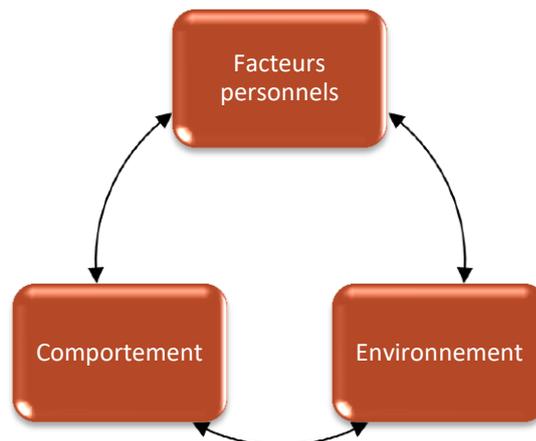


Figure 3 - La causalité triadique réciproque - Bandura (2003)

Ses comportements de santé sont donc à la fois fonction de la situation qui se présente à lui – ce qu'elle exige ou sollicite de sa part – et de ses dispositions acquises au cours de ses expériences passées (Lahire, 2012).

Porteur d'une histoire, de connaissances acquises au fil du temps, de croyances parfois solidement ancrées et de « dispositions à penser, à sentir et à agir » (Lahire, 2012) chaque individu possède la capacité d'agir non seulement sur lui-même mais également sur son environnement tout en étant confronté en permanence aux contraintes et aux opportunités que les contextes dans lesquels il évolue lui imposent.

Et qu'il soit ou non confronté à des épisodes de maladie au cours de son existence, ses expériences de soin sur lui-même ou sur ses proches seront porteuses de significations et de savoirs (Delory-Momberger & Tourette-Turgis, 2014).

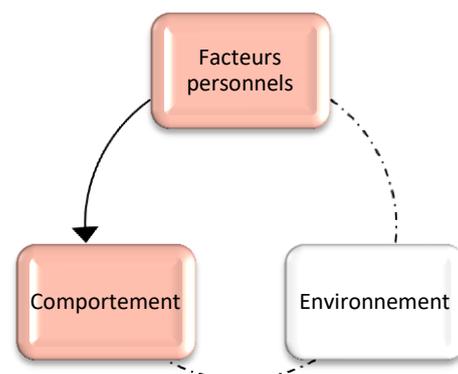
Les pratiques de santé sont donc avant tout singulières. Tel individu refusera de s'en remettre au diagnostic médical exogène préférant se reposer sur son propre vécu, sur ses expériences de soin, sur les signes que son corps lui envoie. Tel autre sera influencé par les témoignages de ses pairs relayés parfois par les réseaux sociaux ou préférera s'en remettre au médecin qu'il juge plus apte à décider ce qui est bon pour sa santé.

A la croisée des chemins entre une multitude de facteurs à la fois personnels et environnementaux, les pratiques de santé sont donc multiples et les choix faits tout au long de la vie pour se maintenir en bonne santé ne peuvent s'expliquer sans ce jeu d'interactions qui s'auto-alimentent en permanence.

### 2.2.1 Influence des facteurs personnels sur les comportements de santé

Chaque individu est porteur d'un certain nombre de caractéristiques qu'il s'agisse de son âge, de son sexe ou encore de son origine ethnique mais au-delà de ces singularités biologiques ou génétiques, il est également porteur d'une histoire qui lui a permis de développer au fil du temps un certain nombre de connaissances et d'habiletés physiques, cognitives, affectives et sociales. Ces caractéristiques individuelles influencent ses choix et ses comportements de santé.

Mais les événements qu'il a vécus ont également nourri ses attentes, ses aspirations, ses représentations ou encore ses croyances vis-à-vis de la santé donnant forme et direction à son comportement.



Qu'elles soient singulières, enracinées individuellement ou partagées collectivement, les croyances exercent une influence importante sur la façon dont on prend soin de sa santé.

Souvent véhiculées par la famille sous forme de valeurs ou de modèles (Herzlich & Moscovici, 1969), les croyances déterminent fréquemment les choix thérapeutiques et les pratiques d'autosanté (Andrieu, 2012).

Et quand elles prennent la forme de représentations sociales (Augé & Herzlich, 1983), elles se révèlent être extrêmement puissantes comme l'illustre une maladie telle que le Sida autour de laquelle se sont développés préjugés et stigmatisations (Barbot, 2002).

Ainsi, l'anthropologie de la santé a permis de mettre en lumière des logiques d'action notamment en matière de prise de médicaments qui sont « *le résultat d'une recombinaison, d'une combinaison d'éléments qui empruntent pour partie au discours médical, et pour partie à des logiques culturelles ou symboliques* » (Fainzang, 2006).

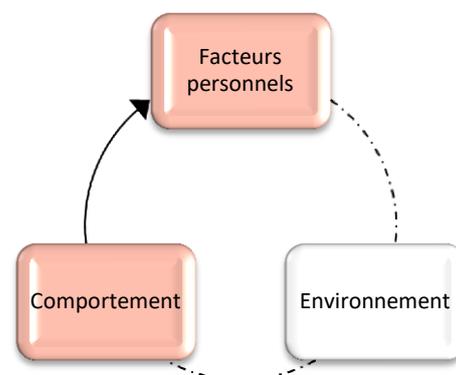
Enfin, c'est aussi la perception que chacun a de sa capacité à prendre en charge sa santé qui semble être déterminante pour comprendre qu'il puisse ou non se risquer à exercer un contrôle sur sa santé.

Ainsi, le sentiment d'efficacité personnelle, c'est-à-dire : « *les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières* » contribue pour beaucoup à déterminer à la fois les choix de santé mais également l'investissement dans la poursuite des buts fixés (Bandura, 2007).

### 2.2.2 Influence des comportements de santé sur les facteurs personnels

On observe également que les comportements peuvent induire des transformations dans les perceptions modifiant ainsi les facteurs personnels.

Ainsi les réussites peuvent s'avérer être un moteur puissant pour développer un meilleur sentiment d'efficacité personnelle et plus un individu « *vivra un succès lors de l'expérimentation d'un comportement donné, plus il sera amené à croire en ses capacités personnelles pour accomplir le comportement demandé* » (Bandura, 2007).



Adopter une pratique sportive régulière et s'y tenir tout en observant les bienfaits que cela produit sur sa santé permet assurément d'éprouver une certaine satisfaction qui ne pourra que contribuer à développer un meilleur sentiment d'efficacité personnelle vis-à-vis de cette activité et « *une fois qu'un solide sentiment d'efficacité a été mis en place grâce à des succès répétés, les échecs ou les déboires occasionnels ont peu de probabilités de miner la croyance de la personne en ses possibilités* » (Bandura, 2007).

C'est ainsi qu'en autoévaluant de façon subjective sa capacité à réussir telle ou telle activité, l'individu prendra ou non la décision de s'y engager. Sa croyance affectera à la fois son niveau d'implication et sa volonté de fournir les efforts nécessaires à l'atteinte d'une performance ou d'un but (Meyer & Verhiac, 2004).

A l'inverse, on comprendra aisément qu'un fumeur ayant échoué à plusieurs reprises dans sa tentative d'arrêter de fumer, se sente de moins en moins capable d'y parvenir un jour. Sa croyance en sa capacité affectera ainsi son niveau d'implication et surtout sa volonté de fournir les efforts nécessaires à l'atteinte du but visé.

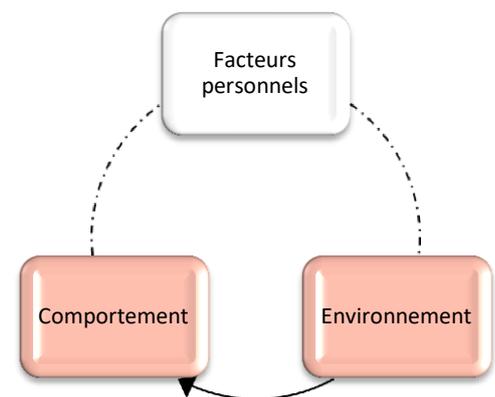
### 2.2.3 Influence des environnements sur les comportements de santé

Lorsque les environnements changent, dans la sphère familiale ou à l'échelle de la société, les comportements de santé peuvent évoluer.

Le fait de s'installer en couple, l'arrivée d'un enfant ou encore une séparation déclenchent souvent des prises de conscience qui permettront parfois de réévaluer les pratiques de santé, telle cette mère de famille qui à la naissance de ses enfants changera radicalement sa façon de s'alimenter privilégiant une alimentation plus saine et plus équilibrée.

A l'inverse, les contraintes imposées par certains environnements peuvent parfois compromettre la mise en œuvre de certains comportements de santé.

Ainsi ce cadre ayant pris la décision d'aller courir tous les jours sur sa pause déjeuner pour entretenir sa forme physique peut être freiné dans son élan s'il ne parvient pas à contourner ou à résoudre les contraintes et les barrières qu'il rencontrera autour de lui. Il pourra ainsi être stimulé et encouragé par un cadre professionnel qui soutient son projet ou à l'inverse être démotivé si son supérieur le sollicite régulièrement à ce moment précis de la journée.

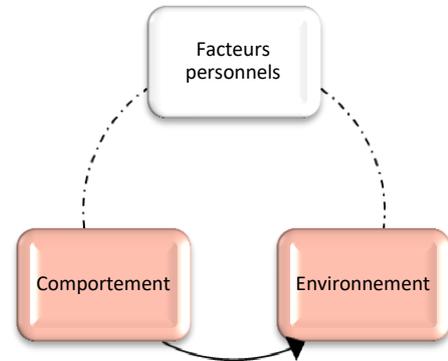


Ainsi quand les conditions de réalisation deviennent trop difficiles (horaires de travail ou charge familiale), elles peuvent finir par compromettre la réussite même du projet (Meyer & Verhiac, 2004).

## 2.2.4 Influence des comportements de santé sur les environnements

Mais l'on observe que les individus ont également la faculté de choisir, d'adapter ou même de construire leurs propres environnements de santé (Bandura, 2007).

Ainsi le choix du médecin ou de l'approche thérapeutique est rarement le fruit du hasard. On se renseigne, on en parle autour de soi, on compare et on se décide enfin lorsque l'on a trouvé le thérapeute qui nous convient. Il est même fréquent de « *consulter plusieurs médecins afin de confronter des diagnostics souvent contradictoires* » (Dominicé & Waldvogel, 2009).



De même, l'engouement actuel pour les médecines alternatives (Zimmermann, 1995) et le choix délibéré d'explorer des approches différentes de celles proposées par la médecine allopathique constituent un phénomène suffisant significatif qui illustre bien cette capacité à influencer sur les environnements.

Près d'un français sur deux aurait aujourd'hui recours aux médecines parallèles (Laplantine & Rabeyron, 1987). En voulant explorer une voie différente, ces nouvelles pratiques témoignent tout autant d'une remise en question d'une approche exclusivement biomédicale que d'un souhait de choisir son propre environnement de santé.

Mais parfois, on fait également le choix de se soigner seul. Ainsi l'automédication qui consiste à « *faire, devant la perception d'un trouble de santé, un autodiagnostic et à se traiter sans avis médical* » (Lecomte, 1999) et qui témoigne d'une « *rupture de dépendance à l'égard des médecins* » (Fainzang, 2010a) illustre bien le fait qu'il soit possible de modifier son environnement de santé.

Enfin, le développement du numérique, et en particulier d'Internet, a entraîné « *l'émergence d'un nouvel environnement informationnel, dans lequel les individus sont susceptibles de tenir un rôle plus actif* » (Benkler, 2006) et l'on assiste au développement de réseaux sociaux de santé, tel Carenity qui regroupe des communautés de malades atteints de pathologies telles que l'asthme, le diabète, la dépression ou encore l'épilepsie. Les malades peuvent ainsi échanger avec des personnes qui vivent la même chose qu'eux ou encore s'informer.

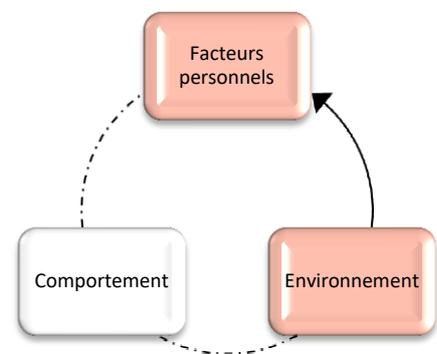
En permettant de rompre avec « les logiques de diffusion one to many des anciens médias (radio, télévision), au profit de formes de communication, distribuées et égalitaires » (De Rosnay & Revelli, 2006), ces nouvelles pratiques qui donnent naissance à des formes inédites d'échanges entre pairs (Grivel, 2011) témoignent bien de ce jeu d'interactions réciproques et dynamiques entre facteurs environnementaux et comportementaux.

Et ces nouveaux espaces au sein desquels les pratiques de santé peuvent s'exercer différemment mettent en lumière la capacité des individus à choisir, à adapter ou encore à construire leurs propres environnements.

### 2.2.5 Influence des environnements sur les facteurs personnels

Mais ce sont, de plus en plus, les environnements qui impactent directement les individus bouleversant à la fois leurs connaissances dans le champ de la santé et la perception qu'ils ont du rôle qu'ils peuvent jouer dans la prise en charge de celle-ci.

La relation entre le médecin et le malade traditionnellement basée sur un modèle paternaliste a progressivement évolué au cours de ces trente dernières années (Jodelet, 2013).



Amorcée dès les années 90, avec les premiers textes sur les droits des patients, la démocratie sanitaire est au cœur de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Il s'agit non seulement de réaffirmer explicitement les droits des usagers mais aussi de leur « reconnaître des canaux de participation effectifs dans les procédures de soins et à différents niveaux du processus décisionnel public » (Monneraud, 2011).

Ce phénomène de démocratisation sanitaire est d'une telle ampleur que le champ de la santé est marqué par « des transformations profondes qui affectent aussi bien les définitions officielles de la santé que les objectifs assignés aux institutions de santé ou les relations entre soignants et soignés, en raison de la place nouvelle reconnue à ces derniers, à leur participation et à leur expérience » (Jodelet, 2013).

Ce renversement de perspective interroge le rapport entre l'expert et le profane tout en bousculant l'image du professionnel de santé. Elle questionne également les rapports de force traditionnellement établis.

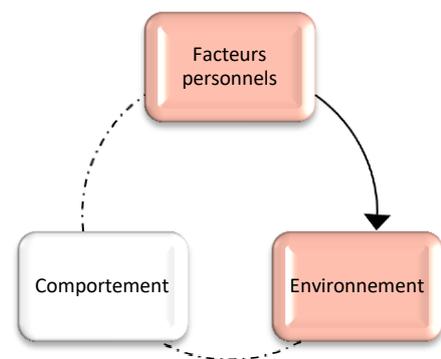
Mais à l'échelle individuelle, elle amène les sujets non seulement à développer des connaissances habituellement réservées aux experts mais également à reconnaître une nouvelle forme de savoir élaboré par la personne autour de son vécu de la maladie ou du soin (Jouet, Las Vergnas, & Noël-Hureaux, 2014).

Et dans une société qui « réclame des individus davantage de prise en charge de leur existence » (Dominicé & Waldvogel, 2009), on assiste à une modification conséquente de la façon dont ils conçoivent leur rôle voire leur responsabilité dans la gestion de leur santé.

### 2.2.6 Influence des facteurs personnels sur les environnements

Ce sont enfin ces connaissances nouvelles, ces attentes grandissantes liées au changement progressif de posture de l'individu ou encore ces prises de conscience sur la nécessité d'exercer un contrôle sur sa santé qui vont impacter les environnements.

Car loin de subir uniquement l'influence des environnements dans lesquels ils évoluent, les individus sont également à même de les modifier ou même de les créer. C'est ainsi que facteurs personnels et environnementaux entreront en relation réciproque dans un processus dynamique où les transformations apportées à ces nouveaux environnements de santé iront à leur tour impacter les facteurs personnels (Carré, 2004).



Ainsi, nous avons vu à quel point les nombreux dysfonctionnements et les insatisfactions grandissantes des usagers remettent en question les croyances tout autant que les attentes des individus vis-à-vis de notre système de soin (Jodelet, 2006).

Ces prises de conscience alimentent un besoin d'information et de partage d'informations qu'Internet contribue à favoriser générant des espaces d'échange autour de la santé. On y compare ses bilans, ses expériences de santé avec une communauté le plus souvent virtuelle.

Mais ce sont également les communautés de malades qui œuvrent pour modifier les environnements existants en s'intéressant aux recherches menées sur les médicaments et les traitements allant même jusqu'à développer des recherches-actions (Jouet et al., 2010).

Et l'on assiste désormais à la reconnaissance d'un savoir expérientiel des patients et des usagers du système de soins (Jouet et al., 2010) qui bouleverse « *les cadres de la réflexion dans le domaine sanitaire, ne manquant pas de remettre en cause les rapports sociaux qui s'y nouent comme les modèles d'approche des relations entre savoir savant et savoir profane* » (Jodelet, 2013).

Ainsi la notion récente de patient expert, modifie considérablement les contextes existants en introduisant de nouveaux paramètres et si « *jusque dans les années 2000, lorsque les discours se voulaient patients-centrés, il était surtout question de leurs croyances ou de leurs représentations – autrement dit de leur ignorance* » (Gross, 2014) la tendance actuelle est désormais à « *valider leur capacité à comprendre les enjeux auxquels ils sont confrontés* » (Gross, 2014).

Force est donc de constater que la reconnaissance de ces nouvelles compétences modifie le paysage existant et offre désormais de nouvelles opportunités qui viendront à leur tour renforcer croyances et aspirations individuelles.

Et l'on mesure bien l'importance de la dimension temporelle dans cette perspective où les facteurs interagissent en permanence en s'alimentant mutuellement, puisque rien n'est jamais figé et à tout moment, un nouvel élément peut mettre ou remettre en mouvement la structure toute entière.

Dès lors si l'on veut appréhender les logiques d'action des individus et comprendre les raisons qui poussent les individus à adopter tel ou tel comportement de santé, il convient d'agrandir la focale d'observation pour se placer à l'échelle d'une vie.

Car à chaque étape de la vie, la santé revêt un sens particulier et les comportements de santé des individus sont éminemment influencés par la temporalité de leur existence.

### **2.3 Parcours de vie et évènements fortuits**

Enfance, entrée dans l'âge adulte, construction d'une famille, milieu de la vie puis vieillesse sont autant d'étapes à franchir permettant à chacun de se positionner vis-à-vis de sa santé et parfois même offrant l'occasion de reconsidérer ses choix et ses conduites.

Mais s'il est possible en anticipant d'exercer un contrôle sur les évènements à venir, il existe à l'échelle d'une vie beaucoup de phénomènes liés au hasard et l'existence humaine reste ponctuée d'évènements fortuits qui lui échappent.

Ainsi il est des « événements majeurs qui opèrent un renversement parfois heureux, parfois désastreux dans nos existences respectives » (Niewiadomski, 2006).

Ruptures professionnelles, divorce, accidents ou encore maladies peuvent à tout moment faire basculer une vie et ce sont pourtant également ces situations qui donnent l'occasion à chacun d'explorer les nouvelles perspectives qui s'offrent à lui.

Et, bien souvent, c'est le sens que revêt cet évènement fortuit pour la personne qui conditionnera sa propension à agir car « pour chaque être humain, l'interprétation de l'évènement s'inscrit ainsi en permanence entre « déterminisme » et « hasard » en raison même de notre inscription structurelle dans l'ordre du langage et de la quête de sens. Dès lors, il nous faut tenter de mettre de l'ordre dans ce chaos apparent. Nous tentons donc en permanence de donner une signification à nos vies afin de chercher à intégrer les discontinuités de nos existences respectives » (Niewiadomski, 2006).

Certaines personnes croient au destin, c'est-à-dire à ce qui inéluctablement doit se produire dans leur vie, comme la maladie. Tomber malade serait de l'ordre de la fatalité et il conviendrait de s'incliner devant ce qui serait en quelque sorte déterminé à l'avance et irait au-delà de la volonté humaine. Dès lors, à quoi bon s'efforcer de rester en bonne santé si la maladie est inévitable.

D'autres considèrent qu'elles sont responsables des évènements qui ponctuent leur existence et qu'à chaque instant, elles peuvent reconsidérer leurs conduites et « plutôt que de traiter l'évènement fortuit comme incontrôlable » elles décident de faire le jouer le hasard en leur faveur (Carré, 2004).

La plupart des théories sur le développement humain reposent sur un processus déterministe dans lequel les expériences de l'enfance influencent pour beaucoup les évolutions futures. Bandura à l'inverse considère que chaque individu reste libre de saisir les opportunités qui se présentent à lui tout au long de sa vie (Bandura, 1998).

Et même s'il est impossible d'avoir de l'influence sur la survenue d'évènements fortuits, il reste néanmoins possible d'exercer un contrôle important sur l'impact que ceux-ci peuvent avoir sur nos trajectoires.

C'est probablement, cette dimension imprévisible qui complexifie considérablement les parcours de vie et plus précisément les parcours de santé tant les ramifications possibles peuvent se révéler multiples.

Ainsi s'interroger sur ce qui a pu déterminer tel ou tel choix de santé, reviendrait à essayer de démêler des fils que l'existence a progressivement entremêlés à l'image d'une barbe à papa telle une « substance poisseuse à laquelle se collent sans cesse de nouveaux détails biographiques » (Goffman & Kihm, 1975).

C'est ainsi que dans cette perspective, l'attitude agentive vis-à-vis de la santé ne peut être considérée comme un état mais comme un processus en évolution permanente dans lequel à chaque instant, le sujet peut au gré des événements réajuster son comportement.

## **Synthèse**

A chaque instant de son existence, l'individu peut influencer sur le cours de sa vie. C'est le sens que revêt le concept d'agentivité que nous retiendrons ici pour éclairer notre réflexion sur les comportements de santé. Pour autant, il serait faux de penser que l'action humaine échappe aux contingences des contextes dans lesquels les individus évoluent (Carré, 2004) et l'action humaine s'inscrit dans une perspective sociocognitive dans laquelle facteurs individuels, environnementaux et comportementaux interagissent de façon réciproque en permanence (Bandura, 2003). C'est ainsi qu'en puisant dans le registre des expériences vécues et en donnant du sens aux événements qui ponctuent leur existence, que certains souhaiteront prendre le contrôle sur leur santé (Andrieu, 2012) tandis que d'autres, convaincus que les choses sont déterminées à l'avance, préféreront s'incliner devant ce qu'ils considèrent comme la fatalité.

# **3. METHODOLOGIE ET PROTOCOLE DE RECHERCHE**

Construire son objet de recherche nécessite tout d'abord de rompre avec le sens commun, c'est-à-dire avec les représentations partagées par tous (Bourdieu & Wacquant, 1992).

En ce sens, les travaux sur les représentations sociales de la santé et de la maladie ((Herzlich, 1966) et sur l'anthropologie de la maladie (Laplantine & Thomas, 1993) constituent des références incontournables dès lors que l'on envisage de mener un travail d'exploration sur le rapport qu'entretiennent les individus avec leur santé.

Puis la confrontation de ce socle de connaissances à des données observables devient nécessaire et une première enquête quantitative sous forme de questionnaire est organisée. Il s'agira de comparer pratiques et croyances.

Elle trouvera son prolongement dans une enquête qualitative, cette fois-ci, sous forme d'entretiens semi-directifs afin de mettre en lumière non seulement les liens entre pratiques de santé et discours sur ces pratiques mais également les trajectoires des personnes interrogées.

Car il s'agit maintenant de comprendre les logiques d'action dans ce processus complexe qu'est l'autorégulation de la santé tout en explorant les éléments constitutifs des parcours de vie.

Et surtout, nous souhaitons inscrire cette démarche dans une perspective autoréflexive en incitant les personnes interrogées à s'interroger sur leurs pratiques ou encore leur choix dans le domaine de la santé.

Nous pensons, en effet, que cette dimension peut constituer une voie d'entrée intéressante pour accéder à une meilleure compréhension du phénomène d'autorégulation de la santé.

C'est ce cheminement fait de choix méthodologiques que nous allons maintenant expliciter.

Notre travail de recherche interroge la capacité des individus à exercer un contrôle sur leur santé.

Ce sont donc tout autant les stratégies qu'ils mettent en place au quotidien pour se maintenir en bonne santé que les choix qu'ils font tout au long de leur vie pour leur santé ou celle de leurs proches que nous allons donc devoir explorer.

Notre objectif est de comprendre, comment ce pouvoir d'agir sur soi - au travers de la santé - se construit au fil du temps puis se déploie au gré des événements biographiques.

Notre démarche vise donc la compréhension d'un phénomène, celui de l'autorégulation de santé dont il s'agit de rendre intelligible le fonctionnement.

### **3.1 Construction de l'objet de recherche**

Quelle conception les individus ont-ils d'une notion aussi floue que la santé ?

Cette conception varie-t-elle en fonction de leur sexe, de leur âge ou encore de leur culture ?

Quelles représentations ont-ils de la notion de bonne santé ? Comment perçoivent-ils leur état de santé ?

Quelles connaissances possèdent-ils sur les comportements à adopter pour se maintenir en bonne santé ? Mais également, quelles sont leurs pratiques vis-à-vis de leur santé ?

Enfin, quelles sont les motivations à l'œuvre dans cette démarche d'autorégulation ?

C'est tout l'objectif du travail exploratoire que de clarifier d'une part les nombreuses questions que notre question de recherche suscite tout en gardant en mémoire qu'il est également important de « *laisser courir son regard sans s'obstiner sur une piste unique, écouter tout autour de soi sans se contenter d'un seul message, se pénétrer des ambiances, et chercher finalement à discerner les dimensions essentielles du problème étudié, ses facettes les plus révélatrices et, par la suite, les modes d'approche les plus éclairants* » (Quivy & Van Campenhout, 2006).

Ce travail d'exploration repose donc sur une solide revue de littérature basée sur un double mouvement à la fois d'ouverture et de contraction puisqu'il convient d'alterner des périodes « *où l'on ouvre la recherche de références, de méthodes, de concepts, de théories, d'hypothèses* » et des moments « *où l'on resserre pour déterminer la question de recherche et le sujet dans un champ particulier* » (Dumez, 2011).

Psychologie de la santé, psychologie sociale, psychologie clinique, sociologie, économie ou encore anthropologie sont autant de champs disciplinaires qui apportent chacun leur éclairage sur les comportements de santé des individus et sans lesquels il est impossible d'appréhender un phénomène aussi complexe que l'autorégulation de la santé.

*« Les progrès de l'épidémiologie, de la psychologie et de la sociologie médicales, des sciences humaines dans leur ensemble, rendent aujourd'hui évident le rôle des facteurs de comportement dans la genèse des troubles qui aboutissent à la maladie et à la mort. La façon de s'alimenter, de rythmer la vie quotidienne, les relations établies avec les autres et avec son propre corps, les réactions à l'égard des contraintes et des stimulations ambiantes, la capacité à maîtriser l'environnement physique, l'utilisation du temps libre, la consommation de substances procurant du plaisir, la façon de réagir à la maladie et notamment l'emploi des médicaments et l'utilisation du système de santé ou le recours à l'automédication ..., autant de comportements individuels ou collectifs, qui font que chaque individu et chaque groupe sont, au moins ou partie, les artisans, en bien ou en mal, de leur santé » (Deschamps, 1984)*

### 3.1.1 Questionnaire exploratoire

Puis c'est le « contact avec la réalité » (Quivy & Van Campenhoudt, 2006) qui s'impose, trouvant sa concrétisation dans l'élaboration d'un premier questionnaire.

Nombreuses sont les enquêtes menées par la DREES<sup>1</sup> ou par l'INPES<sup>2</sup> sur les comportements de santé des français. Ainsi le baromètre santé de l'INPES mesure chaque année les attitudes des français vis-à-vis de leur santé. Véritable observatoire des comportements de santé, ces enquêtes déclaratives nous apportent régulièrement des informations précieuses.

*« Elles permettent d'établir un état des lieux pour chaque thème de santé étudié (tabagisme, alcoolisation, consommation de drogues illicites, pratiques vaccinales, comportement sexuel, dépistage des cancers, pratique d'une activité physique, nutrition, qualité de vie, sommeil, accidents, douleur, consommation de soins, santé mentale...) des perceptions, attitudes et comportements des personnes résidant en France » (INPES, 2016).*

Nombreuses sont également les enquêtes, souvent à l'initiative des compagnies d'assurance, qui nous apportent un éclairage intéressant sur l'importance que les individus accordent à leur santé, sur la connaissance qu'ils ont des indicateurs de santé, sur les dépistages auxquels ils se livrent ou encore sur le rapport qu'ils entretiennent avec le corps médical.

Mais au-delà de ces enquêtes, une question reste toutefois entière.

---

<sup>1</sup> Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

<sup>2</sup> Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.

Depuis le 1er mai 2016, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) sont devenus Santé publique France.

Le Cancer a progressé de plus de 115 % au cours des 30 dernières années (INCa, 2014) et la fondation ARC nous rappelle régulièrement que cette augmentation n'est pourtant pas une fatalité puisque l'on estime que 30 à 40 % des cancers sont évitables<sup>1</sup> par une modification des comportements individuels et une prévention plus efficace.

Pour autant, les français restent semble-t-il insuffisamment mobilisés. Ainsi, comment expliquer qu'ils soient 70 % à être conscients que « *faire attention à son comportement permet de réduire considérablement les risques de développer un cancer* » et seulement 30 % à déclarer avoir mis en place des actions spécifiques pour s'en prémunir<sup>2</sup> ;

Ce chiffre s'explique-t-il par le fait qu'ils soient mal informés ? S'agirait-il plutôt d'une attitude résignée et fataliste vis-à-vis d'une maladie que beaucoup perçoivent comme difficile à maîtriser entre facteurs héréditaires, environnementaux et comportementaux ? Ou sommes-nous simplement en présence d'individus qui ne souhaitent pas s'investir personnellement au prix d'efforts ou de contraintes ?

Ainsi lorsque l'on essaie d'identifier les freins à la mise en place d'actions spécifiques pour se prémunir du cancer, l'enquête<sup>3</sup> menée par la fondation ARC nous apprend qu'ils sont :

- ✓ 52 % à penser pouvoir développer un cancer même en faisant des efforts pour s'en protéger
- ✓ 50 % à penser ne pas avoir un mode de vie risqué par rapport au cancer
- ✓ 39 % à ne pas avoir envie de s'imposer des contraintes
- ✓ 37 % à considérer qu'il y a trop de risques autour d'eux et que modifier leur comportement ne changerait rien
- ✓ 35 % à manquer d'informations ou à avoir reçu trop de messages d'information et ne plus savoir quoi faire

Certes, nous avons vu précédemment que l'état de santé d'une personne se caractérise par des interactions complexes entre des facteurs à la fois socio-environnementaux, économiques et individuels.

---

<sup>1</sup> Source: British Journal of Cancer, Volume 105, Issue S2 (S1-S81), 6 décembre 2011

<sup>2</sup> Sondage IPSOS-Fondation ARC réalisé le 17 décembre 2012 sur un échantillon représentatif de la population française de 1 022 personnes de 15 ans et plus

<sup>3</sup> Ibid

Nous avons également compris que les déterminants de santé n'agissent pas seuls et que c'est leur combinaison qui influe sur l'état de santé des individus.

*« A côté du capital génétique, la santé physique est largement déterminée par les habitudes de vie et les conditions environnementales » (Bandura, 2007)*

Ce sont donc les pratiques qui doivent être interrogées en lien avec les connaissances dont disposent les individus puisque nous cherchons à comprendre grâce à cette première enquête quel peut être le lien entre connaissance des comportements à adopter pour se maintenir en bonne santé et pratiques réellement adoptées.

Enfin, nous savons que *« la qualité de la santé est influencée de manière décisive par les habitudes de vie »* et que pour demeurer en bonne santé, les personnes doivent *« faire de l'exercice, réduire leur consommation de graisses, s'abstenir de fumer, maintenir une tension sanguine basse, et développer des moyens efficaces de gérer les causes de stress »* (Bandura, 2010).

Nous faisons donc le choix de retenir, en premier lieu, les comportements identifiés par la fondation ARC comme étant directement en lien avec la survenance de certains cancers tels que l'alimentation, l'exercice physique, la consommation de tabac ou d'alcool.

Rappelons à ce sujet que la consommation de tabac est la principale cause de décès liée au cancer dans le monde et que le lien entre tabagisme et cancer du poumon n'est plus à établir (INCa, 2011).

L'OMS <sup>1</sup> nous rappelle également que les maladies coronariennes et cérébrovasculaires pourraient être évitées *« en s'attaquant aux facteurs de risque comportementaux – tabagisme, mauvaise alimentation et obésité, sédentarité et utilisation nocive de l'alcool »*

Partant de ces différentes études, nous nous sommes également interrogés sur la notion de comportement de santé et nous nous appuyons sur la définition que nous propose le glossaire des termes de santé publique<sup>2</sup> et sur celle de Godin :

*« Tout comportement ou toute activité faisant partie de la vie quotidienne mais qui influe sur l'état de santé de la personne »* (Glossaire des termes de santé publique, 2013)

*« Une action faite par un individu et ayant une influence positive ou négative sur sa santé »* (Godin, 2012)

---

<sup>1</sup> OMS - <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/index.html> consulté le 24 mars 2017

<sup>2</sup> Glossaire élaboré en 2013 à l'initiative de la commission européenne portant sur les termes de santé publique et de promotion de la santé

Notre questionnaire est donc construit à partir de :

- L'enquête barométrique de la DREES publiée en janvier 2012 sur les attitudes et les opinions des Français sur la santé
- Les baromètres santé annuels réalisés par l'INPES
- Deux enquêtes réalisées par l'IFOP :
  - ✓ *Les français sont-ils maîtres de leur santé ?* (Juin 2012)
  - ✓ *Comment les français gèrent-ils leur santé ?* (2006-2007-2008)

Ce sont donc 13 items qui seront retenus et pour mesurer le degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis de l'énoncé, nous aurons recours à une échelle de Likert offrant quatre choix de réponses allant de « Tout à fait prioritaire » à « Secondaire ».

Dans la première partie du questionnaire, nous souhaitons recueillir des données sur les connaissances dont disposent les personnes interrogées sur les comportements à adopter pour se maintenir en bonne santé :

**Pour être en bonne santé et conserver son capital santé, est-il selon vous, tout à fait prioritaire, prioritaire, important ou secondaire de :**

	Tout à fait prioritaire	Prioritaire	Important	Secondaire
Manger de façon équilibrée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dormir suffisamment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vivre dans un environnement non pollué	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eviter les situations de stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surveiller son poids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir une vie sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir une activité professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surveiller sa consommation d'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surveiller sa consommation de tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se reposer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etre optimiste et épanoui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manger bio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir une pratique sportive régulière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puis il s'agit dans une deuxième partie, d'identifier les pratiques qui sont réellement adoptées par les personnes interrogées :

<b>Et vous, pour conserver votre capital santé, vous efforcez-vous de :</b>			
	Tout à fait	De temps en temps	Jamais
Manger de façon équilibrée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dormir suffisamment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vivre dans un environnement non pollué	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Éviter les situations de stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surveiller votre poids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir une vie sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir une activité professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surveiller votre consommation d'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surveiller votre consommation de tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se reposer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Être optimiste et épanoui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manger bio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir une pratique sportive régulière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le recueil des données, nous permettra ainsi de comparer les croyances : **Ce que je pense devoir faire pour rester en bonne santé** avec les pratiques : **Ce que je fais réellement**.

Pour la constitution de notre échantillon, nous visons une population d'adultes de plus 18 ans.

Elaboré à partir de Google Forms puis envoyé dans un premier temps à une vingtaine de personnes issues de catégories socio-professionnelles et d'âges variés, le questionnaire sera par la suite relayé selon la technique dite de « boule de neige » par ces mêmes personnes auprès de leurs propres réseaux. Nous souhaitons ainsi recueillir une centaine de réponses.

La mise en ligne du questionnaire permet tout au long de sa diffusion, par une consultation des réponses en temps réel, un réajustement visant à équilibrer les différentes variables que sont le sexe, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle ou encore le niveau d'études.

De ce fait, ce sont 139 personnes qui participeront à notre enquête et qui se répartiront de la façon suivante :

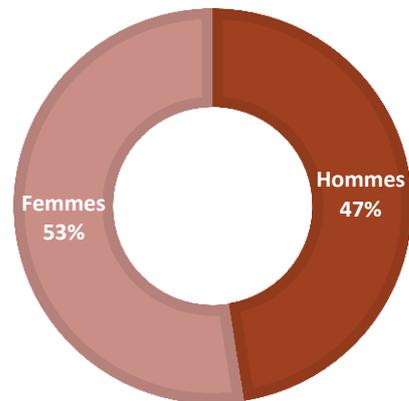


Figure 4 - Questionnaire exploratoire - Répartition selon le sexe

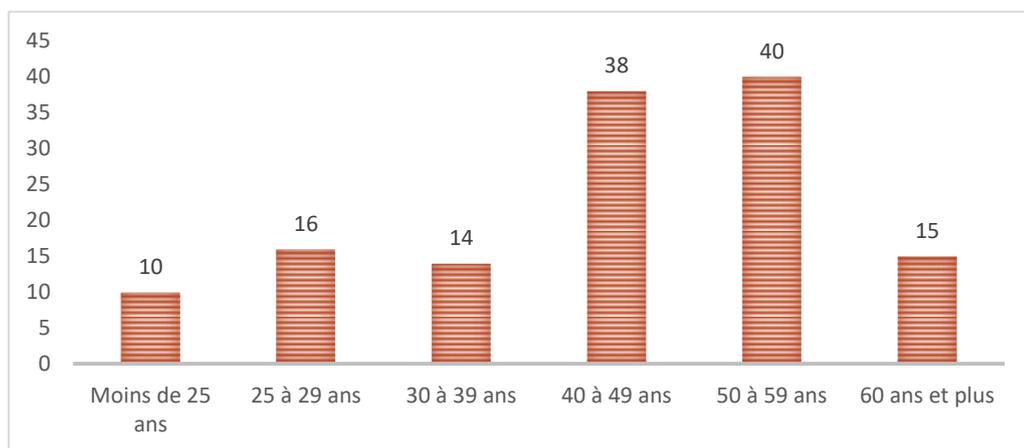


Figure 5 – Questionnaire exploratoire – Répartition selon la variable âge

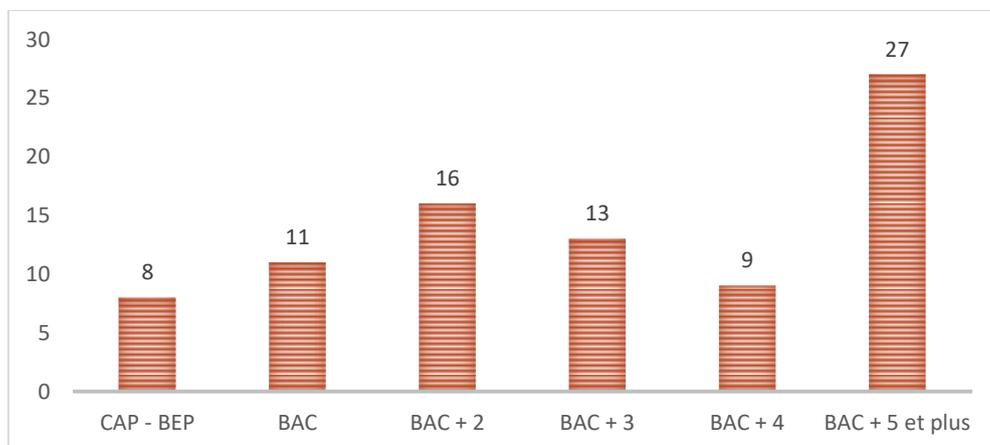


Figure 6 – Questionnaire exploratoire - Répartition selon la variable niveau d'études

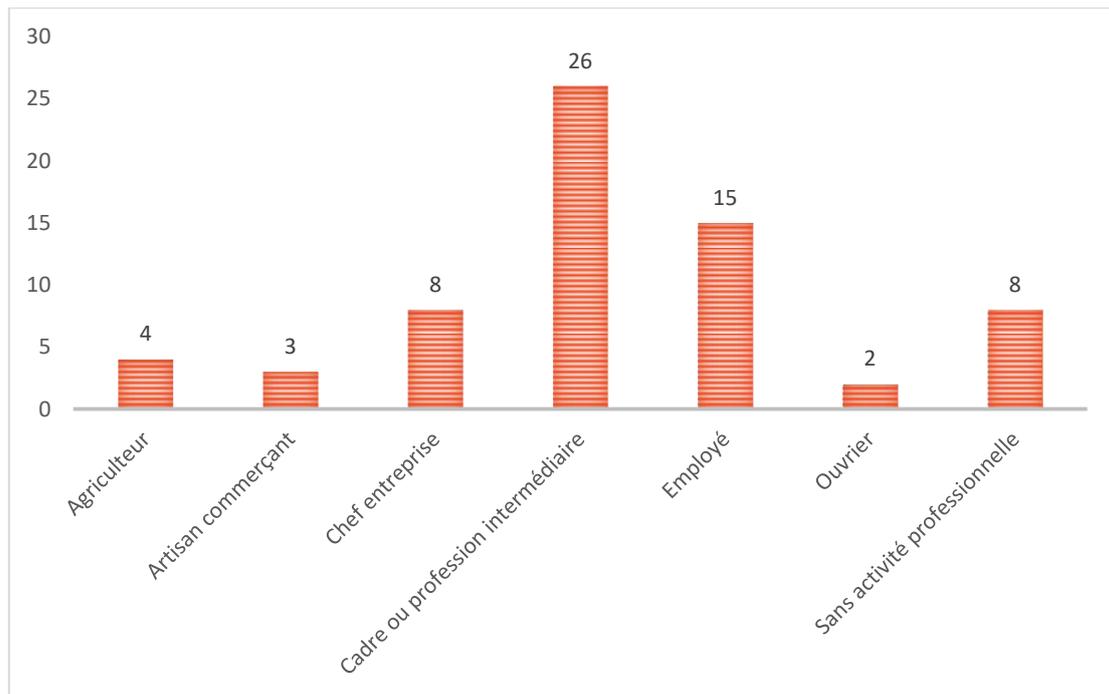


Figure 7 - Questionnaire exploratoire - Répartition selon la catégorie socioprofessionnelle

### 3.1.2 Entretiens exploratoires

Notre travail exploratoire s'achève enfin par une série d'entretiens semi-directifs puisqu'il s'agit maintenant de mettre en lumière les représentations autour de la santé mais également les liens entre pratiques de santé et discours sur ces pratiques.

Mais nous souhaitons surtout intégrer les trajectoires pour comprendre comment les choix s'opèrent au gré des événements vécus et à l'échelle d'une vie.

Pour aborder ces différents axes thématiques, nous nous appuyerons sur des concepts issus des sciences de l'éducation mais aussi de l'anthropologie, de la sociologie ou encore de la psychologie sociale.

En effet, lorsque la maladie survient dans l'existence humaine, l'individu cherche à comprendre et lui donner du sens ou encore à lui trouver des causes. Mais une telle élaboration autour de la santé et de la maladie s'opère également à l'échelle sociale et culturelle. C'est ainsi que le rôle des représentations sociales (Jodelet, 2013) autour d'un phénomène tel que la santé est essentiel pour comprendre comment s'élaborent notamment les modèles explicatifs, c'est-à-dire l'ensemble des notions ou des symboles qui seront associés à telle ou telle maladie (Herzlich, 1966).

*« Toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite par son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'environne » (Abric, 2016)*

Nous chercherons également à comprendre quelle vision les individus ont de la maladie entre causalité externe et causalité interne en utilisant notamment les modèles exogène et endogène que nous proposent les anthropologues (Laplantine & Thomas, 1993).

C'est ainsi que dans un modèle exogène, la maladie est attribuée à l'action d'un élément extérieur à la personne et le malade n'est pas responsable de ce qui semble aller au-delà de sa propre volonté. La maladie frappe alors l'individu comme une fatalité. A l'inverse, dans un modèle endogène, le sujet considère qu'il est à l'origine de sa maladie et donc qu'il est à la fois responsable de son état mais également de sa guérison.

Il nous semble également important d'étudier le rapport que les individus entretiennent avec le savoir scientifique et comment ils appréhendent le pouvoir exercé par les médecins. Les notions de savoir profane et de savoir expert seront donc explorées afin de comprendre « *quel savoir sur la santé et la maladie peut-on déceler dans la perception quotidienne à côté des corpus de connaissances scientifiques* » (Moscovici, 1993)

Puis nous essaierons d'identifier les pratiques adoptées par les personnes pour se maintenir en bonne santé mais également sur quelles bases se reposent leurs choix ainsi que les ressources matérielles ou humaines sur lesquelles elles s'appuient car ce sont aussi les apprentissages à l'œuvre dans ce processus d'autorégulation de la santé que nous tenterons de mettre en exergue en lien avec le concept d'apprenance (Carré, 2005).

Enfin, la question de la motivation sera abordée afin de comprendre le rôle qu'elle joue dans le processus d'autorégulation. Nous souhaitons comprendre comment les individus, amenés à prendre continuellement « *des décisions pour orienter leur comportement* » peuvent être ou non « *un élément clef dans le développement et le maintien réussi d'habitudes favorables à une bonne santé* » (Bandura, 2007)

L'ordre des thèmes sera défini pour « *préfigurer un déroulement possible de l'entretien, une logique probable des enchaînements* » tout en nous laissant la possibilité d'évoluer en fonction des nouveaux aspects qui seront intégrés au fur et à mesure des entretiens. (Combessie, 2007).

De ce fait, le guide d'entretien ci-après sera revu tout au long de notre enquête, chaque entretien apportant un éclairage supplémentaire au phénomène étudié, jusqu'à « *le tenir pour définitif : un sentiment de redondance peut décider de ce moment quand les derniers entretiens confirment la pertinence du guide sans suggérer d'orientation ou de questions nouvelles* » (Combessie, 2007).

Représentations autour de la notion de bonne santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon vous, qu'est-ce que c'est, être en bonne santé ?</li> </ul>
Perception du sujet sur son état de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous considérez-vous en bonne santé ?</li> </ul>
Connaissances des comportements à adopter	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que faut-il faire pour rester en bonne santé ?</li> </ul>
Pratiques adoptées pour préserver son capital santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous adopté des comportements spécifiques pour rester en bonne santé ? Si oui lesquels ?</li> <li>• A quelle occasion ?</li> </ul>
Motivation et volonté du sujet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envisagez-vous d'adopter de nouvelles pratiques pour préserver votre capital santé ?</li> <li>• Pour quelles raisons ?</li> </ul>
Ressources matérielles et humaines sollicitées pour s'autoréguler	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sur quoi vous basez-vous pour préserver votre capital santé ?</li> <li>• Où trouvez-vous l'information qui vous est utile ?</li> <li>• Faites-vous appel à d'autres personnes ?</li> <li>• Utilisez-vous Internet ?</li> </ul>
Apprentissages à l'oeuvre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous le sentiment d'apprendre quelque chose en vous occupant de votre santé ?</li> </ul>

Figure 8 - Grille d'entretien - Entretiens exploratoires

Rappelons que ces entretiens exploratoires s'inscrivent dans une démarche inductive où le chercheur se place « *comme un véritable explorateur, dans laquelle il se familiarise avec une situation ou un phénomène, tente de les décrire et de les analyser* » (De Ketele, 2009).

Nous veillerons également à ce que toutes préconceptions du phénomène n'entachent la perception objective des faits (Beaugrand, 1988) conscients du fait que « *l'esprit scientifique nous interdit d'avoir une opinion sur des questions que nous ne comprenons pas, sur des questions que nous ne savons pas formuler clairement* » (Bachelard, 1989).

C'est donc 16 entretiens exploratoires qui seront menés au sein de la Cité de la Santé à Paris mais seulement 11 d'entre eux seront réellement exploités. Nous avons en effet considéré qu'il était préférable d'exclure cinq entretiens qui se révélaient être extrêmement pauvres en termes de contenu et émanaient tous d'individus âgés d'une vingtaine d'années. C'est ce qui nous conduira par la suite à envisager de centrer notre étude sur le mitant de la vie.

Notre échantillon se répartit donc de la façon suivante :

Prénom	CSP	Age	Niveau Etudes	Situation familiale
Sonia	Retraitée	66 ans	BAC + 5	Veuve
Jean	Enseignant	56 ans	BAC + 8	En couple
Carmen	Enseignante	48 ans	BAC + 4	Mariée
Régis	Etudiant	29 ans	BAC + 5	En couple
Annabelle	Secrétaire	48 ans	BAC + 3	Célibataire
Anne	Chef d'entreprise	53 ans	BAC + 3	Mariée
Benoit	Agent immobilier	30 ans	BAC + 5	En couple
Guy	Consultant	39 ans	BAC + 5	Célibataire
Jacques	Cadre administratif	54 ans	BAC + 4	Marié
Gaëlle	Bibliothécaire	35 ans	BAC + 4	En couple
François	Sapeur-pompier	41 ans	BAC + 5	Marié

Tous les entretiens sont enregistrés puis retranscrits de façon à être analysés également par le logiciel d'analyse sémantique de textes TROPES®.

## 3.2 Résultats des études exploratoires

Les résultats de l'analyse des données auxquels nous parvenons par cette double approche quantitative et qualitative, nous permettent de faire un premier constat.

Au-delà des divergences qui étaient prévisibles entre croyances et pratiques réelles, nous entrevoyons déjà toute la complexité du processus d'autorégulation de la santé.

Et nombreux sont les facteurs qui semblent contribuer à jouer un rôle dans la façon dont les individus se comportent vis-à-vis de leur santé tels que les trajectoires de vie, les croyances, les représentations liées à la santé ou encore l'environnement dans lequel ils évoluent.

Mais au-delà de ce constat, il nous apparaît surtout que c'est en amenant les personnes interrogées à réfléchir à la façon dont elles se comportent vis-à-vis de leur santé et aux raisons qui motivent leurs choix que l'on parvient à recueillir les informations les plus riches.

C'est cette capacité autoréflexive des sujets qui se révèle essentielle pour ne pas se limiter à recueillir des informations de surface qui ne nous apprendraient que peu de choses sur le phénomène étudié.

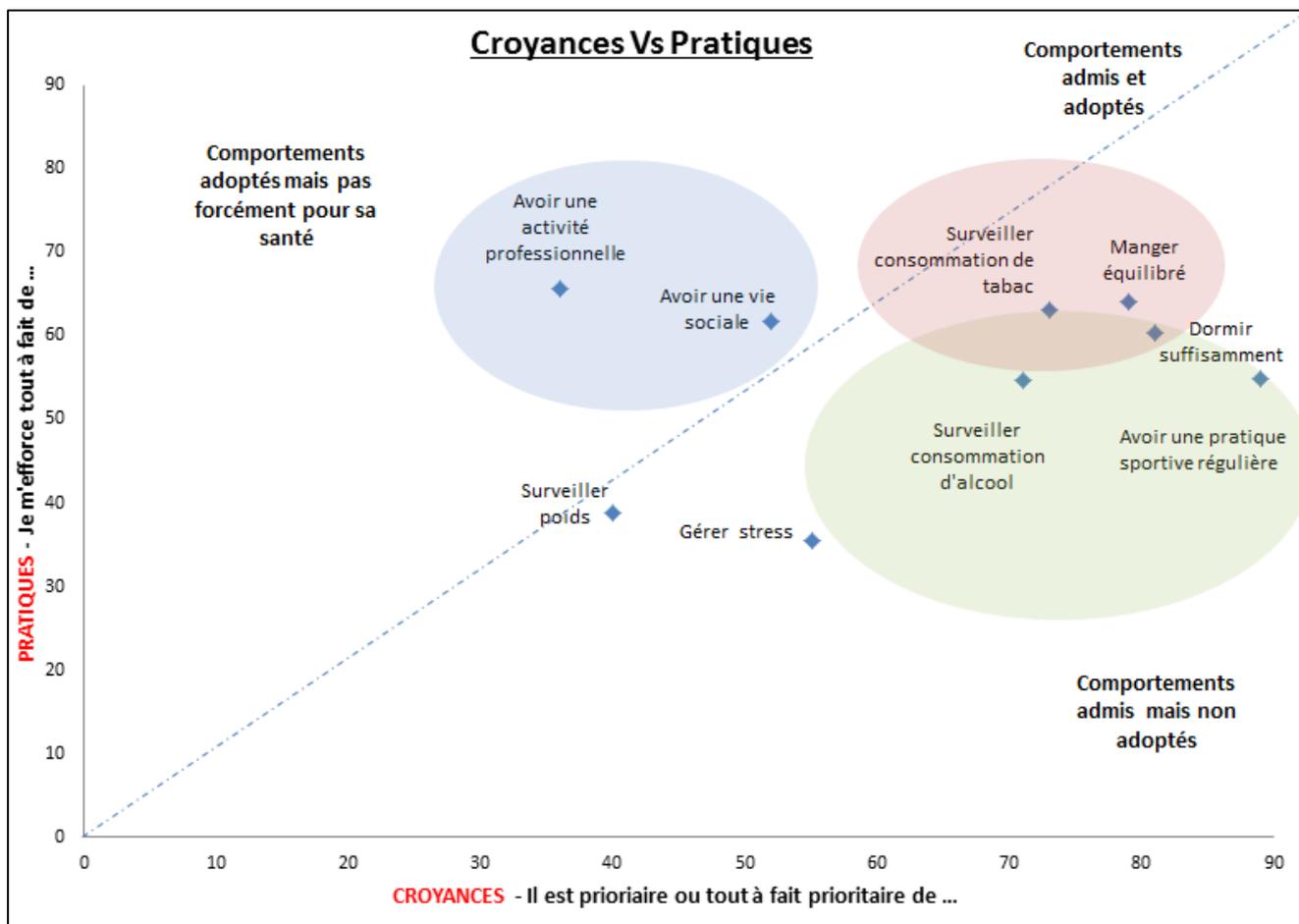
C'est aussi la raison pour laquelle nous n'avons pas retenu certains entretiens menés auprès de personnes plus jeunes et qui ne présentaient qu'un intérêt très limité.

C'est ce qui nous conduit à penser que le facteur âge est certainement essentiel pour la constitution de nos échantillons futurs et qu'il peut être judicieux de centrer notre travail de recherche sur des individus plus âgés, ayant été confrontés dans leur vie à des situations qui ont pu les amener à réfléchir à leurs pratiques de santé.

### 3.2.1 Une divergence entre croyances et pratiques de santé

L'analyse des données recueillies à partir des 139 réponses au questionnaire laisse ainsi apparaître des différences entre les croyances que les individus ont sur ce qu'il convient de faire pour rester en bonne santé et ce qu'ils disent avoir mis réellement en pratique.

C'est ainsi lorsque l'on les interroge sur ce qui est **prioritaire** ou **tout à fait prioritaire** parmi les items proposés pour rester en bonne santé et que l'on croise les réponses obtenues avec ce qui est fait, non pas occasionnellement mais de **façon régulière**, pour se maintenir en bonne santé, il est intéressant de constater que trois catégories se distinguent.

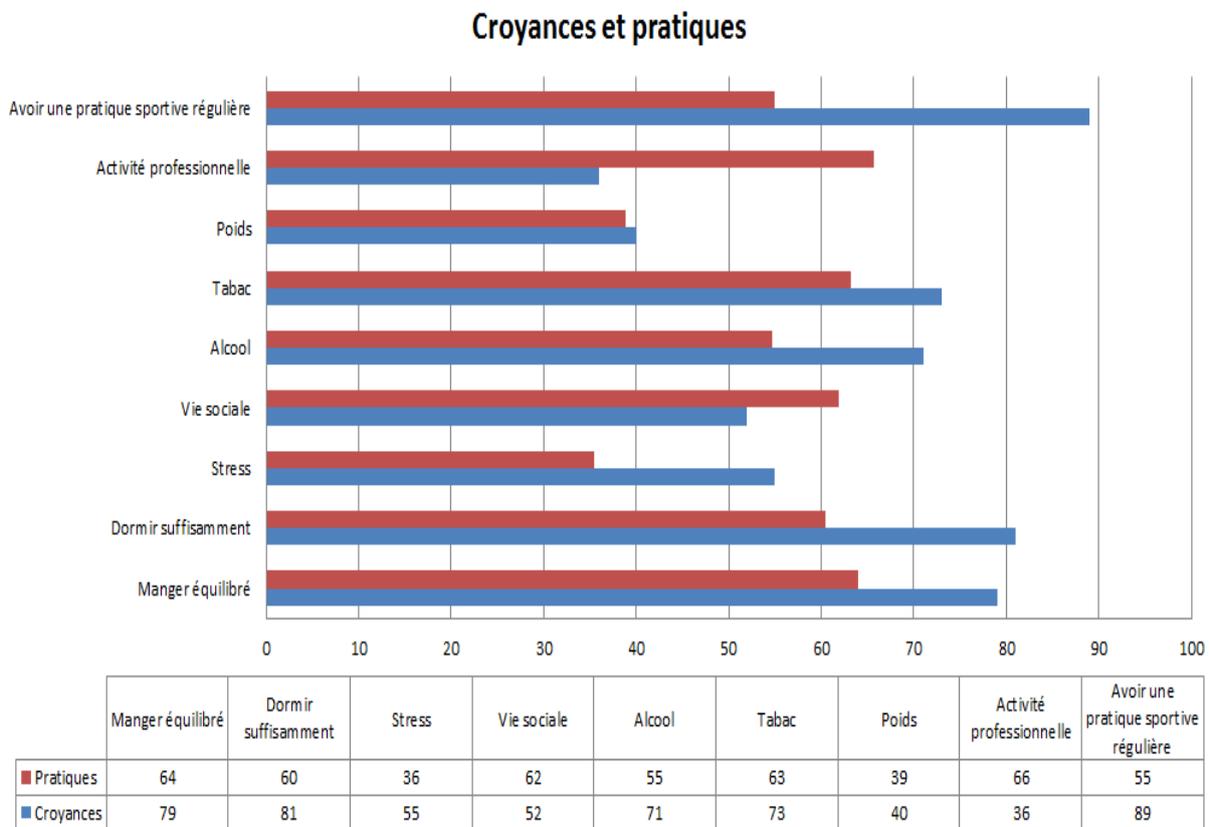


**Figure 9 - Résultats du questionnaire exploratoire**  
Données exprimées en pourcentage

Sur le graphique ci-dessus qui croise sur l'axe 1 ce qui **jugé « prioritaire » à « tout fait prioritaire » pour se maintenir en bonne santé** avec les **comportements réellement adoptés** représentés sur l'axe 2 nous observons la présence de trois cas de figure :

- ✓ Des comportements **admis comme prioritaires** pour se maintenir en bonne santé et réellement **adoptés** tels que surveiller sa consommation de tabac ou manger équilibré.
- ✓ Des comportements **admis comme prioritaires** pour se maintenir en bonne santé mais **non adoptés** tels qu'avoir une pratique sportive régulière et dans une moindre mesure surveiller sa consommation d'alcool ou dormir suffisamment.
- ✓ Des comportements **adoptés mais pas forcément avec pour objectif de se maintenir en bonne santé** tels qu'avoir une activité professionnelle ou encore avoir une vie sociale.

Et si, à partir de ces mêmes données, on compare les pourcentages obtenus, la différence entre croyances et pratiques devient encore plus visible :



**Figure 10 – Représentation graphique des résultats du questionnaire exploratoire  
Données exprimées en pourcentage**

Pour autant, il convient donc d'être prudent dans l'analyse de ces résultats. Certes la connaissance seule des comportements à adopter pour se maintenir en bonne santé ne garantit pas l'adoption de ces comportements mais l'étude des données témoigne également de la complexité du processus d'autorégulation de la santé.

Il existe toujours un décalage important entre le dire et le faire mais il serait faux de s'imaginer que c'est seulement la mauvaise connaissance des risques encourus qui explique les comportements observés :

*« Ainsi les professionnels de santé croient encore que l'ignorance des risques pourrait expliquer l'adoption de comportements délétères. La transmission de connaissances est donc vue comme une stratégie à privilégier. Or force est de constater que l'acquisition de connaissances sur les risques ne se traduit pas toujours par un changement de comportement » (Godin, 2012).*

Et il serait tout aussi risqué de penser que lorsque les comportements adoptés sont favorables à la santé, ils le sont avec pour objectif de se maintenir en bonne santé.

On peut ainsi vouloir perdre du poids en adoptant une pratique sportive régulière, non pas parce que 80 % des maladies coronariennes et cérébrovasculaires peuvent être évitées en adoptant une pratique régulière d'une activité physique mais plutôt pour garder un corps svelte et musclé.

La marge est importante entre avoir conscience des risques encourus vis-à-vis de sa santé notamment lorsque l'on fume et avoir l'envie ou même la volonté d'arrêter.

Et force est de constater que ce type d'enquête ne nous délivre aucune information sur les raisons qui motivent les comportements adoptés.

### **3.2.2 La santé entre causalité interne et causalité externe**

L'analyse réalisée à partir des entretiens exploratoires menés à la Cité de la santé se révèle être, de ce point de vue, bien plus riche.

Ainsi, en débutant nos entretiens par une question à la fois générale et ouverte - « *Selon vous, c'est quoi être en bonne santé ?* » - notre objectif était d'explorer les représentations autour de la notion de la santé.

Et nous retrouvons le caractère polysémique du terme santé (Herzlich, 1966) entre absence de maladie, capital ou encore équilibre entre le physique et le psychologique.

Ainsi, la santé est tout d'abord envisagée comme un état neutre dont il n'y aurait rien à dire puisque cela traduit uniquement l'absence de maladie, de souffrance, de traitement ou encore de visite chez le médecin :

*« Ne pas souffrir de quelque chose qui te gêne dans ta vie courante »* Anne, chef d'entreprise, 53 ans

*« C'est simple, c'est de ne pas voir le médecin »* Jean, enseignant, 56 ans

*« C'est, n'être pas malade, ne pas avoir de maladie grave »* Carmen, enseignante, 48 ans

*« C'est n'avoir mal nulle part »* Sonia, retraitée, 66 ans

*« C'est de ne pas avoir de problèmes médicaux quotidiens »* Guy, consultant, 39 ans

Mais la santé est également considérée comme un capital dont chacun dispose et qu'il conviendrait de gérer. On retrouve ainsi la notion de capital génétique, celui dont on hériterait en venant au monde :

*« Se sentir en bonne santé, c'est surtout avoir le sentiment que la tête marche bien et que le corps tout entier est très coopérant mais en fait, il y a tellement de choses et surtout il y a beaucoup d'éléments génétiques dans la santé »* Gaëlle, bibliothécaire, 35 ans

Au travers de certains témoignages, la santé apparaît également comme un équilibre entre bien-être psychologique et physique :

*« C'est avoir un bon équilibre entre le physique et le mental »* Benoit, agent immobilier, 30 ans

*« En fait, ça rejoint deux aspects fondamentaux, la santé physique et la santé morale. Etre en bonne santé, c'est être bien dans un corps sain. Oui, se sentir bien dans un corps sain »*  
François, sapeur-pompier, 41 ans

Mais, au-delà de ces différentes acceptions, ce sont deux conceptions bien distinctes de la santé qui semblent s'opposer.

Dans la première, la maladie est considérée comme **exogène**, elle provient de l'extérieur. Et quel que soit l'élément extrinsèque qui la provoque, elle est donc à la fois imprévisible et incontrôlable. Etre doté(e) d'une bonne santé relève en quelque sorte de la chance ou du hasard. L'individu n'a d'autre possibilité que de subir.

*« Il peut y avoir une part de fatalité aussi car si on regarde tout ce qui est cancer, on s'aperçoit que c'est lié à la génétique puisque quand on remonte on s'aperçoit que leur père avait un cancer, que leur grand-père avait développé un cancer, etc. Avoir une bonne hygiène de vie peut permettre de réduire la probabilité de tomber malade mais on n'est jamais à l'abri de tomber malade »* François, sapeur-pompier, 41 ans

Dans la seconde, l'individu est au cœur du processus. La maladie s'inscrit dans un processus intrinsèque. Dans cette vision **endogène**, la personne est à l'origine de sa maladie et donc à même d'y remédier mais surtout capable de s'en prémunir :

*« Avant je subissais la maladie et en plus, je me disais : Pourquoi moi ? Après je me suis rendue compte que l'eczéma c'est particulier car il y a aussi une dimension psychologique »*  
Gaëlle, bibliothécaire, 35 ans

Cette dualité entre ces deux formes d'attribution, soit une causalité externe, soit une causalité interne (Laplantine & Thomas, 1993) nous semble constituer une première grille de lecture du processus d'autorégulation de la santé.

### **3.2.3 Vers une pratique réflexive de santé**

Les parcours de santé sont intimement liés aux parcours de vie. Une analyse longitudinale des entretiens nous en donne la mesure en permettant de relever la façon dont les séquences s'organisent entre elles, nous éclairant sur les raisons qui ont motivé les choix de santé.

Mais l'analyse du discours permet d'observer comment l'exercice même de l'entretien incite la personne interrogée à adopter une posture réflexive sur ses pratiques de santé et à quel point ce processus réflexif s'inscrit spontanément dans le quotidien des sujets.

C'est cette conscience discursive qui permet aux individus d'être à la fois capables d'exprimer les raisons de ce qu'ils font mais aussi de contrôler ce qu'il ont fait et donc de porter un regard critique sur leurs pratiques qui semble ressortir de façon significative des entretiens que nous avons menés (Giddens, 1987).

En adoptant une posture réflexive, mécanisme par lequel le sujet se prend pour objet d'analyse et de connaissance, articulant prise de conscience et mise en perspective, l'individu peut décider de poursuivre ou non son action dans la même direction :

*« Plus je comprends ce qui a fait que je suis ce que je suis, plus je saisis les processus profonds et complexes qui m'ont formé au sens large du terme, plus je suis alors en mesure de mettre ces influences à distance, plus je suis alors capable de décider et d'infléchir mon parcours à venir » (Lainé, 2007)*

Cette dimension autoréflexive semble être une voie d'entrée intéressante pour accéder à une meilleure connaissance du processus d'autorégulation de la santé.

En ce sens, le logiciel d'analyse sémantique Tropes® utilisé pour identifier les mots les plus significatifs, ceux dont la fréquence d'apparition est nettement supérieure à la moyenne nous alerte d'emblée sur certains verbes fréquemment utilisés au cours des entretiens :

- ✓ *Dire* et plus précisément **Se dire** nous renvoie, selon nous, à la capacité autoréflexive
- ✓ **Falloir** nous permet d'aborder la dimension motivationnelle
- ✓ **Essayer** nous confronte à la difficulté qu'il peut y avoir dans ce processus d'autorégulation fait de tâtonnements
- ✓ **Apprendre** nous renvoie aux apprentissages à l'œuvre dans cette démarche

Ainsi le verbe **dire** et plus précisément l'expression **se dire**, avec ses 73 occurrences présentes dans notre corpus, témoigne bien de cette réflexivité autour des pratiques entre prise de conscience, analyse d'une situation et prise de décision :

*« Aller nager ? Je me suis dit : peut-être avec une voisine qui va à la piscine mais je me suis dit que je ne le ferai pas car ça m'ennuie ... » Sonia, retraitée, 66 ans*

*« Et je me disais ça serait peut-être une bonne idée » Annabelle, secrétaire, 48 ans*

*« Et puis les gens autour de moi commençaient à tomber comme des mouches. Ça m'a un peu motivé mais surtout le fait de me sentir incapable d'arrêter. J'avais baissé jusqu'à 3 ou 4 cigarettes. Et un jour ma belle-sœur est venue, j'ai commencé un paquet le matin et le soir il n'en restait plus. Et là je me suis dit : je n'arriverai jamais à me discipliner. C'était la dernière cigarette que j'ai fumée » Jean, enseignant, 56 ans*

« J'ai eu pas mal de maux de tête ces derniers temps. Y compris la nuit. Au moment où je me réveille j'ai un énorme mal de tête qui a tendance à disparaître dans la journée mais j'ai trouvé ça anormal et **je me suis dit** : ces derniers temps je rebois du café le matin – J'ai toujours bu du café après manger, c'est une habitude, j'ai toujours beaucoup aimé la pause-café mais là je me suis dit je reprends du café le matin. Pour me motiver à bosser, je me ressers. Je bois beaucoup de café. J'ai beaucoup diminué depuis quelques jours et je n'ai plus de maux de tête. J'ai bien l'impression qu'il y a un lien. En observant les choses et en essayant de tirer un lien en corroborant que le café n'était pas très bon pour moi » Carmen, enseignante, 48 ans

« Finalement **je me dis** que c'est une chance d'avoir été malade » Gaëlle, bibliothécaire, 35 ans

Le verbe **essayer** traduit quant à lui - avec ses 40 occurrences - les nombreux tâtonnements inhérents à toute démarche d'autorégulation de la santé et témoigne bien de la difficulté qu'il peut y avoir à adopter des pratiques favorables à la santé :

« **J'essaie d'avoir des temps de repos** qui soient assez conséquents. La particularité c'est que je suis quelqu'un qui dort peu et je ne sais pas si ça peut avoir un impact sur mon fonctionnement mais je dors 5 heures par nuit. Pas plus. Si je dors plus, ça ne va pas. J'ai des maux de tête et je n'émerge pas de la journée » François, sapeur-pompier, 41 ans

« J'évite le stress – quand je suis stressée je vais courir, je fais du sport. **J'essaie de me raisonner** en relativisant – Je me demande pourquoi je suis stressée » Anne, Chef d'entreprise, 53 ans

« **J'essaie de varier** la manière dont je mange. Un petit défaut que j'ai, c'est que je suis un peu carnivore. J'aime bien la viande mais je compense par le fait que j'aime bien aussi les légumes. Mais les légumes, c'est les légumes naturels, sans sauce. J'adore manger les légumes. **J'essaie d'avoir une alimentation équilibrée** » François, sapeur-pompier, 41 ans

« **J'essaie de venir régulièrement en vélo** au boulot donc ça fait aller-retour 40 mn de vélo » Gaëlle, bibliothécaire, 35 ans

Le verbe **falloir** avec ses 36 occurrences nous renvoie au caractère parfois contraignant de certaines pratiques de santé tout en nous permettant d'entrevoir la dimension motivationnelle :

« J'ai horreur de l'exercice en salle. La piscine je me dis **quand il faut en faire, il faut en faire** mais je n'aime pas trop. J'adore nager mais la piscine ça ne me plait pas. Pour moi l'environnement est crucial » Carmen, enseignante, 48 ans

« J'ai conscience du fait qu'il **faudrait que je fasse du sport**, plus sérieusement et plus régulièrement » Régis, étudiant, 29 ans

« **Il faut avoir une hygiène de vie. Il faut faire du sport**, c'est essentiel ou alors avoir une activité physique régulière. C'est la base de tout » Jacques, cadre administratif, 54 ans

Enfin, dans une proportion moindre, le verbe **apprendre** avec ses 19 occurrences nous interpelle sur les apprentissages à l'œuvre dans ces démarches d'autorégulation :

*« Beaucoup, **énormément appris**. J'ai beaucoup appris. J'ai découvert toute une facette de la santé qui m'était inconnue. Qui n'avait pas du tout été transmise dans ma famille qui est justement d'origine très classique. Oui, j'ai énormément appris »* Gaëlle, bibliothécaire, 35 ans

*« Oui on **apprend des choses**. On apprend à piquer à l'insuline. Si un jour j'ai du diabète, je pourrai me piquer. On apprend toujours. C'est un savoir de terrain »* Benoit, agent immobilier, 30 ans

*« Quand ma fille a mal à la nuque – je la masse – je n'ai jamais appris – moi-même j'ai déjà eu des massages – Et puis c'est ce que je sens dans mes mains. **C'est en faisant qu'on apprend**; Petit à petit on voit ce qui va mieux. Tout ça c'est des apprentissages aussi »* Annabelle, secrétaire, 48 ans

*« J'ai fait des choses, des choix et des expériences. J'ai acquis une certaine compétence dans ce domaine. J'ai **appris** des choses, au fil de l'eau, des expériences »* Gaëlle, bibliothécaire, 35 ans

Enfin, ce sont pour beaucoup les expériences vécues qui nous sont relatées au cours des entretiens et elles ont toutes une résonance particulière grâce au travail d'interprétation auquel se livrent les personnes interrogées.

C'est ce constat qui nous amène à considérer que travailler à partir des histoires de vie peut être riche de potentialités en amenant la personne à réfléchir sur elle-même et sur son propre fonctionnement vis-à-vis de leur santé au travers d'entretiens biographiques.

Et nous conduit à envisager de poursuivre notre travail de recherche par une étude minutieuse du phénomène d'autorégulation de la santé au travers de « *la collecte systématique de données et une analyse des données relatives à ce phénomène* » (Glaser & Strauss, 2009).

En opposition avec une approche hypothético-déductive, cette démarche résolument inductive repose sur l'immersion dans les données empiriques afin de parvenir à une « *articulation aussi fine que possible entre données et hypothèses, une formulation d'hypothèses d'autant plus créatrice qu'elle est enracinée dans les faits* » (Elias & Etoré, 1991).

C'est donc une étude compréhensive qui sera privilégiée. Nos hypothèses de recherche ne seront précisées qu'à l'issue de cette phase d'observation et d'investigation. Elles seront de ce fait, ancrées dans les observations réalisées.

### 3.3 Une démarche à visée compréhensive

L'approche que nous avons choisie vise une meilleure compréhension du phénomène de l'autorégulation de la santé. Nous souhaitons donc comprendre non seulement pour quelles raisons les individus se maintiennent en bonne santé en choisissant d'adopter des comportements spécifiques mais également quelle lecture ils en ont.

La démarche compréhensive est à prendre « *au sens wébérien le plus strict, c'est-à-dire quand l'intropathie n'est qu'un instrument visant l'explication, et non un but en soi, une compréhension intuitive qui se suffirait à elle-même* » (Kaufmann, 2016).

C'est donc le sens que les individus donnent à leurs pratiques de santé et à leurs représentations qui nous importe ici et pas seulement ce qu'ils font ou même ce qu'ils peuvent en dire.

De ce fait, ce sont des entretiens compréhensifs qui seront privilégiés partant du principe que nous nous attachons moins aux faits qu'aux significations qui leur sont conférées par les individus et sachant que « *le sens est construit progressivement dans un dialogue mené pas à pas, entre le chercheur et le sujet* » (Gaulejac, Hanique, Roche, & Lipiansky, 2008).

L'espace de compréhension que constitue ce type de dispositif ouvre la voie à un travail de co-production de savoirs inédits puisqu'il s'agit d'amener la personne à « *utiliser la situation d'entretien pour s'interroger sur ses choix et s'auto-analyser* » (Kaufmann, 2016).

La double particularité de ce type d'entretien non-directif est de ne pas reposer sur une liste de questions préétablies et de nécessiter de la part du chercheur un positionnement différent « *entre compréhension, écoute attentive et prise de distance, analyse critique* » (Kaufmann, 2016).

Bien loin des principes de neutralité et de non intervention propres à d'autres formes d'entretiens, l'entretien compréhensif « *s'inscrit dans une dynamique exactement inverse : l'enquêteur s'engage activement dans les questions, pour provoquer l'engagement de l'enquêté* » (Kaufmann, 2016)

#### 3.3.1 Le choix d'une approche biographique

Pour rendre compte des interactions, du contexte et de l'interprétation de l'expérience, l'approche biographique nous semble être une alternative méthodologique à privilégier pour connaître le sujet dans ses pratiques tout en considérant la temporalité de son existence.

Dans cette forme particulière d'entretiens, il est demandé à la personne de raconter tout ou partie d'une expérience vécue mais « *il y a récits de vie dès lors qu'un sujet raconte à une autre personne, chercheur ou pas, un épisode quelconque de son expérience vécue* » (Bertaux & de Singly, 1997).

La temporalité peut être appréhendée, « non seulement à travers des faits objectifs, mais également par le vécu des individus ou des groupes, leurs représentations, leurs affects et leurs réflexions » (Burrick, 2010)

Au travers de cette approche, nous souhaitons mettre en exergue les mécanismes, les logiques d'action et les processus liés à l'autorégulation de la santé mais surtout favoriser un questionnement personnel en rapport avec les expériences vécues tout en explorant les événements constitutifs des parcours de vie.

Et ces types d'entretien sont justement dotés « d'un fort pouvoir d'intelligibilité car ils permettent de faire émerger le sens que les acteurs accordent à leurs actions en stimulant notamment leur capacité réflexive » (Fiorelli, Chaxel, & Maïzi, 2014).

Par ailleurs, cette démarche conçoit les individus comme des acteurs porteurs d'une histoire et ayant la capacité d'interpréter la réalité en considérant que « la personne ou le groupe impliqué dans la recherche est traité comme un sujet producteur de connaissances sur sa propre situation » (Gaulejac, Hanique, & Roche, 2007).

Ainsi, c'est la reconstitution du processus d'autorégulation de la santé qui est ici visée afin d'identifier ou de rendre plus explicite les articulations entre éléments biographiques et comportements de santé partant du principe que « la voie privilégiée est ici celle de l'appropriation, par le sujet, de sa capacité à produire du sens en s'interrogeant sur lui-même et sur sa situation via le travail réflexif que permettent la narration et l'échange à partir de son histoire personnelle » (Niewiadomski, 2000).

### **3.3.2 Dimension éthique**

Une fois déterminés les critères constitutifs de notre échantillon et afin de garantir la confidentialité des propos tenus, nous nous sommes imposés une règle qui a consisté à ne pas interroger de personnes que nous avons déjà rencontrées auparavant ou que nous étions susceptibles de revoir dans d'autres circonstances à l'issue de notre enquête.

Ne pas transgresser cette règle peut certes rendre plus difficile la constitution de notre échantillon mais doit permettre à la personne de se sentir libre de s'exprimer sans retenue ou sans avoir de craintes. Le sujet que nous abordons ici, à savoir la santé, est un sujet sensible qui touche à une partie intime de l'individu, il est donc important en préambule de garantir la confidentialité des données recueillies.

De même, avant la prise de rendez-vous un entretien téléphonique permet de présenter la nature de la recherche et de répondre aux questions qui pourraient se présenter. Il est également spécifié que l'anonymat sera garanti et que seul le chercheur aura accès à l'identité réelle des participants.

Il est également précisé que les résultats de la recherche seront communiqués aux participants s'ils le souhaitent tout en leur précisant que ceux-ci pourraient faire l'objet de publications qui respecteront également l'anonymat des participants.

### 3.3.3 Posture du chercheur

Comme nous l'avons vu précédemment le but de l'entretien n'est pas de valider des hypothèses qui auraient été préalablement posées mais de comprendre le fonctionnement du processus d'autorégulation de la santé.

Il s'agit donc d'inviter la personne à se raconter. Ce qui requiert de la part du chercheur une posture particulière et lui demande en particulier de s'engager personnellement, de trouver un ton « *beaucoup plus proche de celui de la conversation entre deux individus égaux que du questionnement administré de haut* » (Kaufmann, 2016) bien éloigné de la posture neutre qui est habituellement requise.

Il est important de comprendre que « *ce que le chercheur croyait savoir s'avère le plus souvent, à l'épreuve du terrain, relever de l'ordre des stéréotypes, préjugés et autres représentations collectives chargées de jugements moraux circulant dans le sens commun* » (Bertaux, 2010).

Cela exige de sa part un positionnement juste à la fois constitué « *d'écoute attentive, de concentration montrant l'importance accordée à l'entretien, d'extrême intérêt pour les opinions exprimées, y compris les plus anodines ou étranges, de sympathie manifeste pour la personne interrogée* » (Kaufmann, 2016).

Dans cette logique, l'ordre dans lequel les thèmes seront abordés n'est bien évidemment pas déterminé à l'avance et aucune question n'est prédéfinie puisque « *la meilleure question n'est pas donnée par la grille, elle est à trouver à partir de ce qui vient d'être dit par l'informateur* » (Kaufmann, 2016)

### 3.3.4 Constitution de notre échantillon

Pour la constitution de notre échantillon, nous considérons que « *dans la recherche qualitative, le caractère significatif des critères habituels (âge, profession, situation familiale, résidence) devient moins opérant : ils fixent le cadre mais n'expliquent pas, ce que l'histoire de l'individu explique* » (Kaufmann, 2016).

De plus, seul un petit nombre de personnes peuvent être interrogées. Celles-ci sont donc choisies « *en fonction de critères qui n'ont rien de probabilistes et ne constituent en aucune façon un échantillon représentatif au sens statistique* » (Michelat, 1975).

Dans ce type d'enquête, les données recueillies ne « *pourraient déboucher sur des descriptions statistiques* » (Bertaux, 2010) mais elles permettent d'obtenir une description en profondeur aussi fine et précise que possible du phénomène étudié.

De ce fait, la représentativité de notre échantillon est d'emblée à écarter.

Une question peut néanmoins se poser quant à la valeur de ces témoignages et notamment s'ils permettent de généraliser sur le phénomène étudié. Une réponse est apportée grâce à « *la mise en rapport de cas particuliers, de ce qu'ils contiennent de données factuelles, d'indices donnés par les sujets, par la recherche de récurrences d'un parcours de vie à l'autre et à la mise en concepts et en hypothèses de ces récurrences* » (Bertaux, 2010).

Concernant la taille de notre échantillon, nous adopterons le principe de saturation empirique, celui-ci désignant « *le phénomène par lequel, passé un certain nombre d'entretiens (biographiques ou non, d'ailleurs) le chercheur ou l'équipe a l'impression de ne plus rien apprendre de nouveau, du moins en ce qui concerne l'objet sociologique de l'enquête* » (Bertaux, 2016).

Enfin, concernant la variable âge, nous prenons le parti de centrer notre étude sur le mitan de la vie. En effet, nous avons pu constater, lors de nos entretiens exploratoires menés à la cité de la santé, que le discours sur les pratiques de santé varie de façon significative en fonction de l'âge des personnes interrogées.

Ainsi nous avons observé que les entretiens les plus riches émanaient d'individus dont les expériences passées avaient bien souvent permis d'amorcer un travail réflexif sur les pratiques de santé. Nous nous étions, de ce fait, interrogés sur l'intérêt d'ouvrir notre étude à tous les âges de la vie.

Parallèlement, une revue de littérature sur le mitan de la vie nous amène à privilégier cette tranche d'âge car « *l'adulte en milieu de vie arrive à un moment de son existence où il est amené à faire un premier bilan de ses réalisations d'adulte et à procéder de par son avancée en âge à des remaniements identitaires qui vont se concrétiser dans telle ou telle réorientation, dans telle ou telle réorganisation de son espace privé, social ou professionnel* » (Boutinet, 2010).

Cette période d'introspection nous semble, de ce fait, intéressante pour faciliter un travail réflexif sur le vécu mais également sur les comportements adoptés.

### **3.3.5 Le mitan de la vie**

L'expression mitan de la vie désigne la période qui s'échelonne entre 40 et 55 ans.

Si le mitan de la vie varie selon les chercheurs, tous s'accordent sur le fait que c'est le « *moment où se manifestent les signes de vieillissement physique, associés à des changements psychologiques et à une transformation de la perception du rapport à soi et aux autres en fonction du temps* » (Millet-Bartoli, 2006)

Ce mitan est en réalité bien plus un mitan psychologique qu'arithmétique et que ce soit une période de prise de conscience du temps qui passe, de bilan, de crise ou de questionnement, c'est assurément un temps où l'on prend conscience de ce qui a été vécu mais surtout de ce qui n'a pas été choisi dans son histoire avec parfois l'opportunité « *de réorganiser ses priorités de vie en modifiant concrètement certains aspects du quotidien* » (Fauré, 2011).

Souvent associée à la fameuse crise de la quarantaine, cette période de la vie désigne non pas « *une menace, une catastrophe mais un tournant, une période cruciale de vulnérabilité accrue et de potentialités accentuées* » (Erikson, 2011).

Sans toutefois connaître la durée de sa vie, à partir de la quarantaine, on peut imaginer qu'autant d'années sont passées qu'à venir. C'est donc le « *moment approximatif à partir duquel chez l'adulte il y a déplacement de la perception du temps déjà vécu vers le temps qui reste à vivre* » (Boutinet, 2013b).

Parvenu au mitan de sa vie, observant à la fois le temps qui passe et son corps qui se transforme, l'individu s'engage vers un temps de transition où, éclairé par l'expérience de sa vie, il commence à vouloir vivre davantage pour lui-même (Aubret, 2009) tout en prenant conscience de la finitude de son existence. Et cette prise de conscience du temps donne une perspective différente à la vie, nécessitant parfois un certain nombre de réajustements (Kern, 2015).

C'est ainsi que parfois témoin d'un accident grave ou de la perte d'un proche, on mesure qu'il est temps de se soucier davantage de sa santé et souvent cette confrontation à la maladie ou à la mort se traduit par un besoin de réévaluer ses propres priorités. Certes, les responsabilités sont souvent multiples entre vie professionnelle et vie familiale, mais l'on observe fréquemment un besoin de réévaluer les priorités pour accéder à un certain équilibre entre travail, famille et besoins personnels (Lachman, 2004).

C'est alors l'occasion de réinterroger son rapport à soi et à son propre corps car « *même lorsque aucune maladie grave n'est venue entacher l'existence, le corps de la femme et de l'homme autour de 40 ans commence à changer, à moins résister à la fatigue et à afficher les premiers stigmates du temps qui passe* » (Millet-Bartoli, 2006).

La santé est généralement encore bonne, et la plupart des changements physiques que l'on observe parfois n'affectent que rarement les modes de vie (Whitbourne, 2001). Pour autant, le souci de soi devient plus présent et beaucoup reconnaissent avoir la capacité d'influer sur leur santé, en jouant notamment sur les facteurs de risque que sont le tabagisme, la consommation d'alcool, une mauvaise alimentation, un excès de poids ou l'inactivité physique (Merrill & Verbrugge, 1999).

Cette prise de conscience des limites de son corps associée à un mouvement de retour sur soi nous apparaît comme particulièrement riche pour favoriser un travail réflexif sur son vécu, sur ses expériences et sur ses pratiques vis-à-vis de sa santé et nous pensons que la dimension temporelle peut s'avérer influente pour comprendre le processus d'autorégulation de la santé.

## Synthèse

Considérant que la personne est un sujet producteur de connaissances sur sa propre situation, nous souhaitons accéder, au travers d'une démarche compréhensive sous forme d'entretiens biographiques, à une meilleure intelligibilité du processus d'autorégulation de la santé.

C'est par l'étude des articulations entre éléments biographiques et comportements de santé qu'il nous semble possible de rendre plus explicites les choix que font les individus vis-à-vis de leur santé.

Nous partons en effet, du principe que chaque personne est en capacité de donner du sens aux expériences qui ponctuent son existence et que c'est en facilitant ce travail réflexif que nous parviendrons à mieux appréhender le phénomène de l'autorégulation de la santé.

# 4. ETUDE COMPREHENSIVE

La méthodologie d'analyse utilisée, en considérant que la personne enquêtée est avant tout détentrice d'un savoir singulier du fait de son vécu, implique l'adoption d'une posture émique de la part du chercheur (Kivits, Balard, Fournier, & Winance, 2016). L'approche n'est pas hypothético-déductive mais inductive et compréhensive.

Et dans cette perspective, le rôle du chercheur, véritable « *artisan intellectuel* » (Kaufmann, 2016) est de comprendre les logiques propres aux personnes, en accordant du sens à leurs discours. Chaque personne sera donc traitée comme un sujet producteur de connaissances sur sa propre situation (Gaulejac et al., 2007).

Dès lors, cette méthodologie d'analyse s'inscrit résolument dans une démarche à visée compréhensive et les résultats de ce type de recherche n'ont pas pour vocation d'être généralisés.

Nous ne considérons pas que les personnes participant à notre étude soient représentatives d'une population et il ne saurait être question ici de simplifier en quelque sorte les phénomènes étudiés.

A l'inverse, nous souhaitons révéler toute la complexité « *des phénomènes à l'œuvre, d'en montrer les mécanismes, les logiques, les consubstantialités, les connexions, les imbrications et éventuellement les liens de causalité* » (Kivits et al., 2016).

Dans un deuxième temps, dans un souci de rigueur et afin d'asseoir la validité scientifique des résultats obtenus, nous chercherons à croiser l'analyse compréhensive réalisée avec une autre méthode d'analyse.

Ces différentes méthodes d'analyse nous permettront d'éprouver les résultats obtenus par l'utilisation d'une méthode basée sur l'analyse lexicale de notre corpus.

Cette partie de notre travail en détaillant à la fois les conditions dans lesquelles nous avons pu recueillir nos données et l'analyse que nous en avons faite nous conduira à poser nos hypothèses de recherche.

## 4.1 Conditions de recueil des données

Ce sont vingt-quatre entretiens biographiques qui seront menés sur une période de plusieurs mois.

Pour constituer notre échantillon, nous utiliserons la méthode dite de « boule de neige » consiste à contacter un petit nombre d'individus répondant aux caractéristiques voulues, c'est-à-dire issus de catégories socioprofessionnelles, de sexe et niveau d'études différents en leur demandant de bien vouloir relayer auprès de leurs propres réseaux le message suivant :

*« Je mène une étude sur les comportements des individus vis-à-vis de leur santé et suis à la recherche de personnes entre 40 et 50 ans acceptant de parler de la façon dont ils gèrent leur santé au quotidien. Si vous avez un peu de temps à me consacrer, j'aimerais pouvoir vous entendre sur vos choix en matière de santé, d'alimentation mais aussi sur votre rapport aux médecins et à la médecine en général »*

Notre objectif est de parvenir à réunir un échantillon le plus diversifié possible sans pour autant chercher à viser une quelconque représentativité.

L'idéal est de tendre vers une pondération des critères habituels que sont le sexe, la profession ou encore le niveau d'étude tout en ayant conscience que la taille de notre échantillon rend d'emblée improbable son caractère représentatif.

En effet, *« rien n'assure que le seul agriculteur sélectionné parlera comme les agriculteurs qu'il est censé représenter : exiger de plus qu'il soit célibataire, qu'il ait entre 30 et 40 ans et qu'il habite en Bourgogne, rend encore plus improbable le caractère représentatif de son propos »* (Kaufmann, 2016).

Parmi les vingt-quatre personnes ayant participé à notre enquête, on compte dix hommes et quatorze femmes tous âgés de 40 à 55 ans.

Lors de la prise du rendez-vous, l'objectif du travail mené est brièvement précisé ainsi que les modalités de l'entretien. Il est notamment précisé que les entretiens devront être enregistrés. Le choix de l'endroit où se déroulera l'entretien est précisé. Un lieu calme est privilégié. C'est la raison pour laquelle la majorité des entretiens seront menés au domicile des personnes.

La durée moyenne des entretiens est comprise entre une heure et une heure trente, chaque entretien étant initié par la question ouverte suivante :

*« Ce que je voudrais que vous me racontiez, c'est ce que vous faites au quotidien pour votre santé ? Est-ce que vous avez mis en place certaines choses en particulier pour vous maintenir en bonne santé ? Est-ce que vous pensez que cela peut avoir une influence sur votre état de santé ? »*

Chaque personne est invitée à parler le plus librement possible car nous considérons que *« l'information atteinte par l'entretien non directif est considérée comme correspondant à des niveaux plus profonds, ceci parce qu'il semble bien qu'il existe une relation entre le degré de liberté laissé à l'enquêté et le niveau de profondeur des informations qu'il peut fournir »* (Michelat, 1975)

Il convient donc de faciliter ce travail de narration de façon à ce que le sujet sente qu'il *« n'est pas vaguement interrogé sur son opinion, mais parce qu'il possède un savoir précieux »* (Kaufmann, 2016).

Les entretiens seront enregistrés après avoir obtenu l'accord des personnes puis retranscrits intégralement.

Une restitution des résultats de notre travail sera proposée systématiquement à l'issue de chaque entretien tout en garantissant le caractère anonyme des informations collectées durant l'enquête.

De ce fait, tous les prénoms seront changés.

Le recours au guide d'entretien conçu au préalable n'a d'autre objectif que de nous assurer que tous les thèmes auront bien été abordés au cours de l'entretien.

Nous considérons donc que *« c'est un simple guide, pour faire parler les informateurs autour du sujet, l'idéal étant de déclencher une dynamique de conversation plus riche que la simple réponse aux questions, tout en restant dans le thème »* (Kaufmann, 2016).

Rappelons en effet que *« l'intérêt du contenu des histoires de vie ne réside pas dans sa façon de répondre à des hypothèses prévues initialement mais au contraire à la possibilité qu'il offre d'en générer »* (Dominicé, 1990), ce guide est donc amené à évoluer au fur et à mesure des entretiens.

Notre guide d'entretien se compose de cinq principales parties avec un découpage interne qui permet d'explorer différentes facettes de chaque thématique abordée :

### **① Représentations autour de la notion de santé**

- Perception de l'individu sur son état de santé
- Importance que la santé revêt pour lui

### **② Implication dans la gestion de sa santé**

- Connaissances des comportements à adopter pour rester en bonne santé
- Pratiques adoptées
- Recherche d'informations sur des sujets relatifs à la santé
- Utilisation d'Internet et des réseaux sociaux
- Automédication
- Utilisation des applications santé
- Utilisation des trackers d'activités corporelles (Quantified Self)

### **③ Rapport au médecin et à la médecine en général**

- Rapport au médecin
- Rapport au savoir détenu par le médecin
- Rapport au pouvoir détenu par le médecin
- Confiance en la médecine allopathique
- Orientation médecines alternatives

### **④ Trajectoires et expériences vécues**

- Impact de la culture familiale
- Impact des événements de la vie tels que les maternités, les maladies, les soins apportés aux proches, les rencontres, etc

### **⑤ Construction de savoirs et perception de ses capacités**

- Impression d'apprendre au fil des expériences vécues ? Quoi ? Comment ?
- Ressources matérielles et humaines sollicitées pour apprendre
- Développement de compétences d'autorégulation
- Sentiment de compétence vis-à-vis de la gestion de sa santé
- Croyance en sa capacité d'améliorer son capital santé

Les sujets interrogés se répartissent de la façon suivante :

Prénom	Age	Profession	Etudes	Situation familiale	Résidence
Nathalie	41	Consultante	BAC + 8	Mariée - 2 enfants	Zone urbaine
Jules	40	Directeur commercial	BAC + 2	En couple - Sans enfant	Zone urbaine
Christelle	47	Secrétaire juridique	BAC + 2	Mariée - 2 enfants	Zone urbaine
Camille	49	Décoratrice	BAC + 2	Divorcée - 2 enfants	Zone urbaine
Eliane	47	Infirmière	BAC + 2	Mariée - 1 enfant	Zone urbaine
Judith	49	Ingénieur	BAC + 5	Mariée - 3 enfants	Zone urbaine
Yves	44	Demandeur emploi	BAC + 5	Marié - 5 enfants	Zone rurale
Paul	42	Journaliste	BAC + 4	En couple - 3 enfants	Zone rurale
Louis	51	Chef de cabine	BAC + 2	Marié - 3 enfants	Zone urbaine
Solange	50	Responsable achats	BAC	Célibataire - 1 enfant	Zone urbaine
Sylviane	41	Assistante dentaire	BAC + 2	Divorcée – sans enfant	Zone urbaine
Lucie	41	Architecte	BAC + 5	Mariée - 3 enfants	Zone urbaine
Franck	41	Infirmier	BAC + 3	Célibataire - Sans enfant	Zone urbaine
Thomas	46	Informaticien	BAC + 2	En couple - 2 enfants	Zone urbaine
Sarah	50	Directrice Secteur bancaire	BAC + 5	En couple - 1 enfant	Zone urbaine
Emmanuel	50	Sapeur-pompier	CAP	Marié - 2 enfants	Zone urbaine
Albert	48	Formateur	Brevet des collèges	En couple - 1 enfant	Zone urbaine
Nicolas	49	Contremaitre	BAC	Marié - 2 enfants	Zone rurale
Adèle	54	Coiffeuse	BEP	En couple - 2 enfants	Zone urbaine
France	48	Dessinatrice	BAC	Mariée - 2 enfants	Zone rurale
Catherine	42	Ingénieur	BAC + 8	Divorcée - 2 enfants	Zone urbaine
Sabine	40	Educatrice	BAC	En couple - 2 enfants	Zone urbaine
Adrien	46	Informaticien	BAC + 3	Marié - 2 enfants	Zone urbaine
Carla	51	Aide-ménagère	Sans diplôme	Divorcée - 4 enfants	Zone rurale

**Tableau 1 – Composition de l'échantillon de l'étude comprehensive**

## 4.2 Traitement et analyse des données

D'emblée, la superposition de différentes méthodes d'analyse nous semble être une alternative intéressante pour étudier le phénomène de l'autorégulation de la santé dans toute sa complexité.

Et que l'on parle de triangulation ou d'approche par méthodes multiples, cette alternative méthodologique consiste à combiner différentes méthodes pour vérifier l'exactitude des observations.

C'est donc une stratégie « *alternative de recherche qui repose sur le principe d'articulation de différentes perspectives conceptuelles et méthodologiques adéquates pour étudier autant d'aspects différents que possibles du phénomène visé* » (Apostolidis, 2006).

Nous pensons en effet que cette démarche en s'inscrivant dans une « *stratégie inductive de recherche* » (Apostolidis, 2006) permet à la fois de décrire et de comprendre tout en construisant « *un savoir pertinent et consistant sur le phénomène à partir des différentes opérations de croisement* » (Apostolidis, 2006).

Ce sont donc plusieurs analyses qui seront conduites à partir de nos entretiens biographiques. Tout d'abord, nous procéderons à une analyse compréhensive (Kaufmann, 2011) puis nous compléterons ce travail par une analyse textuelle réalisée à l'aide du logiciel IRaMuTeQ®.

Ces analyses alimenteront réciproquement nos questionnements et hypothèses de recherche.

### 4.2.1 Analyse compréhensive

Dans un premier temps, c'est un travail d'écoute qui s'engage. La retranscription intégrale des entretiens n'interviendra qu'ultérieurement car nous considérons qu'elle « *change la nature du matériau de base, qui devient texte écrit, plus concentré sur le langage ; ce qui est idéal pour un traitement simplifié des données, mais pas pour mener une enquête approfondie* » (Kaufmann, 2016).

Ce travail d'écoute s'étalera sur plusieurs semaines car rappelons-le, « *l'accent se trouve ainsi placé sur l'écoute d'un sujet plus que sur l'observation d'objets* » (Niewiadomski, 2012).

Chaque enregistrement sera donc réécouté autant de fois que nécessaire, l'objectif étant de s'imprégner de l'histoire tout en adoptant en quelque sorte une attitude d'attention flottante (Michelat, 1975) pour laisser venir à nous les impressions.

L'oral est de ce point de vue, bien plus riche et complexe que l'écrit puisque « *les rythmes, les intonations et les silences sont autant de commentaires du texte pouvant en changer le sens* » (Kaufmann, 2016).

Il n'est pas nécessaire à ce stade de chercher à faire une hiérarchie entre les différents niveaux de pensée. Il s'agit plutôt d'accorder « *autant de curiosité pour une anecdote que pour un concept général* » (Kaufmann, 2016).

C'est avant tout dans la « *surprise par le matériau et dans les articulations entre niveaux différents que gît le nouveau* » (Kaufmann, 2016). Il convient donc d'accepter de suivre pendant quelques jours « *la piste du détail d'une histoire* » tout autant que de « *se perdre dans des réflexions très abstraites* » (Kaufmann, 2016).

Car au fur et à mesure, écoute et travail d'imprégnation vont progressivement permettre une « *mise en relation d'éléments de divers types* » (Michelat, 1975). Et ce n'est qu'après cette phase d'imprégnation que nous serons en mesure d'élaborer un « *schéma provisoire à partir d'un ou plusieurs entretiens* » (Michelat, 1975) qui sera consigné sur des fiches permettant de réunir des observations. Il n'est pas nécessaire à ce stade du travail de chercher à les organiser.

Puis vient le temps de la retranscription et de la lecture du corpus pour dégager ressemblances et dissemblances. C'est également l'occasion de repérer des « *constantes qui sous-tendent le phénomène étudié et des thèmes redondants ayant un sens par rapport à la question de recherche et à sa résolution* » (Wanlin, 2007).

Le texte écrit permet de mettre « *à plat les données, de les trier, de les ranger, de constituer des catégories et typologies* » (Kaufmann, 2016) et s'engage alors un processus d'identification des thèmes, de construction des idées, et de clarification des liens.

Entretien après entretien, c'est donc une analyse horizontale qui s'engage et qui permettra d'élaborer un schéma provisoire. Celui-ci va s'amplifier et être précisé, au fur et à mesure, par les différents éléments qui s'intégreront progressivement (Michelat, 1975).

C'est ainsi également que chaque hypothèse qui émerge contribue à édifier l'architecture d'ensemble (Kaufmann, 2016).

Pour autant, conscients du fait que l'entretien compréhensif peut sembler manquer de rigueur tant les outils peuvent « *donner l'impression d'être flottants, de varier selon les envies du chercheur* » (Kaufmann, 2016) comment ne pas s'interroger sur la validité scientifique des résultats d'une telle méthode d'analyse puisque « *le seul critère dont nous puissions disposer est constitué par la cohérence interne du modèle obtenu* » (Michelat, 1975) ?

Comment ne pas ignorer également que l'analyse du matériau discursif « *ne peut être dissociée de la prise en considération des spécificités de l'interaction sociale que constitue par définition tout entretien de recherche* » (Angermüller, 2008) ?

Dès lors, il nous semble, plus prudent, d'avoir recours à plusieurs approches méthodologiques croisées et d'éprouver les résultats auxquels nous parviendrons par l'utilisation d'une autre méthode afin de mettre en regard nos observations réalisées « in situ » avec une approche plus rigoureuse proposant une analyse lexicale de notre corpus.

#### **4.2.2 Analyse des mondes lexicaux**

C'est donc, grâce au logiciel IRaMuTeQ® que nous allons pouvoir procéder à deux types d'analyses des données. Une analyse selon les méthodes factorielles pour visualiser les principales structurations du corpus et une analyse par classification permettant de « *mettre en évidence une dimension d'organisation du corpus de textes* » selon une partition des unités textuelles (Rouré & Reinert, 1993).

Partant du principe que le contenu d'un texte peut être étudié grâce à sa structure mais également que sa signification peut être saisie au travers de la répétition et de la succession de ses mots, il devient possible grâce à ce type d'analyse de repérer « *les courants idéologiques, les zones de conflits, de ruptures, à partir de recouvrements, d'enveloppements ou d'oppositions entre ce que nous appelons des mondes lexicaux* » (Rouré & Reinert, 1993).

Nous savons, en effet, que chaque locuteur au cours de son énonciation investit des mondes qui lui sont propres en utilisant un certain type de vocabulaire. L'étude statistique de la distribution du vocabulaire permet de ce fait « *de retrouver la trace des environnements mentaux que le locuteur a successivement investis, trace perceptible sous forme de mondes lexicaux* » (Rouré & Reinert, 1993).

Il est ainsi possible de repérer à la fois quels registres lexicaux sont utilisés par chaque personne interrogée mais également d'identifier les principaux champs lexicaux mobilisés par l'ensemble des locuteurs.

Les formes textuelles, c'est-à-dire les suites de signes séparés par des blancs ou tout autre caractère vont subir une lemmatisation qui les remplace par leur forme réduite. Ainsi les verbes conjugués reprendront leur forme à l'infinitif.

Ces formes réduites seront ensuite réparties en deux catégories : les formes dites analysables qui seront utilisées pour la classification et les « *formes illustratives qui servent essentiellement à décrire les classes qui en résultent* » (Marpsat, 2010). Ce sont essentiellement des mots outils tels que des prépositions, pronoms ou encore auxiliaires.

Les classes ainsi obtenues renverront à des catégories éloignées voire opposées de par les mots qu'elles contiennent et surtout les mondes lexicaux qu'elles évoquent.

L'intérêt majeur qu'offre ce type d'analyse statistique qu'il s'agisse de plans factoriels ou d'arbres de classification, est de surcroît de faire émerger des thèmes sans à priori sur ceux-ci.

### 4.3 Analyse des résultats

Rappelons qu'il ne s'agit pas ici d'observer les comportements de patients atteints, par exemple, de maladies chroniques, fortement incités à modifier leurs comportements mais de sujets qui soucieux de prendre en charge leur santé au quotidien vont ou non s'engager spontanément et librement dans une démarche d'autorégulation.

C'est donc véritablement la « *capacité humaine à influencer intentionnellement sur le cours de sa vie et de ses actions* » (Bandura, 1986) que nous cherchons à repérer dans ses différentes expressions tout en essayant également d'en saisir les limites.

#### 4.3.1 La santé, entre questionnement et tâtonnement

Parcours de santé, expériences de soins ou encore rencontres alimentent en permanence les réflexions autour de la santé.

Entre prises de conscience, évaluations et analyses des situations vécues, se dessine petit à petit le chemin que les personnes ont choisi d'emprunter, nous éclairant sur leurs choix et leurs pratiques.

Certes, l'approche biographique nous donne des clés pour comprendre comment la capacité « *d'exercer un contrôle sur son fonctionnement et sur les phénomènes environnementaux* » (Bandura, 2001) parvient à se déployer à l'échelle d'une vie mais elle nous confronte également à l'extrême complexité des facteurs qui impactent les choix faits en matière de santé.

Face à cette pluralité de raisons d'agir qu'il s'agisse d'accidents de la vie, de rencontres ou encore de transitions biographiques, nous observons que le processus d'autorégulation de la santé est principalement lié au sens que ces événements prennent pour les individus et à leurs capacités d'analyse et de réflexion.

Les stratégies qui sont adoptées ne sont en définitive que la résultante d'un long cheminement fait de questionnements, d'échanges avec l'entourage ou avec les médecins, de recherches d'informations sur Internet et bien souvent de tâtonnements.

Car finalement, comme nous le confie Solange, responsable achats, 50 ans, la santé, c'est un questionnement permanent :

*« Ma santé ? C'est un questionnement permanent : le choix des médecins, les vaccins, .... Ce n'est pas se dire : je prends et je digère mais plutôt sur les moyens dont je dispose pour faire autrement. Aujourd'hui je me dis : qu'est-ce que je peux faire pour améliorer ou maintenir ma santé ? »*

Alors, on s'interroge, on discute avec ses proches parfois bien plus qu'avec les professionnels de santé pour parvenir à faire les bons choix pour sa santé mais également pour celle de ses proches.

Et l'on mesure toute la difficulté que comporte une telle entreprise en écoutant Christelle, secrétaire juridique, 47 ans, nous expliquer à quel point, il est parfois compliqué et éprouvant de s'aventurer sur un terrain traditionnellement occupé par les professionnels :

*« Quand il y a eu ce fameux vaccin contre la grippe H1N1, il y avait ceux qui croyaient mordicus qu'il fallait le faire. Autant vous dire que mes enfants n'ont pas été vaccinés et alors il a fallu se battre même au collège pour qu'ils ne soient pas vaccinés. Et ça moi je l'avais très mal pris et je me rappelle que mon fils n'était pas très grand. On leur avait dit des choses et c'est normal qu'ils croient leurs professeurs. Mais une fois à la maison, moi je lui disais : ben non Gabriel tu ne seras pas vacciné. Je ne suis pas d'accord pour ce vaccin, tu ne le feras pas et là-dessus j'avais des arguments. Alors je lui avais fait un mot pour qu'il ne soit pas vacciné contre mon accord. Quand on regardait la télé, c'était effrayant et je ne l'ai pas très bien vécu car mes enfants ils regardaient la télé et ils voyaient tout ce qui pouvait leur arriver. C'était épouvantable. Ils montraient les gens à l'hôpital, ils insistaient sur le fait qu'il y avait des morts et c'était complètement affolant. Et quand on faisait le choix de ne pas faire vacciner ses enfants, on nous le reprochait quasiment. On nous disait : mais tu ne te rends pas compte, tu prends un risque. Il y avait cette culpabilité »*

Cet épisode autour de la vaccination contre la grippe H1N1 revient régulièrement dans les entretiens et il est intéressant de souligner à quel point cette expérience a été vécue comme marquante.

En effet, il s'agissait d'être en capacité de prendre une décision à partir de conseils ou de recommandations qui étaient bien souvent contradictoires. Et dans ce contexte si particulier, nous avons pu constater que les personnes étaient non pas à la recherche d'une réponse binaire mais bien plus dans l'attente d'explications quant aux bénéfices et aux inconvénients d'une telle vaccination comme nous le confie Thomas, informaticien, 46 ans :

*« Le dernier truc où on s'est posé la question de la santé, c'était la grippe H1N1 avec la campagne de vaccination qui s'est déclenchée. Il a des sons de cloche pour et des sons de cloche contre. On s'est dit : on est en bonne santé, il n'y a pas de raisons. Sauf que mon fils aîné est asthmatique et les complications touchaient particulièrement les personnes qui avaient des problèmes respiratoires. On en a conclu qu'on devrait peut-être faire vacciner mon aîné. On en a parlé au toubib, on a exposé notre raisonnement, il a approuvé la démarche en disant oui vous avez peut-être raison. Il a écouté notre discours »*

La polémique autour de cette vaccination était telle que même les médecins ne savaient plus que conseiller comme semble le déplorer Jules, directeur commercial, 40 ans :

*« Alors c'est assez marrant car à ce moment-là je rentrais des Etats Unis et en fait je suis tombé malade assez violemment d'un truc qui ressemblait beaucoup à la grippe H1N1 et donc j'ai pensé l'avoir et donc je ne me suis pas fait vacciner. Mais en fait il y a eu un doute, le médecin n'était pas sûr que ça soit ça. En fait il n'en savait rien ! »*

Cet épisode est symptomatique de la confusion dans laquelle les individus se trouvent parfois, à la fois désireux d'être partie prenante dans les choix impactant leur santé ou celle de leurs proches et pourtant souvent démunis dans l'exercice de cette autonomie.

Autour de l'alimentation, les témoignages sont également nombreux tant les scandales à répétition suscitent beaucoup de réflexions et d'inquiétude comme nous le confie France, dessinatrice, 48 ans, lorsqu'elle évoque l'épisode de la fraude autour de la viande de cheval :

*« Oui je m'en souviens et ce n'était pas un petit choix. On se dit il faut faire le bon choix ! En n'ayant pas forcément toutes les connaissances pour décider mais je pense qu'on est souvent confronté à ça maintenant et c'est d'autant plus difficile. Avant on n'avait pas le choix c'est vrai on suivait le troupeau en fait. Maintenant on sent des dangers en fait. Après est ce que tout est danger ? Est-ce que ce n'est pas monté en épingle aussi ? Je ne sais pas .... En tous cas, c'est angoissant »*

Dès lors, c'est cette capacité réflexive qui nous interpelle car force est de constater que l'autonomie, en tant que capacité à penser, à décider ou encore à agir de manière libre et indépendante (Gillon, 1985) nécessite de savoir prendre du recul par rapport aux situations vécues comme nous l'explique Solange, responsable achats, 50 ans :

*« Cela demande de la distance .... Ne pas forcément faire tout ce qu'on nous dit de faire mais aussi ne pas forcément non plus ne rien faire »*

Les pratiques décrites ne sont pas la résultante directe de l'action des environnements mais plutôt filtrées par les personnes au travers des pensées et des prises de conscience.

Et si réfléchir fait partie intégrante de la pratique quotidienne de chaque individu, adopter une posture réflexive va bien au-delà car *« entre l'action réfléchie et la pratique réflexive, il y a toute la distance entre une conduite ponctuelle s'ajustant spontanément de façon quasiment réflexe et son extension à un ensemble d'actions, à une conduite plus large nécessitant une autorégulation et un autopilotage plus conscient de ses multiples sens possibles »* (Pineau, 2013).

Pour autant, si les témoignages révèlent un besoin d'autonomie et s'il apparaît que les personnes souhaitent faire usage de leur capacité à influencer sur les choix qui déterminent leur santé, il reste néanmoins délicat d'engager sa responsabilité dès lors qu'il s'agit de gérer sa santé ou celle de ses proches.

Et c'est un parcours semé d'embûches et fait de questionnements que nous décrivons les personnes que nous avons rencontrées et qu'illustre bien l'épisode de la vaccination contre la grippe H1N1.

### 4.3.2 Une pratique réflexive de santé

Le rôle central de la réflexivité dans le processus d'autorégulation de la santé nous est confirmé par l'analyse textuelle réalisée avec le logiciel statistique IRaMuTeQ®.

Plus précisément, c'est en cherchant à repérer les différents types de vocabulaire utilisés par chaque personne que l'on parvient à identifier les mondes qu'elle aura investis au cours de l'entretien. De cette analyse résulte une classification des principaux environnements mentaux.

*Certes, « ce type d'analyse ne peut aucunement substituer ni l'intuition du chercheur, ni la finesse herméneutique issue de l'analyse de contenu classique, ni le travail d'interprétation nécessaire à toute réflexion dans les sciences du social »* (Kalampalikis, 2005) mais il nous permet néanmoins de repérer les principaux mondes lexicaux.

En ce sens, c'est une approche complémentaire à l'analyse de contenu qu'il convient d'explorer.

Développée par Reinert, la méthode de classification descendante hiérarchique permet notamment de regrouper au sein d'une même classe les termes qui sont souvent associés les uns aux autres.

Notre corpus d'entretiens a donc été analysé selon cette méthode.

Nous avons opté pour une classification simple sur segments de texte. La classification porte donc sur les segments de texte et non sur le texte dans son intégralité.

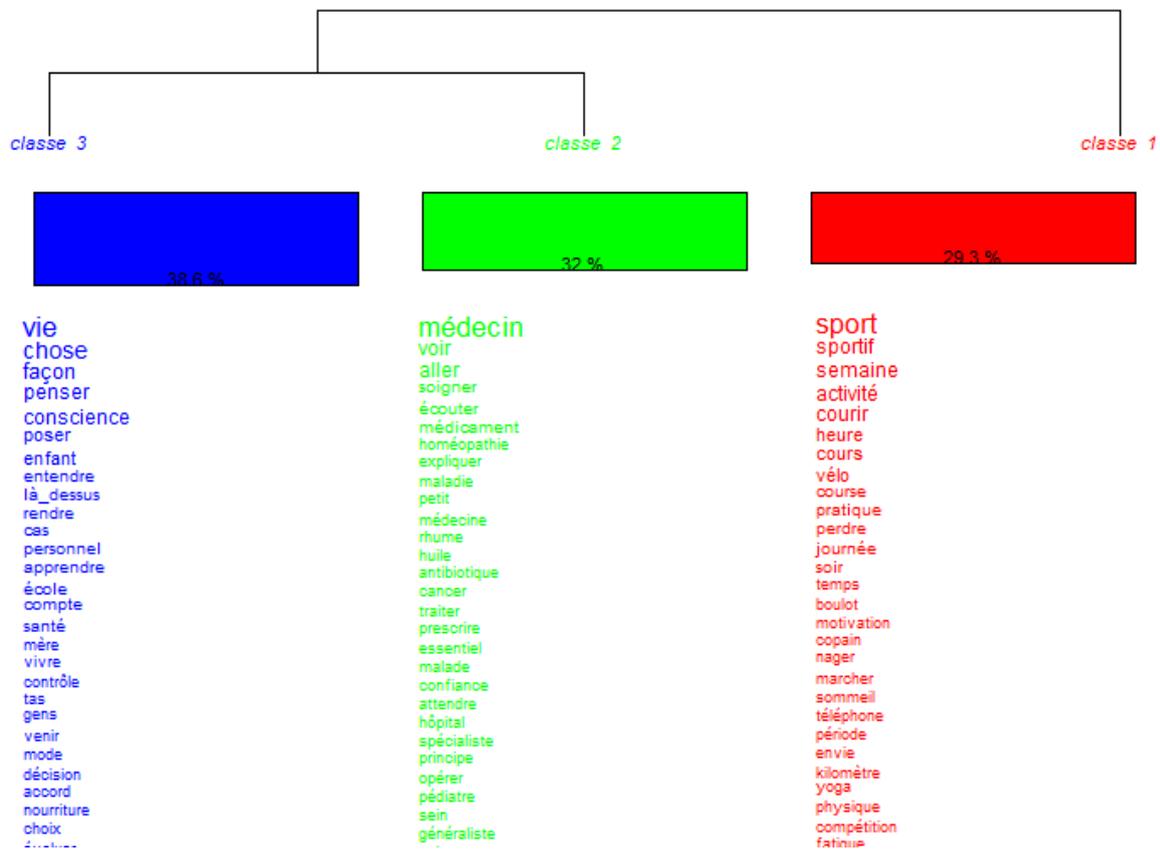
Ce sont donc 24 textes correspondants à nos 24 entretiens qui ont été traités, soit 2 334 segments de texte, 5 717 formes, 84 022 occurrences et 3 930 lemmes.

Rappelons à cet effet, que notre corpus a été lemmatisé, les verbes sont ramenés à l'infinitif, les noms au singulier et les adjectifs au masculin singulier.

C'est donc le poids de chaque monde lexical mis en évidence par ce type de classification qui peut nous permettre d'évaluer son importance par rapport à l'ensemble du corpus.

Cette analyse met en évidence trois principaux mondes lexicaux investis par les personnes au cours des entretiens et représentés ci-dessous sous forme de dendrogramme.

Cette classification représente 71,17 % de notre corpus :



**Figure 11 - Analyse lexicale du corpus des entretiens réalisée avec le logiciel IRaMuTeQ®.**

Nous obtenons également pour chaque classe une indication de sa taille exprimée en pourcentage du corpus analysé.

Ainsi la classe 1 ici en rouge correspond à 29,32 % du corpus avec 887 segments de textes sur les 1 661 segments de textes classés au total.

La classe 2 ici en vert comprend 532 segments de textes, soit 32,03 % du corpus.

Enfin la plus importante en terme de pourcentage, la classe 3 ici en bleu correspond 38,65 % du corpus avec 642 segments de textes.

L'analyse factorielle des correspondances permet quant à elle de visualiser la proximité des mots, les oppositions ou encore les tendances :

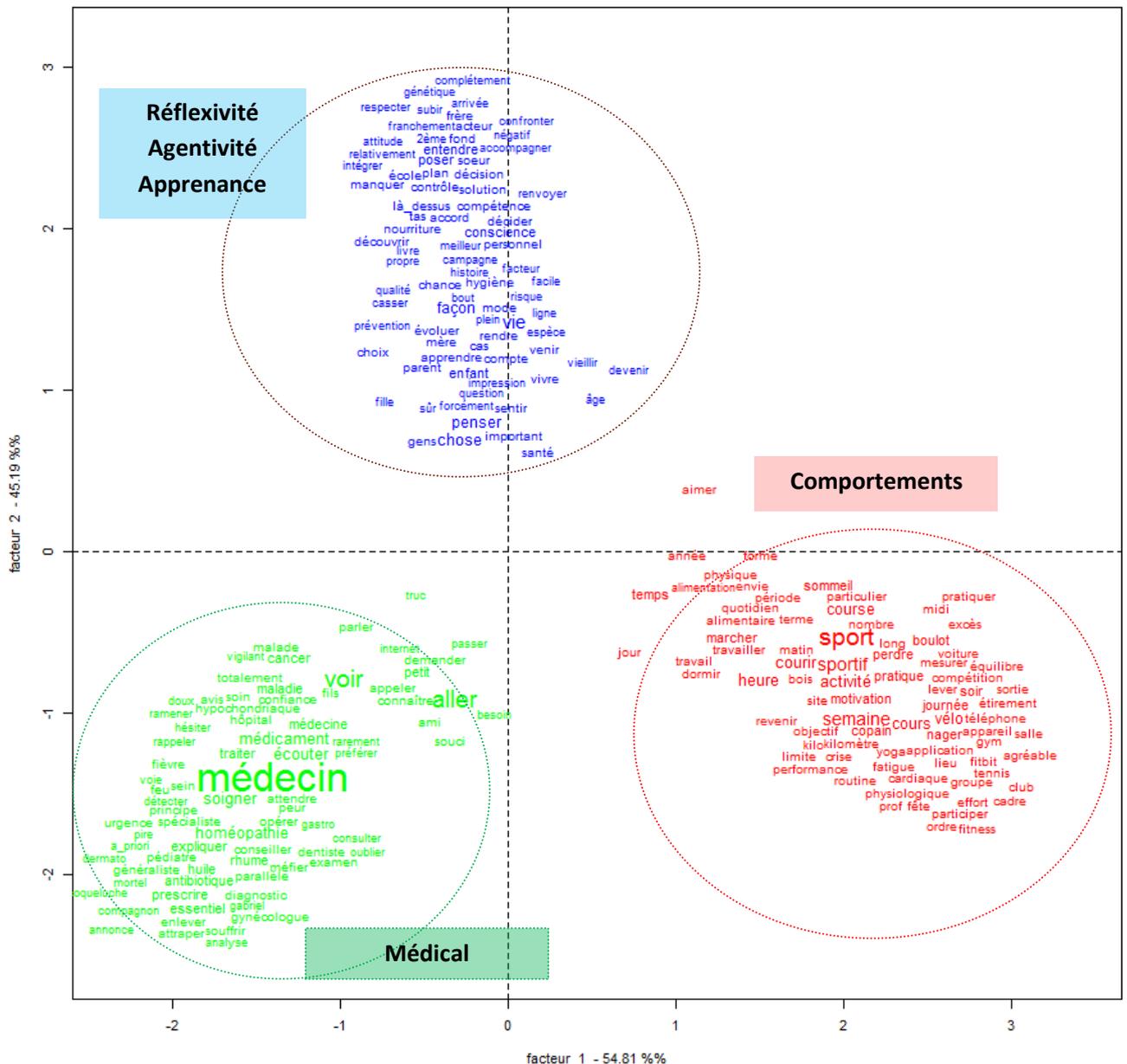


Figure 12 - Analyse factorielle des correspondances réalisée avec le logiciel IRaMuTeQ®

Ce sont trois univers lexicaux qui se distinguent clairement. Le premier univers représentant 29,32 % du corpus est en rapport avec les **comportements**. Les personnes y abordent le sport, l'alimentation ou encore le sommeil. La deuxième classe regroupe 32,03 % du corpus et correspond à la sphère **médicale**. Ce sont toutes les questions en rapport avec le médecin, les soins, les médicaments, les types de traitement comme l'homéopathie ou encore la maladie qui sont traitées. Enfin la troisième classe, la plus investie et donc la plus importante en termes de pourcentage puisqu'elle représente 38,65 % du corpus nous renvoie à trois choses distinctes qui apparaissent fortement liées entre elles. Il s'agit de la **réflexivité**, de l'**agentivité** mais également de l'**apparence**.



### 4.3.2.1 Pratique réflexive et conscientisation

La réflexivité est au cœur du processus d'autorégulation comme nous l'avons précédemment constaté et l'analyse que nous propose IRaMuTeQ® nous permet d'en appréhender les différentes facettes et plus précisément le travail de conscientisation à l'œuvre.

La fréquence élevée d'apparition du lemme conscience ( $\chi^2 = 32,83$ ), quelle que soit la forme sous laquelle il est décliné qu'il s'agisse de « prendre conscience », « d'être conscient » ou encore « d'avoir conscience », nous ramène à la lecture du monde par le sujet (Apple, Freire, Nóvoa, Narciso, & de Lurdes Pintasilgo, 1998).

Ainsi, c'est par ce travail de conscientisation que le sujet parvient à une meilleure compréhension des environnements dans lesquels il évolue mais également à une meilleure connaissance de sa propre existence (Apple et al., 1998).

Rappelons également dans la perspective sociocognitive de Bandura le « rôle majeur de médiation » (Carré, 2005) que jouent entre actions de l'environnement et réponses comportementales, les cognitions, c'est-à-dire les prises de conscience :

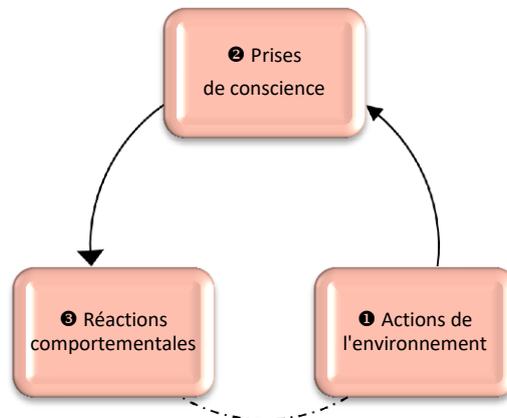


Figure 14 - La causalité triadique réciproque (BANDURA, 2003)

C'est ainsi que le « processus évolutif qui ouvre la vie à la pensée se poursuit en une sorte d'élan autoréflexif par le pensée de la vie et par la pensée de cette pensée constituant la conscience » (Honoré, 2016).

Au milieu de la vie, c'est souvent la conscience du temps qui passe, associée parfois aux limites du corps et au déclin de certaines facultés mais également à la finitude de la vie qui est exprimée :

*« Moi j'ai pris **conscience** que je n'étais pas éternelle quand j'avais 35 ans. Et ça a été un sacré truc car normalement on en prend conscience aux alentours de 8 ans et à 35 ans bien sûr on a déjà passé pas mal d'années. On se demande ce qu'on va faire, peut-être qu'il reste encore 35 ans à faire, peut-être plus et du coup ça a été quelque chose de très très perturbant et de très difficile à vivre et la crise de la quarantaine n'a pas aidé, elle a continué dans ce cheminement, ce qui fait que là je me sépare de mon compagnon de 17 ans parce que c'est plus ce dont j'ai besoin » Sylvaine, assistante dentaire, 41 ans*

*« Donc je vais avoir 41 ans et la question de l'avancée en âge. Ce n'est pas une préoccupation mais c'est une **conscience** aiguë » Nathalie, consultante, 41 ans*

*« Prises de **conscience** du temps qui passe oui mais ce n'est pas nostalgique. Juste une prise de conscience. Il y a des choses que j'ai faites il y a 10 ou 30 ans » Camille, décoratrice, 42 ans*

*« Il y a des choses où j'ai pris un peu plus **conscience** comme peu dormir et aller faire du sport et ça je ne le fais quasiment plus » Albert, formateur, 48 ans*

*« J'ai de l'ostéoporose depuis que j'ai 48 ans alors je mange des laitages avec du calcium sinon rien de particulier. J'ai la **conscience** des années qui passent » Adèle, coiffeuse, 54 ans*

*« Moi j'ai eu l'impression qu'avant 40 ans je ne voyais pas les choses que je ne pouvais plus faire et qu'avec 40 ans avec la bascule de la quarantaine, j'ai pris vraiment **conscience** de ma finitude » Franck, 41 ans*

*« J'ai toujours eu **conscience** de l'équilibre mais il y a des moments où quand on est jeune on se couche à n'importe quelle heure on mange n'importe quoi. Ça a beaucoup moins d'importance. Maintenant, je fais plus attention » Eliane, infirmière, 47 ans*

Mais ce sont également des prises de conscience sur son propre fonctionnement ou sur celui des environnements dans lesquels on évolue :

*« Je lis beaucoup de livres de Christophe André. C'est une espèce de méditation, une autre façon d'agir, de prendre **conscience** de la manière dont on agit et ça marche plutôt bien. J'ai fait aussi de la sophrologie pendant 3 ans » Franck, infirmier, 41 ans*

*« Moi je pense que ces campagnes de prévention, ça met en exergue le fait qu'il y a des phénomènes de société qui sont néfastes. Je ne me dis pas je vais manger ceci ou je dois bouger puisque de toutes façons je le fais déjà mais surtout ça fait prendre **conscience** que c'est vraiment un problème de société qui est gravissime » Paul, journaliste, 42 ans*

*« Avoir **conscience** de la chance qu'on a d'être en bonne santé. La chose la plus importante qui soit c'est d'être en bonne santé après la famille ou le travail » Louis, chef de cabine, 51 ans*

Et finalement, comme le résume assez bien Solange, responsable achats, 50 ans, ces prises de conscience pourraient être un premier pas vers plus d'autonomie :

*« Donc je pense qu'il y a aujourd'hui une prise de **conscience** par rapport aux informations qu'on a et qu'il y a un tas de gens qui se disent : se soigner c'est bien mais qu'est-ce qu'on peut faire pour se soigner soi-même avec des choses plus douces, moins agressives pour le corps »*

#### **4.3.2.2 Pratique réflexive et pouvoir d'agir**

« Contrôler », « décider » ou encore « choisir » sont des verbes qui apparaissent fréquemment dans notre corpus qu'il s'agisse de prendre une décision, de contrôler une situation ou encore de faire un choix et toutes ces pratiques témoignent bien de cette dimension agentique.

Ce sont parfois des décisions dont l'objectif est de préserver sa santé ou de l'améliorer comme Judith, ingénieur, 49 ans, qui nous déclare qu'elle vient de faire le choix de partir s'installer en Polynésie. Elle nous explique comment de nombreux problèmes de santé lui ont permis de prendre conscience du fait qu'elle devait changer son mode de vie de façon radicale :

*« C'est tous les cinq ans à peu près. La dernière fois c'était la rupture de ligaments. Là, c'est la capsulite sévère donc je me dis : ça veut bien dire qu'il faut absolument que je change quelque chose dans ma vie et je pense que j'ai fait un choix dans ma vie. Je pense que cela va m'aider à vivre mieux. J'ai demandé à partir travailler en Polynésie. On part au mois d'août »*

Et l'on comprend que ce ne sont jamais des décisions faciles à prendre comme nous l'explique Eliane, infirmière, 47 ans :

*« Parfois il faut réfléchir quand on nous dit des choses et ne pas se dire que parce que cela vient de l'autorité médicale, il ne faut pas réfléchir. Ce que je ressens avec mon corps a une valeur influente et décisive .... Après c'est toujours poser le pour et le contre. Est-ce que c'est vraiment nécessaire. Jusqu'où je prends le risque ? Après c'est aussi personnel. Mais moi je dis il faut avoir la connaissance et puis ensuite pouvoir décider. C'est des choix qu'on fait en toute connaissance de cause. Maintenant on ne sait pas tout parce qu'il y a des choses qu'on ne nous dit pas mais en tous cas avoir le maximum d'informations et ensuite pouvoir décider »*

Mais parfois le choix est contraint comme nous l'explique avec une pointe de regret Nathalie, consultante, 41 ans :

*« Je ne suis pas quelqu'un qui se prend la tête avec les vaccins. Je n'ai pas le temps et de toute façon quand on a ses enfants en collectivité on n'a aucun choix là-dessus ! »*

Pourtant même lorsque les environnements ne favorisent pas cette prise d'autonomie, comme nous le raconte Lucie, architecte, 41 ans, il reste possible en pesant le pour et le contre de faire son choix :

*« Lorsque mes enfants étaient très petits, j'habitais aux Etats Unis et les pédiatres ne donnent pas du tout les mêmes instructions au niveau de l'alimentation des enfants qu'en France. En France quand on n'allait pas ou quand on arrête d'allaiter, il y a des laits maternisés et ensuite vous passez sur un lait premier âge, deuxième âge. Aux Etats Unis on ne fait pas du tout du tout ça. Les enfants boivent du lait entier. Donc j'étais entre deux cultures et moi les enfants je leur ai donné du lait entier. J'ai fait un choix qui me paraissait le plus sensé. Je me suis demandée ... je me suis dit c'est curieux quand même quand on était petit on n'avait pas tous ces trucs-là. Je n'ai pas confiance en ce truc-là. J'ai un peu navigué là-dedans ... Ensuite il y a eu d'autres choses où je n'étais pas d'accord donc j'ai fait un choix entre deux modes de pensées différents »*

Pour autant, être en capacité d'agir nécessite bien souvent d'avoir les connaissances sur lesquelles s'appuyer et force est de constater que les scandales à répétition mettent à rude épreuve la confiance mais également les certitudes des personnes interrogées.

Dès lors, comment être sûr de prendre la bonne décision ? C'est ce que nous explique France, dessinatrice, 48 ans, lorsqu'elle évoque les derniers scandales sanitaires :

*« Dernièrement il y a eu la viande de cheval qui s'est retrouvée dans des raviolis ou je ne sais pas quoi. Alors c'est vrai que je n'achète pas de raviolis mais c'est de la tromperie donc moi je suis très en colère contre ceux qui font ça et puis les médias qui nous rabâchent toujours les choses, les scandales. Bon ils font leur travail mais parfois ça va trop loin aussi. Comme par exemple, il y a eu le Nutella aussi. Moi du coup j'en achète plus. Je sais que mes enfants aiment ça mais je leur ai expliqué et ils sont capables de comprendre. Ils ont compris d'ailleurs. Oui c'est vrai que c'est très dérangeant tout ça. En fait, on dit qu'on n'a jamais aussi bien mangé que maintenant mais en même temps il y a des risques et on ne sait plus qui bien croire en fait ».*

Et l'on comprend mieux en écoutant son témoignage qu'il soit si difficile d'exercer un quelconque pouvoir sur sa santé ou celle de ses proches lorsque l'on ne possède pas les connaissances requises.

Par conséquent, ce qui semble accompagner ce processus d'autorégulation serait de l'ordre de l'apprentissage ou plus exactement de la nécessité d'apprendre.

### 4.3.2.3 Pratique réflexive et apprentissage

Côtoyant d'un part une démarche de conscientisation et d'autre part l'exercice du pouvoir d'agir, la notion d'apprentissage semble compléter le processus d'autorégulation de la santé.

Ainsi IRaMuTeQ® nous permet d'observer la fréquence importante de lemmes en rapport avec la connaissance.

Et qu'il s'agisse d'apprendre sur soi-même ou sur son environnement, ce savoir accumulé au fil des années et des expériences vécues semble bel et bien déterminer les comportements de santé comme Solange, responsable achats, 50 ans, nous l'explique :

*« Maintenant, **je sais** ce qui ne me convient pas. Il faut être à l'écoute de son corps. Aujourd'hui, j'ai envie d'être plus en phase avec les demandes physiologiques de mon corps. Savoir se retrouver. Pour moi c'est important. **Savoir** être à l'écoute. S'accorder du temps, du bon temps et des temps de bien être, de pause et d'activité et arriver à planifier tout ça dans un bon équilibre pour avoir cette santé globale que ça soit physique ou mental »*

Et de ce fait, la dimension temporelle de l'existence semble essentielle car avancer en âge, c'est également réaliser qu'on est capable de prendre un peu plus de distance avec les choses et que l'on peut s'appuyer sur une meilleure connaissance de soi-même comme nous l'expliquent Nathalie et Eliane :

*« En vieillissant, ça va mieux car on avance dans la vie, on a plus de recul. On a une meilleure **connaissance** des choses et de leur fonctionnement, y compris de soi-même »* Nathalie, consultante, 41 ans

*« Maintenant on ne sait pas tout parce que il y a des choses qu'on ne nous dit pas mais en tous cas avoir **appris** le maximum d'informations et ensuite pouvoir décider »* Eliane, infirmière, 47 ans

C'est donc un savoir que l'on construit au fil du temps et lorsque maladies ou blessures viennent interroger les pratiques, ces événements se révèlent souvent porteurs d'apprentissages qui seront réinscrits dans les conduites à venir comme nous l'explique Albert, formateur, 48 ans :

*« En 1993 j'ambitionnais une carrière sportive en même temps que ma carrière professionnelle mais j'ai eu un claquage et ... fin de toutes mes ambitions. Et là j'ai commencé à côtoyer mon médecin habituel et j'ai vu qu'il ne me soignait pas. Je suis allé voir d'autres médecins. J'ai commencé à me documenter, à lire des choses qui traitaient des médecines parallèles. Et comme on n'arrivait toujours pas à me soigner, je me suis orienté vers l'acupuncture, la mésothérapie, la chromothérapie, l'ostéopathie. D'ailleurs j'avais une sorte de book que j'avais constitué et que je communiquais à tout le monde »*

C'est également ce que nous confirme Judith, ingénieur, 49 ans :

*« En fait **j'apprends** à chaque fois, avec des blessures qui apparaissent et c'est renforcé aussi par ce que disent les médecins qui sont entre parenthèse des médecins classiques »*

Et, ce sont des savoirs que l'on partage bien volontiers avec les autres comme nous le confie Yves, demandeur d'emploi, 44 ans :

*« Moi je pense que j'ai été amené à m'intéresser à mon alimentation en cherchant des renseignements sur le net, sur le bricolage ! Je suis tombé par hasard sur un forum bio et j'ai été intéressé par ce que je découvrais. Et maintenant, c'est moi qui donne des conseils sur ce forum. Je pense qu'**on apprend des autres et puis on apprend aux autres** »*

Ainsi, entre pairs, on mutualise les informations collectées, on partage son expérience et les choix qui sont faits pour sa santé sont souvent nourris de ces connaissances comme le précisent Solange et Yves :

*« **Apprendre** des choses tous les jours ... Moi, au contact de personnes j'ai appris beaucoup de choses » Solange, responsable achats, 50 ans*

*« C'est en fréquentant des gens plus avertis que moi par exemple quand je suis rentré dans le milieu bio j'ai découvert tout ce qui était santé alternative et à force de discuter c'est comme ça qu'**on apprend le plus** » Yves, demandeur d'emploi, 44 ans*

C'est cet apprentissage en continu qui permettrait en quelque sorte de garder le contrôle sur les choses comme nous l'explique Solange, responsable achats, 50 ans :

*« Et on en vient aussi à **apprendre** à se connaître, à apprendre des expériences qu'elles soient positives ou négatives mais en tirer quelque chose et pas juste les subir »*

Cette capacité à apprendre en permanence et le plus souvent de façon informelle est ici à l'œuvre dans les pratiques décrites par les personnes que nous avons rencontrées. Apprendre des situations vécues mais surtout apprendre de l'analyse que l'on a pu en faire et du sens que l'on a pu leur en donner, c'est souvent poser un regard critique sur soi-même ou sur les environnements qui nous entourent.

Finalement comme le dit Sylviane, assistante dentaire, 41 ans, la vie est une école :

*« Je pense qu'**on apprend** tout le temps, toute la vie. Pour moi la vie c'est une école »*

Pour autant, si l'apprentissage est au cœur du processus, s'il est maintenant courant « d'apprendre dans toutes les situations » (Carré, 2005), cette appropriation de savoirs habituellement réservés aux experts n'est pas sans provoquer de nombreuses réflexions.

Et manifestement, prendre le pouvoir sur sa santé interroge bon nombre d'entre eux comme tente de nous l'expliquer Camille, décoratrice, 49 ans :

*« Je ne suis pas sûre d'avoir les connaissances. Si j'entends quelque chose je vais m'y intéresser mais ça ne va pas être une démarche de ma part pour aller récupérer de l'information. Après pour des plus gros pépins je vais voir le toubib ou je confirme avec elle en ayant son aval par téléphone. L'essentiel de ce que je fais pour ma santé, cela reste sur des choses que je connais »*

C'est toute la question des limites que cette démarche d'autorégulation comporte qui est évoquée ici par Louis mais également par Thomas :

*« A la base je vais me soigner tout seul dans un premier temps, déjà parce que j'ai un diplôme de secourisme et je pense que j'ai un minimum de connaissances médicales et puis ma femme a fait deux années de médecine. Ça aide aussi. Nous avons des amis qui sont médecins. Je pense que par rapport aux gens en général on a plus de bases que la moyenne et je pense que dans un premier temps on peut essayer de se soigner intelligemment et puis dans un deuxième temps faire appel aux professionnels » Louis, chef de cabine, 51 ans*

*« Je fais du karaté et de l'Aïkido et il y a une relation au corps qui nécessite une connaissance. Dans le yoga il y a ça aussi. C'est une démarche qui sous-tend ces pratiques et donc je me documente sur le sujet. Quand il n'y avait pas Internet, j'avais acheté des bouquins d'anatomie. Avec Internet c'est beaucoup plus de connaissances, beaucoup plus immédiatement à portée, avec plus d'explications. Il n'empêche que je me fais confirmer. Il ne s'agit pas de faire de l'automédication et je consulte mon médecin quand j'ai besoin. Par rapport à un problème quelconque, je peux aller le voir quand j'ai une question. Parfois il ne me donne pas du tout de médicament. Il me dit que ce n'est pas peine mais au moins j'ai son expertise. Oui bien sûr, je ne me mets pas au-dessus. Je ne remplace pas le médecin. C'est clair : les savoirs du médecin moi je ne les ai pas » Thomas, informaticien, 46 ans*

Et l'acquisition de ces connaissances profanes en référence à celles détenues par les experts, interroge la relation au médecin.

### **4.3.3 Le rapport au médecin, entre soumission et transgression**

Et force est de constater que cette relation a beaucoup évolué puisqu'en l'espace d'une génération, on a assisté à la disparition d'une relation paternaliste au profit d'une relation où « le patient serait aujourd'hui doté d'un pouvoir de décision » (Fainzang, 2010b).

C'est bien que ce nous confie Solange, responsable achats, 50 ans :

*« En matière de maladie ou pour quelque chose d'important, je n'hésiterai pas non plus à voir deux ou trois médecins pour avoir des avis médicaux différents alors qu'avant ce n'était pas ça. Le médecin, c'était le médecin et moi j'ai déjà entendu mes parents dire : mais non je ne peux pas aller chez quelqu'un d'autre. Ma mère, elle culpabiliserait d'aller voir un autre médecin, alors que moi pas du tout. Le médecin c'était la parole d'évangile. Si je ne suis pas totalement convaincue par ce qu'il me dit, je n'hésite pas à en voir un autre »*

La relation verticale entre un médecin tout puissant et un patient forcément ignorant et passif n'est plus de mise et comme le précise Albert, formateur, 48 ans, le médecin, le prêtre ou encore l'instituteur ne sont plus perçus comme seuls détenteurs de pouvoir et de savoir :

*« Sociologiquement le prêtre, le docteur et l'instituteur avaient un avis auquel les gens se pliaient et c'est de moins en moins vrai et tant mieux. On peut écouter un avis et même le trouver éclairé sans pour autant vous y soumettre »*

Et il revient désormais à chacun de supporter sa part de responsabilité comme nous l'explique Thomas, informaticien, 46 ans :

*« On peut écouter un avis sans y souscrire ou s'y soumettre. On est informé des méfaits de l'alcool au volant et après on agit en conséquence »*

Tous les témoignages que nous avons pu recueillir se font écho de ce besoin d'être reconnu comme acteur dans le processus de soin, chacun revendiquant à sa façon ce pouvoir d'agir sur sa santé. Ainsi pour Judith, ingénieur, 49 ans, il s'agit avant tout d'établir une relation équilibrée avec son médecin :

*« J'essaie d'instaurer une relation quasi équilibrée entre le médecin et moi. Quelqu'un qui va me dire : « Tiens la petite dame, elle a ça donc on va lui faire ça », sans me regarder, là ça me gêne car je ne veux pas être l'objet de quelque chose. L'objet qu'on va utiliser »*

Solange, responsable achats, 50 ans, n'hésite pas, quant à elle, à dénoncer des pratiques qu'elle juge infantilisantes chez certains médecins qu'elle a pu côtoyer :

*« Je veux comprendre ce que j'ai et je veux comprendre comment on va me soigner. Le médecin, il m'a dit : On fait du laser ... Je lui ai dit : Expliquez-moi, je veux savoir ce qu'on va me faire. Moi je suis quelqu'un qui veut savoir. On ne va pas me faire rentrer au bloc ou à l'hôpital sans savoir ce que j'ai exactement et comment on envisage de le soigner. Parce que c'est ma personne et j'ai le droit de savoir. Je vais subir dans une certaine mesure le traitement mais ... je dirai que le mythe de la blouse blanche c'était valable il y a 50 ans, 60 ans ou 70 ans et qu'aujourd'hui on peut être acteur de ce qu'on a »*

Eliane, infirmière, 47 ans, refuse également de s'en remettre aveuglément au médecin, nous confiant accorder au moins autant d'importance à ce qu'elle ressent avec son corps :

*« Parfois il faut réfléchir quand nous dit des choses et ne pas se dire que parce que cela vient de l'autorité médicale, il ne faut pas réfléchir et puis ce que je ressens avec mon corps a une valeur influente et décisive .... Toujours poser le pour et le contre. Est-ce que c'est vraiment nécessaire. Jusqu'où je prends le risque ? Après c'est aussi personnel. Mais moi je dis il faut avoir la connaissance et pour ensuite pouvoir décider. C'est des choix qu'on fait en toute connaissance de cause. Maintenant on ne sait pas tout parce qu'il y a des choses qu'on ne nous dit pas mais en tous cas avoir pris le maximum d'informations et ensuite pouvoir décider »*

Car il ne saurait être question, de laisser quelqu'un d'autre décider pour une chose aussi importante que sa santé comme l'exprime Christelle, secrétaire juridique, 47 ans :

*« Sur les choses qui sont graves, pour votre vie, moi je dis il faut aller voir quelqu'un d'autre, il faut consulter, il faut croiser les avis, il faut ... mais bon tout le monde ne fait pas ça quand je discute au bureau, tout le monde ne fait pas ça. Mon mari il ne réagit pas comme ça. Le médecin c'est la bonne parole »*

Cette forme d'émancipation de l'autorité médicale se traduit par les pratiques adoptées et en particulier par la façon dont on « adapte » parfois le traitement préconisé par le médecin, quitte à se livrer à ce qui pourrait relever, aux yeux de certains, d'une certaine forme de « bricolage » tant les choix peuvent paraître arbitraires.

C'est le cas de Nathalie, consultante, 41 ans, qui nous déclare faire régulièrement le « tri » dans les médicaments que le pédiatre prescrit à son fils âgé de quelques mois :

*« A chaque fois que mon fils met le pied chez lui, il ressort avec une cargaison d'antibiotiques et comme je ne peux pas moi-même diagnostiquer s'il a une otite ou pas, alors je lui donne en enlevant ce qui m'embête de plus. Par exemple quand il tousse, il a pour habitude de lui donner des corticoïdes. Je trie dans les médicaments qu'il me prescrit. Je veux bien lui donner 8 jours d'antibiotiques mais pas de corticoïdes. En général quand j'y vais (chez le médecin) c'est qu'on peut plus s'en passer. Ça fait 2 ou 3 semaines qu'il tousse à fendre l'âme. D'abord, j'attends et puis j'y vais. A la crèche, ils me disent : Il faut y aller Madame. Donc j'y vais mais j'essaie de retarder. Alors ma seule action c'est de trier dans les médicaments. Les pires : j'enlève ... Enfin ce que j'estime être les pires »*

Ainsi, ce sont souvent des petits aménagements entre ce qu'on avoue à son médecin et ce que l'on lui cache délibérément notamment quand on fait usage d'Internet comme nous l'explique Sarah, directrice secteur bancaire, 50 ans :

*« J'adore, Internet, c'est l'idéal même si je sais que les médecins détestent qu'on aille sur Internet. C'est leur façon de vouloir garder la maîtrise. Mais ça marchera de moins en moins »*

Car Internet est devenu incontournable, allant parfois jusqu'à remplacer la visite chez le médecin comme nous l'explique Christelle, secrétaire juridique, 47 ans :

*« Bien plus que d'aller chez le médecin, je vais aller regarder sur Internet et puis si je trouve des choses qui ont une certaine corrélation avec ce que je vis, je me dis : Eh ben voilà, basta. Dans l'attente que ça passe à la phase d'après et puis c'est tout. Bon faut quand même vérifier les informations et pas totalement s'en remettre à Internet. Il faut aussi avoir ce recul et cette faculté d'interprétation pour ne pas tout gober non plus »*

Et l'on mesure bien toute la complexité que cette nouvelle posture suppose tant elle bouscule le rapport à l'expert car « sauf à être médecin lui-même, le patient est confirmé dans son statut de profane par rapport à la qualité d'expert du praticien » (Noël-Hureau, 2010).

Pourtant comme l'analyse Nathalie, consultante, 41 ans, les choses doivent changer et les professionnels doivent également se positionner différemment :

*« Tous les professionnels sont concernés par cette problématique-là. Les gens deviennent assez experts et chacun a à assumer ses zones d'incompétences et de compétence. Et pourquoi selon vous les personnes deviennent expertes ? Globalement, on a un type de société qui est alimenté par des connaissances. Internet le rend particulièrement visible et c'est un des rares trucs dont je crois que je ne pourrais plus me passer. Pour moi c'est vraiment du plus. On a une capacité critique qui n'est pas seulement liée au savoir mais au positionnement par rapport aux générations. On n'a plus le même regard sur ce qui nous précède. On veut faire soi-même. On veut maîtriser soi-même ses propres sources d'information plutôt que de dépendre »*

Néanmoins, se pose aussi la question des limites de cette nouvelle forme d'autonomie en santé et l'on se défend parfois comme Camille, décoratrice, 49 ans, de vouloir se prendre pour un médecin :

*« Au fil de toutes ces expériences, j'ai l'impression d'avoir appris des choses sans me prendre pour un médecin non plus ! »*

Car, n'y aurait-il pas là une forme de transgression dans cet exercice de l'autonomie dès lors que l'on cherche à se mesurer au médecin comme semble le suggérer Thomas, informaticien, 46 ans :

*« Je ne me mets pas au-dessus du médecin, je ne remplace pas le médecin mais c'est moi qui ressens comment mon corps fonctionne »*

Et ne serait-il pas bien prétentieux, comme semble le penser Paul, journaliste, 42 ans, de vouloir se substituer au médecin :

*« Pour moi je sais comment gérer ma santé dans 100 % des cas. Mes petites douleurs, mes petits maux. Je n'ai pas besoin d'aller voir un médecin. Mais je n'ai pas de prétention ou de vanité par rapport à ce que je connais. Ce que je connais ça me permet de me gérer moi ... Eventuellement des proches ou des gens que je pourrai conseiller avec humilité car je ne suis pas médecin. »*

Pour autant et quel que soit le positionnement adopté vis-à-vis du médecin, c'est bien la question de la compétence qu'interroge cette nouvelle posture comme le souligne Eliane, infirmière, 47 ans :

*« Oui je me sens compétente parce qu'on n'a pas beaucoup de problèmes. Si on en avait beaucoup plus, peut-être que je ne me sentirais pas compétente. Au fur et à mesure que les problèmes arrivent on se renseigne sur les problèmes, on apprend »*

Ainsi quelle est la place que ces personnes accordent au savoir dont elles disposent, souvent issu de leurs propres expériences de santé et surtout comment elles parviennent à faire cohabiter ces connaissances profanes avec celles détenues par le médecin, comme nous l'explique Judith, ingénieur, 49 ans :

*« Est-ce que je suis compétente ? ..... Une chose est sûre .... Je sais ce qui ne me convient pas. Et mieux que le médecin ! Oui. J'ai appris qu'il faut ménager sa monture pour y arriver et que le corps ce n'est pas juste une enveloppe. Il faut savoir que son corps c'est ce qu'on en fait et que c'est aussi le support de toutes ses émotions et qu'il faut quand même se préserver, ne pas s'obliger à faire systématiquement ce qu'on faisait avant »*

Et force est de constater que cette cohabitation n'est pas aisée lorsque l'on écoute Christelle, secrétaire juridique, 47 ans :

*« J'ai quand même une grande admiration pour les médecins. C'est des gens qui ont fait de grandes études et ils ont obtenu un diplôme très compliqué. On est obligé de les écouter quand même, mais en même temps effectivement, je crois qu'il faut toujours écouter son instinct. Moi je pense qu'il ne faut pas les écouter aveuglément. Moi j'ai certainement appris ça »*

Alors, on s'interroge, on hésite, on tâtonne et lorsque la situation l'impose, lorsqu'il s'agit par exemple de la santé de ses enfants, alors il ne faut plus se poser de questions et s'en remettre à des personnes compétentes, comme nous l'explique Emmanuel, sapeur-pompier, 50 ans :

*« Pour mes enfants, le moindre doute est validé par les gens compétents. Autant je peux prendre mes responsabilités pour moi mais en ce qui les concerne non »*

Cette ambiguïté dans la relation au médecin ressort également quand on soumet notre corpus à l'analyse factorielle des correspondances réalisée par IRaMuTeQ® et plus précisément lorsque l'on observe les mots qui gravitent autour du médecin.



Et, c'est également ce qu'exprime Solange, responsable achats, 50 ans :

*« Je pense qu'il y a beaucoup de gens qui vont chez le médecin pour se rassurer. La part d'écoute et de compréhension, elle est importante et aujourd'hui c'est quand même plus difficile de tomber sur des médecins qui vous expliquent et qui prennent le temps de vous écouter. Parce qu'il n'y a pas que l'aspect traitement dans la santé, il y a aussi l'écoute »*

Et quels que soient le degré et les modalités d'exercice de cette nouvelle « émancipation de la tutelle médicale » (Fainzang, 2015), il est certain que les personnes que nous avons rencontrées entretiennent avec le médecin un rapport ambigu à la fois empreint d'admiration mais aussi teinté d'une certaine méfiance à son égard.

C'est ainsi que faute de pouvoir s'appuyer de façon inconditionnelle sur le médecin, il faudrait se livrer à un exercice périlleux : parvenir à concilier à la fois ce que « l'on ressent avec son corps » qui indiscutablement aurait une valeur mais également ce que l'on apprend de ses pairs et que l'on partage bien volontiers sur les réseaux sociaux tout en acceptant que seul le médecin dispose de connaissances scientifiques, savoir détenu par l'expert et devant lequel on doit parfois s'incliner.

Et cette nouvelle perspective n'est pas toujours facilitante pour s'impliquer dans sa santé car derrière cette délicate articulation entre savoirs détenus par les experts et compétences mobilisées par les personnes, transparaissent beaucoup de tâtonnements et d'ajustements qui semblent parfois freiner le processus d'autorégulation de la santé.

Dans le débat actuel, auquel se livrent nos sociétés occidentales autour de la reconnaissance d'un individu acteur de sa santé, tous les témoignages que nous avons pu recueillir se font écho de la difficulté que cette nouvelle posture engendre.

Et l'on assiste à une véritable tension entre d'une part une forme d'allégeance au médecin et d'autre part une agentivité dans le domaine de la santé.

#### **4.3.4 La santé, entre fatalité et agentivité**

Certes, nous avons pu observer que les individus semblaient plutôt « disposés à s'auto-organiser, à se comporter de façon proactive, et à activer des mécanismes d'autoréflexion et d'autorégulation » (Bandura, 2007) mais nous avons également pu relever une certaine contradiction entre ce sujet acteur de sa santé, volontaire, responsable, souhaitant s'impliquer dans les choix qui déterminent sa santé et un sentiment souvent décrit d'impuissance face au destin et surtout face à la maladie associée à la fatalité.

Nombreuses sont les personnes qui au cours d'un même entretien disent vouloir exercer un réel contrôle sur leur santé tout en faisant état de la sensation qu'elles ont d'être malgré tout très vulnérables face à la maladie.

La maladie décrite comme provenant de l'extérieur – le destin - et dont le déclenchement serait le plus souvent attribué à la malchance voire à une forme de déterminisme semble alors échapper à toute forme de contrôle personnel.

Le vocabulaire, à cet égard, est des plus significatifs. On « attrape » une maladie. Cela vous « tombe dessus » et tous les témoignages montrent à quel point les personnes se sentent démunies face à ce qui leur apparaît comme inéluctable et qu'elles seraient alors contraintes de subir :

*« La santé, c'est le plus important. Le reste ça peut se gérer mais la santé quand vous avez une maladie grave qui vous tombe dessus. Là on subit vraiment - Je touche du bois, je n'ai rien » Solange, responsable achats, 50 ans*

*« On n'est pas à l'abri d'un grave pépin. L'alimentation, le sport peuvent nous préserver de beaucoup mais pas de tout » Christelle, secrétaire juridique, 47 ans*

*« J'ai l'impression qu'on peut avoir une influence sur son état de santé quand finalement on est en bonne santé » Jules, directeur commercial, 40 ans*

*« On fait ce qu'on peut, comme on peut, du mieux qu'on peut mais si les choses arrivent, c'est comme ça. On fera avec ... » France, dessinatrice, 48 ans*

La maladie est considérée comme exogène. Provenant de l'extérieur, elle peut alors s'expliquer par toute une multitude de raisons qu'elles soient naturelles ou même surnaturelles. On invoque la pollution, le stress, les microbes ou encore l'hérédité tout autant que le mauvais sort, le destin ou la malchance.

Mais quelle que soit l'explication trouvée, la survenance de la maladie serait en quelque sorte imprévisible et de ce fait totalement incontrôlable.

Dans cette même logique, être en bonne santé relèverait de la chance. Et ils sont nombreux à parler de fatalité ou d'éléments déterminés qui échapperaient à tout contrôle :

*« La maladie reste une sorte de fatalité. On n'est jamais à l'abri. Si on doit avoir un cancer ... » Christelle, secrétaire juridique, 47 ans*

*« J'ai l'impression qu'on peut jouer sur son bien-être. Je ne suis pas sûr qu'on puisse vraiment avoir la main sur sa santé. Il y a des éléments qui sont complètement déterminés et qui nous échappent » Jules, directeur commercial, 40 ans*

*« Il peut y avoir des évènements qui nous tombent dessus. On peut être victime d'un cancer ou victime de choses comme ça et ce n'est pas parce qu'on aura bu quatre tisanes par soir que la conséquence ou la survenance d'un évènement comme ça va être moindre » Adrien, informaticien, 46 ans*

*« Il faut avoir conscience de la chance d'être en bonne santé » Carla, aide-ménagère, 51 ans*

*« Je me dis qu'on est vigilant mais surtout qu'on essaie de passer à travers les gouttes ... pendant un certain temps » Louis, chef de cabine, 51 ans*

Mais le plus surprenant, c'est que ce sont les personnes qui font état d'une conviction forte en leur capacité à se maintenir en bonne santé qui doutent tout autant de leur efficacité dès lors qu'il s'agit de se prémunir de maladies graves comme nous le déclare Christelle, secrétaire juridique, 47 ans :

*« Je suis convaincue. Là-dessus je suis très sûre de moi. Pour moi ce que je mange, c'est tellement important que ça me garde en bonne santé »*

Puis plus loin dans l'entretien :

*« La maladie reste une sorte de fatalité. On n'est jamais à l'abri. Si on doit avoir un cancer ... »*

Cette tension entre ce qui serait déterminé par des facteurs externes et ce qui pourrait résulter du comportement personnel fait l'objet d'un vrai questionnement pour bon nombre des personnes comme s'il s'agissait de pouvoir concilier d'une part ce qu'elles expriment comme une évidence, c'est-à-dire leur capacité à jouer un rôle déterminant pour se maintenir en bonne santé et d'autre part ce qui semble leur échapper et relèverait de forces extérieures difficiles à identifier.

Ainsi lorsque l'on écoute Camille nous expliquer longuement tout ce qu'elle a mis en place pour rester en bonne santé qu'il s'agisse de son alimentation, des dépistages auxquels elle se prête ou encore de sa pratique sportive régulière, on ne peut qu'être surpris de l'entendre nous confier un peu plus tard dans l'entretien qu'elle est quasiment sûre que tôt ou tard elle sera victime d'un cancer :

*« On ne peut pas passer au travers des pépins. J'aurai probablement un cancer de je ne sais quoi. C'est très probable, c'est la moitié des gens. Je ne pense pas que ce que j'ai mis en place soit suffisant. Non, je ne pense pas parce qu'on vit en ville. Parce qu'il y a la pollution. Il y a du stress. Je pense qu'il y a des quantités de trucs qu'on a ingurgités pendant des années qui sont extrêmement mauvais. On a quand même été la génération des machins en plastique aux micro-ondes. Il y a des choses qu'on a faites parce qu'on n'était pas au courant et qui étaient très mauvaises. Ça on ne peut pas lutter, c'est fait, c'est fait ! »*

De même l'analyse textuelle réalisée par le logiciel IRaMuTeQ® nous permet d'observer la fréquence d'apparition du lemme **chance**.

Car ils sont nombreux comme Louis ou Sarah à penser que la bonne santé c'est finalement une question de chance :

*« On est plus ou moins en bonne santé naturellement. On a la chance d'avoir un patrimoine génétique x. On est plus ou moins en bonne santé naturellement. J'ai une bonne santé, j'ai de la chance à ce niveau-là, je tombe rarement malade »* Louis, chef de cabine, 51 ans

*« Avoir conscience de la chance qu'on a d'être en bonne santé. La chose la plus importante qui soit c'est d'être en bonne santé »* Sarah, directrice secteur bancaire, 50 ans

Et c'est finalement en écoutant Thomas, informaticien, 46 ans, que l'on perçoit toute la difficulté qu'il peut y avoir à concilier d'une part ce qu'il considère comme une évidence, c'est à dire sa capacité à se maintenir en bonne santé et ce qu'il observe malheureusement par ailleurs, c'est-à-dire que la maladie peut survenir à tout moment.

Comment dès lors ne pas douter que ces bonnes pratiques qui semblent par ailleurs bien fonctionner puissent suffire à se prémunir de maladies graves telles que le cancer :

*« J'ai l'impression que ce que je fais ne fonctionne pas trop mal pour me maintenir en bonne santé, après on n'est jamais à l'abri d'un cancer ou quelque chose comme ça qui est hors ... qui ne relève plus de ce domaine-là. D'après ce qu'on dit, le fait de bouger ça diminue ce genre de risque mais il y a un moment où c'est ... les contre exemples sont légions. Un acteur comme Bernard Giraudeau, c'est un type qui faisait énormément de sport et qui avait toutes les bonnes pratiques et ça ne l'a pas empêché d'y passer. Je ne sais pas du tout à quoi c'est lié. Ce que disent les scientifiques, il ne faut pas trop manger, ça provoque des cancers de ceci ou bien fumer provoque des cancers de cela. On ne peut pas se prémunir de tout »*

Dès lors, comment peut-on à la fois considérer que la maladie est liée à un élément étranger qui viendrait en quelque sorte s'abattre sur la personne et croire en sa capacité de se maintenir en bonne santé ?

Car c'est toute la question de la responsabilité qui est ici à l'œuvre qu'il s'agisse de tenir pour responsable un agent extérieur à l'individu, qu'il s'agisse de l'environnement ou de la malchance ou à l'inverse de considérer que l'individu est pleinement responsable de sa santé et donc à même de jouer un rôle déterminant quant à son maintien.

C'est probablement tout à la fois source à la fois d'inconfort, de doutes ou de questionnement que de frein dans une démarche d'autorégulation.

#### **4.4 Vers un modèle d'analyse des comportements de santé**

Pour rendre intelligible le processus d'autorégulation de la santé, nous avons cherché à interroger la capacité des individus à exercer un contrôle sur leur santé.

Au travers de cette étude compréhensive, il s'agissait donc à la fois de repérer les stratégies mises en place au quotidien, les choix faits tout au long de la vie mais également les freins ou encore les difficultés auxquelles les personnes étaient confrontées.

L'objectif était de comprendre comment ce pouvoir d'agir sur sa santé se construit au fil des années et notamment d'observer comment les sujets interagissent avec les contextes dans lesquels ils évoluent.

Nous avons, en effet, noté précédemment que cette capacité d'agentivité ne signifiait pas qu'ils soient totalement autonomes dans cet exercice de l'autonomie mais plutôt à la fois façonnés par les environnements et capables de les modifier.

#### 4.4.1 Un sujet en tension

Rappelons que les enquêtes régulièrement menées par l'INPES sur les comportements de santé des français nous apprennent que les pratiques varient considérablement d'une personne à l'autre, certains considérant que c'est de leur responsabilité de se maintenir en bonne santé et que leurs conduites ont un réel impact sur leur état de santé, tandis que d'autres sont plus enclins à penser que ce sont des facteurs externes qui déterminent leur santé.

A l'issue de notre étude, nous avons pu observer que les attitudes des individus ne sont pas aussi contrastées et que l'on peut observer chez une même personne à la fois une propension à croire qu'elle est pleinement responsable de sa santé et donc que son action conditionne son état de santé mais aussi un doute sur l'impact réel de son comportement notamment lorsqu'il s'agit de se prémunir de maladies graves telles que le cancer.

Etre en bonne santé ou tomber malade reste souvent une question de chance ou de malchance pour bon nombre d'entre eux et constater qu'ils attribuent une causalité externe à la survenance de la maladie peut surprendre quand par ailleurs, ces mêmes personnes semblent persuadées qu'il existe bien un lien de causalité entre ce qu'elles ont mis en place pour se maintenir en bonne santé et le fait qu'elles soient effectivement en bonne santé.

De même, nous avons pu constater que le rapport qu'elles entretiennent avec le médecin est très ambivalent et notamment autour de la question de la compétence, les avis restent très contrastés. Certes, on n'hésite pas à remettre en question la parole de l'expert et à accorder de l'importance à ce que l'on a appris au fil des expériences ou à ce que l'on ressent avec son corps mais lorsque le doute est là, lorsque la situation l'impose, alors on s'en remet au médecin car finalement, c'est lui qui sait et il ne « *faudrait pas non plus se prendre pour un médecin* ».

C'est donc un sujet en tension que nous avons pu rencontrer, sujet à la fois conscient des limites que l'exercice de cette autonomie en santé comporte mais pourtant désireux de pouvoir agir sur sa santé.

Certes, on observe l'émergence de nouvelles pratiques de santé souvent favorisées par les environnements actuels et une remise en question d'une relation au médecin basée sur un modèle paternaliste mais cela semble susciter bien des interrogations et l'exercice de l'agentivité dans le domaine de la santé semble se heurter à deux puissants obstacles.

Ainsi, il ne semble, pas aisé de se libérer d'une représentation fataliste de la maladie et même les personnes les plus investies dans leur santé émettent des doutes sur l'impact réel de leur comportement sur leur état de santé dès lors qu'il s'agit par exemple de se préserver de maladies graves.

Il n'est pas moins simple de s'affranchir véritablement du pouvoir qu'exerce encore le médecin et principalement lorsque l'on aborde la question du savoir.

Le questionnement autour de la place des savoirs profanes est permanent.

Beaucoup d'entre eux doutent du fait d'être véritablement compétents dès lors qu'il s'agit de faire des choix pour sa santé. Certes, ils sont persuadés que les connaissances accumulées au fil du temps sont précieuses et qu'ils peuvent s'appuyer sur les signes que leur envoie leur corps pour ajuster leur comportement mais pour autant quelle est la valeur de ce savoir dès lors que l'on le compare à celui détenu par les experts ?

C'est ainsi qu'ils sont nombreux à douter de la légitimité de leur démarche, allant parfois même jusqu'à se défendre de vouloir remplacer le médecin véritable détenteur, à leurs yeux, d'un savoir scientifique et devant lequel il faut bien s'incliner.

#### **4.4.2 Un sujet apprenant**

Mais c'est également, en écoutant les personnes nous parler de la façon dont elles exercent une influence personnelle sur leur santé que l'on prend la mesure de la grande diversité de compétences mobilisées au cours du processus d'autorégulation de la santé.

Sollicitant des dimensions cognitives, métacognitives, affectives ou encore motivationnelles, les individus doivent pouvoir faire appel à des compétences extrêmement variées et nous avons pu mesurer l'importance que revêt dans cette démarche d'autorégulation le processus d'apprentissage.

Car être capable de s'impliquer activement dans la gestion de sa santé passe tout autant par une bonne connaissance de soi et du fonctionnement de son corps que par la faculté d'apprendre des autres et du monde qui nous entoure (Carré, 2005)

Certes, l'information est désormais accessible mais il faut néanmoins être capable de la comprendre, de la trier et de l'analyser pour prendre de bonnes décisions pour sa santé ou celle de ses proches.

Certes, il est désormais possible de dialoguer avec les équipes médicales, voire de remettre en question la parole de l'expert mais cette démarche suppose d'être suffisamment compétent pour dialoguer en toute égalité avec les professionnels de santé ou pour être capable de choisir entre plusieurs approches thérapeutiques.

Et au-delà de ces deux exemples, force est de constater qu'autoréguler sa santé est une démarche ambitieuse puisqu'il s'agit, rappelons-le, d'être en capacité d'observer sa propre conduite avec objectivité, d'avoir une pensée critique pour être en mesure de choisir une stratégie tout en surveillant son exécution et d'en évaluer le processus.

Nul doute que cette posture nécessite d'être solidement outillé et suppose l'acquisition de compétences multiples et de connaissances extrêmement variées qu'il convient de surcroît de développer et d'entretenir tout au long de sa vie.

Comme nous le confirment nos entretiens, l'acquisition de ces connaissances passe tout autant par les lectures, la consultation de sites internet dédiés à la santé que par les échanges avec ses pairs ou les entretiens que l'on peut avoir avec des professionnels de santé.

Apprendre de chaque expérience et de chaque situation s'inscrit donc dans la lignée des apprentissages informels. C'est un apprentissage permanent dans lequel le sujet est en quelque sorte seul à la barre, navigant au grès des situations et des rencontres qui constituent autant d'expériences formatrices (Dominicé, 1990).

Ainsi les expériences de santé sont bien souvent le terreau sur lequel chacun peut à sa guise et en fonction du sens qu'il donne aux situations vécues bâtir un savoir singulier et stratégique sur lequel il ne cesse de puiser pour orienter ses choix de santé.

C'est donc tout à la fois la capacité d'apprendre par soi-même, d'apprendre sur soi-même mais également d'apprendre des autres et des situations qu'interroge le processus d'autorégulation dans le domaine de la santé.

#### **4.4.2.1 Apprendre sur soi-même**

A l'écoute de leur corps, cherchant à comprendre et à décrypter les messages qu'il leur adresse, les personnes que nous avons rencontrées témoignent non seulement d'un intérêt pour leur santé mais aussi d'un besoin de savoir et de comprendre ce qui est bon pour eux.

C'est sur cette connaissance de soi, sur ce savoir accumulé au fil des années et des événements vécus qu'elles s'appuient pour déterminer leurs conduites comme nous le confirme Eliane, infirmière, 47 ans :

*« Ce que je ressens avec mon corps, c'est influent et décisif »*

C'est également ce qu'exprime Thomas, informaticien, 46 ans :

*« C'est moi qui sais comment mon corps fonctionne »*

Et certains vont jusqu'à considérer que la connaissance qu'ils ont de leur corps et de son fonctionnement est au moins aussi précieuse que le savoir scientifique détenu par le médecin comme nous l'expliquent Camille et Solange :

*« Je pense qu'on se connaît mieux qu'un médecin. Lui il a un savoir et nous on connaît notre corps. Au fil de toutes ces expériences, j'ai l'impression d'avoir appris des choses sans me prendre pour un médecin non plus ! »* Camille, décoratrice, 49 ans

*« C'est moi qui sens. Le médecin a l'expérience de l'habitude, moi j'ai l'expérience de mon corps »* Solange, responsable achats 50 ans

Enfin, avancer en âge incite également à adopter un rapport réflexif avec son corps et avec son évolution car comme nous l'explique Nathalie, consultante, 41 ans, passée la quarantaine, on souhaite aussi prendre une certaine distance :

*« En vieillissant, ça va mieux car on avance dans la vie, on a plus de recul. On a une meilleure connaissance des choses et de leur fonctionnement, y compris de soi-même »*

Et force est de constater que dans cette entreprise, il est essentiel d'adopter une posture réflexive en s'interrogeant sur ses propres comportements, en analysant les situations vécues et en s'appropriant ses expériences pour être capable de prendre appui sur ses nouvelles connaissances.

C'est donc un apprentissage réflexif auquel ils se livrent, constitué de prises de conscience et alimenté en permanence par un travail d'intelligibilité mené au quotidien.

#### **4.4.2.2 Apprendre par soi-même**

Apprendre par soi-même, à tout moment et de toutes les situations, toutes les personnes rencontrées disent avoir beaucoup appris au fil des années et surtout être capables de réinscrire ces apprentissages dans leurs conduites actuelles et à venir.

Et si les livres restent un puissant vecteur d'apprentissage, on perçoit également le rôle déterminant qu'a joué pour Yves, demandeur d'emploi, 44 ans, Internet alors qu'il venait de perdre sa maison dans un incendie et qu'il cherchait des conseils sur des forums de bricolage pour la reconstruire lui-même :

*« Moi je pense que j'ai été amené à m'intéresser à mon alimentation en cherchant des renseignements sur le net, sur le bricolage pour ma maison ! Je suis tombé par hasard sur un forum bio et j'ai été intéressé par ce que je découvrais. Et maintenant, c'est moi qui donne des conseils sur ce forum. Je pense qu'on apprend des autres et puis on apprend aux autres »*

Ce sont donc bien souvent des apprentissages fortuits ou du moins sans intention réelle et la plupart du temps issus des situations de la vie quotidienne (Brougère & Ulmann, 2009).

Pour autant, ce sont des savoirs que l'on partage bien volontiers avec les autres soit au travers de forums de discussions sur Internet soit également au quotidien avec ses proches ou ses collègues.

#### **4.4.2.3 Apprendre des autres**

Car dans cette entreprise, l'autre occupe une place importante et quand bien même il est courant d'apprendre seul, on apprend néanmoins dans le partage et souvent dans la confrontation avec les autres.

Et force est de constater que c'est le plus souvent avec ses pairs, bien plus qu'avec les professionnels de santé.

Internet à cet égard est devenu l'outil le plus investi pour partager ses connaissances mais également ses questionnements et la toile regorge de forums de discussion en rapport avec la santé.

Ainsi entre pairs, on mutualise les informations collectées et on partage son expérience comme nous l'explique Nathalie, consultante, 41 ans :

*« On voit bien quand il y a des gens qui font des blogs qu'ils sont des spécialistes et quel niveau d'expertise ils ont, on voit bien dans les forums de discussion que les gens cherchent des renseignements, que c'est du partage d'expérience et que c'est bien ça qu'on va chercher quand on va sur un forum. On veut tout et aussi des symptômes personnalisés avec des expériences dans des dispositifs de soin ou des expériences relationnelles »*

Et lorsque l'on est confronté à une question de santé, on ira bien volontiers en parler avec ses proches ou même ses collègues pour comprendre et bien souvent apprendre des autres et de leur expérience comme le rajoute Nathalie, consultante, 41 ans :

*« Les discussions avec votre entourage ? Alors les discussions ça va être soit des échanges d'expériences de santé. Quelle attitude adopter ? Comment il faut faire ? Par quel circuit ? Soit ça va être par rapport à des expériences. Je parlais des personnes qui ont des problèmes de santé mentale autour de nous. Je pense à une amie dont le mari est bipolaire. C'est des connaissances sur qu'est-ce que c'est être bipolaire ? Comment c'est géré au quotidien ? Comment c'est géré par des groupes de parole »*

L'expérience et le vécu des autres semblent déterminants. On s'appuie sur ses pairs et on apprend de leurs expériences tout autant que de ses propres expériences.

#### **4.4.2.4 Apprendre des situations**

Enfin, que l'on soit confronté ou non à la maladie, toutes les situations vécues représentent des occasions d'apprendre.

Et chaque épisode de maladie, chaque expérience de soin permet d'acquérir des nouvelles connaissances comme nous le confirme Paul, journaliste, 42 ans :

*« Il y a énormément de choses qui ont changé. Il y a 15 ou 20 ans, je me pensais en bonne santé donc indestructible donc il n'y avait pas lieu de faire attention à quoi que ce soit. On fait du sport parce que c'est fun et puis ... bon je pense que j'ai toujours fait plus ou moins attention à mon alimentation mais bon après ... Non, moi j'ai l'impression que j'arrive à faire moins de choses qu'avant. Je sens que je récupère moins vite et qu'il faut que je fasse plus attention. C'est un peu plus compliqué quand je fais un footing de partir aussi vite qu'avant mais non c'est l'expérience simplement. On apprend des choses et la somme des savoirs n'est pas la même »*

Ainsi, prendre soin de soi ou de ses proches ou simplement s'informer permet de construire un savoir singulier sur lequel il est possible de s'appuyer comme nous le précise Catherine, ingénieur, 42 ans :

*« Je me dis que les expériences personnelles, ce qu'on lit dans les journaux quand on s'informe, c'est ce qui vous permet de ne pas être démuni quand les choses arrivent. C'est pour éviter de vous dire quand quelque chose vous tombe sur la tête : qu'est-ce que c'est ce truc dont on me parle »*

Et l'on mesure bien en écoutant son témoignage l'importance que cela revêt pour elle :

*« Moi je suis contente de me renseigner, de lire, de voir comment je réagis pour pouvoir me soigner si besoin, aider le médecin aussi à me soigner s'il faut me soigner et décider aussi de ce que je veux faire de mon corps et de ma vie. Mais la connaissance de mon corps c'est moi qui le connais le mieux. Il n'y a pas de doute »*

Car il s'agit bien d'exercer un contrôle sur sa vie en prenant en main sa santé comme nous le confirme Solange, responsable achats, 50 ans :

*« Acteur, c'est un mot important pour moi. Je ne dis pas que c'est simple. Il y a des gens tout ce qu'ils vivent ils n'en tirent pas d'enseignements. Pour moi les expériences permettent d'en tirer des enseignements. Les expériences négatives sont aussi importantes que les positives. Ça permet de rebondir. Ce n'est pas des choses qu'on lit dans un livre. Il n'y a que la vie qui nous apprend. C'est tout ce qu'on vit dans notre vie »*

Et manifestement dans cet exercice de l'autonomie l'acte d'apprendre est central.

Pour reprendre les propos de Solange, ce serait donc dans cet apprentissage permanent dans « ce que nous apprend la vie », c'est-à-dire en adoptant une posture réflexive, en s'interrogeant sur ses propres comportements, en analysant les situations vécues et en s'appropriant ses expériences que l'on parviendrait au fil du temps à apprendre à gérer sa santé.

Et c'est un projet à la fois ambitieux et stratégique puisqu'il s'agit non seulement de savoir gérer son environnement mais également d'évaluer « *la pertinence de ses connaissances, de ses aptitudes cognitives et de ses stratégies comportementales* » (Bandura, 2003).

#### 4.4.3 Une approche tripolaire

Comme nous l'avons vu précédemment le processus d'autorégulation de la santé s'avère être d'une extrême complexité tant les facteurs qui contribuent à impacter les décisions prises à chaque instant par un individu pour sa santé sont nombreux.

De plus, le processus d'autorégulation se définit à la fois par son caractère singulier et imprévisible. Trajectoires de vie, croyances, représentations de la santé influencent à chaque instant les comportements de santé des individus tout autant que les environnements dans lesquels ils évoluent.

Néanmoins, nous savons également que la capacité à exercer une influence sur sa santé varie considérablement d'une personne à l'autre et l'objet de ce travail de recherche est d'essayer de comprendre comment se déploie ce pouvoir d'agir à l'échelle d'une vie.

Nous avons pu observer tout au long de cette étude les différentes facettes que revêt le processus d'autorégulation mais également ses limites.

Nous pouvons maintenant en nous appuyant sur les différents angles d'observation du phénomène que nous avons adoptés, tenter d'analyser plus en profondeur chaque dimension.

Tout d'abord, nous avons relevé que la propension des personnes à faire usage de leur autonomie dans le champ de la santé est à relier au rapport qu'elles entretiennent avec le corps médical et dépend plus précisément de leur degré **d'allégeance au médecin**.

Entre les individus qui n'hésitent pas à remettre systématiquement en question la parole du médecin et ceux qui se montrent fidèles, obéissants voire même soumis, on observe chez chaque individu un degré d'allégeance plus ou moins élevé.

De même, nous avons pu constater que l'exercice de cette autonomie en santé est à mettre en lien avec la vision plus ou moins fataliste qu'ont les individus de la maladie.

Entre les personnes qui pensent que les choses sont déterminées à l'avance et qui attribuent spontanément la survenance d'une maladie à une causalité externe et celles qui à l'inverse sont intimement convaincues qu'elles détiennent le pouvoir par leur propre comportement d'influer sur leur état de santé, on observe, en fonction des individus, une tendance plus ou moins importante à assimiler maladie et **fatalité**.

Enfin, nous venons de réaliser à quel point exercer un contrôle sur sa santé nécessite d'acquérir de nombreuses connaissances et de mobiliser des compétences extrêmement variées.

Ainsi certains individus saisissent chaque occasion pour apprendre et considèrent que l'acte d'apprendre doit accompagner leur vie quotidienne tandis que d'autres préfèrent se reposer sur le savoir détenu par les experts.

C'est donc également le rapport au savoir et à l'acte d'apprendre qu'interroge le processus d'autorégulation de la santé et force est de constater que cette attitude d'**apprenance** varie considérablement d'une personne à l'autre.

Ces trois angles d'observation représentent selon nous des dimensions qui pourraient constituer un modèle d'analyse et de compréhension des comportements de santé et donc nous éclairer sur le phénomène de l'autorégulation de la santé :

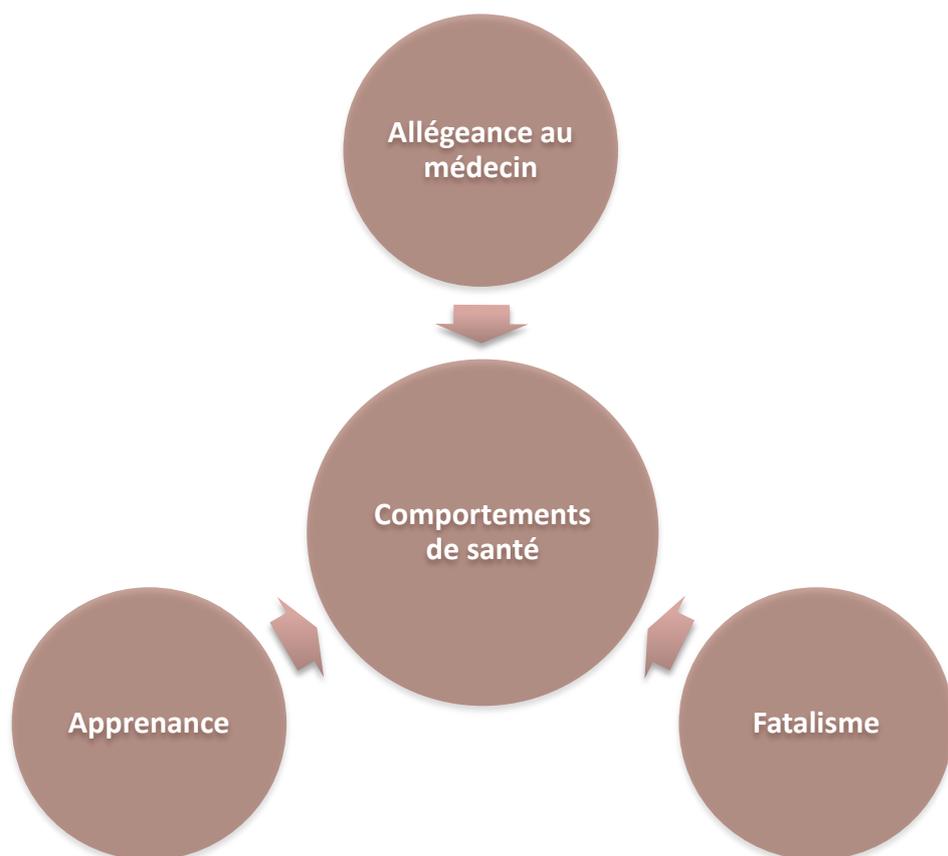
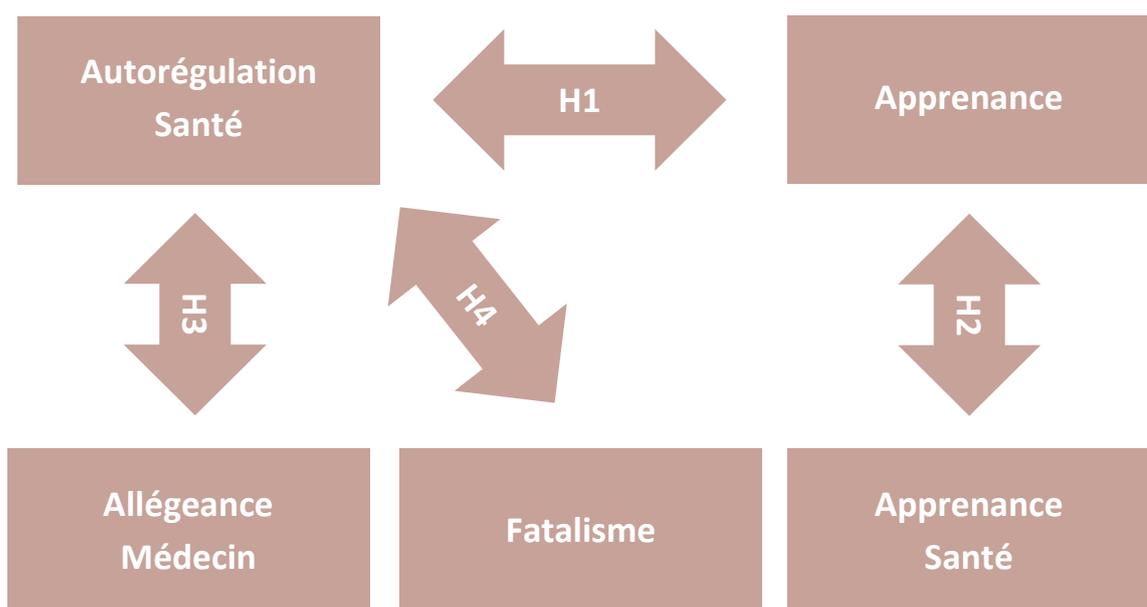


Figure 16 - Analyseurs de comportements de santé

## 4.5 Hypothèses de recherche

A ce stade de notre travail de recherche, nous sommes donc en mesure de formuler des hypothèses qui semblent prévaloir à l'issue de notre étude compréhensive :

- ✓ **Hypothèse 1 – H1** – Sachant que nous avons pu observer chez les individus qui s'impliquent dans la gestion de leur santé un rapport au savoir particulier, peut-on en déduire que **l'autorégulation de la santé est liée à l'apprenance ?**
- ✓ **Hypothèse 2 – H2** - Dès lors que l'on s'intéresse au rapport au savoir dans le domaine de la santé, il peut être intéressant de se demander si ce rapport au savoir spécifique est différent du rapport au savoir en général ou **s'il existe un lien entre apprenance et apprenance dans le domaine de la santé ?**
- ✓ **Hypothèse 3 – H3** - Nous avons pu observer que les individus entretiennent avec leur médecin un rapport différent selon les personnes entre insoumission et allégeance. Pour autant, **observe-t-on chez les individus qui ont un degré d'allégeance au médecin élevé une propension plus faible à s'autoréguler dans le domaine de la santé ?**
- ✓ **Hypothèse 4 – H4** - Certaines personnes semblent attribuer à une causalité externe tels le destin ou la fatalité, la survenance de maladies, tandis que d'autres pensent que ce sont leurs comportements qui déterminent leur état de santé. Croire que la santé échappe au contrôle de l'homme pourrait-il constituer un frein et **observe-t-on chez les personnes qui croient en la fatalité une propension plus faible à autoréguler leur santé ?**



C'est donc une étude à visée confirmatoire vers laquelle nous nous dirigeons maintenant pour tester ces différentes hypothèses sur une population plus importante.

## **Synthèse**

En faisant le choix de favoriser une approche biographique, nous voulions comprendre ce qui détermine les choix que font les individus dans le domaine de la santé et pour quelles raisons ils adoptent parfois des comportements spécifiques pour se maintenir en bonne santé.

Mais au-delà de cette question, nous souhaitons surtout appréhender la lecture qu'ils ont de cette démarche pour mettre en exergue les mécanismes du processus d'autorégulation tout en explorant les événements constitutifs de leurs parcours de vie.

Ce choix méthodologique, doté d'un fort pouvoir d'intelligibilité nous a permis d'identifier et de rendre plus explicites les articulations entre croyances, éléments biographiques et comportements de santé.

Notre étude compréhensive nous a ainsi conduit à identifier trois dimensions qui représentent selon nous un modèle d'analyse et de compréhension du phénomène.

Il s'agit tout d'abord du rapport qu'ils entretiennent avec médecin et de leur degré d'allégeance au médecin. Il est également question de la vision plus ou moins fataliste qu'ils ont de la maladie. Enfin dans ce modèle tripolaire, le rapport au savoir est interrogé ou plus exactement leur capacité à apprendre tout au long de leur vie, de chaque expérience et du monde qui les entoure.

## 5. ETUDE CONFIRMATOIRE

*« Voilà ce que nous pouvons affirmer et prouver, à propos de ce phénomène. Il ne nous est pas possible d'en dire plus, d'aller au-delà, parce qu'alors on se lancerait dans le maquis des spéculations aventureuses, sans doute passionnantes mais qui ne relèveraient pas du domaine de l'administration de la preuve »*

Porcher, 2013

Si nous avons privilégié jusqu'à présent une approche qualitative visant à mieux cerner le processus d'autorégulation, l'objectif de cette dernière enquête est de tester sur une population plus large les hypothèses que nous venons d'élaborer.

Nous souhaitons mettre en synergie les forces des deux types de méthodes que sont la méthode qualitative et la méthode quantitative, convaincus que cette approche ne peut qu'enrichir notre travail de recherche.

En effet, nous sommes parvenus à identifier un certain nombre de dimensions qui sont interrogées lorsque l'on étudie le phénomène de l'autorégulation dans le domaine de la santé.

Ce travail de validation passe tout d'abord par l'élaboration des différentes échelles qui serviront à mesurer sous forme de scores ces différentes dimensions. En effet, s'il existe une échelle pour mesurer l'attitude apprenante, il n'existe pas à l'heure actuelle d'échelles permettant de mesurer le degré d'allégeance au médecin, le fatalisme, l'agentivité dans le domaine de la santé et l'apprenance dans le domaine de la santé.

L'analyse statistique qui s'en suivra et plus particulièrement l'étude des corrélations entre ces différentes variables nous permettra dès lors d'identifier le degré de relation existant entre chacune d'entre elles.

Il nous sera ainsi possible de déterminer avec plus de justesse quelle est l'incidence de ces différentes dimensions sur une attitude agentive vis-à-vis de sa santé et d'avancer dans la compréhension du phénomène de l'autorégulation de la santé.

C'est donc cette dernière enquête confirmatoire que nous allons présenter dans cette partie ainsi que les résultats auxquels nous parvenons.

Pour éclairer le phénomène de l'autorégulation de la santé, nous avons jusqu'à présent privilégié une approche résolument qualitative en menant des entretiens biographiques, la dernière enquête vers laquelle nous nous dirigeons sera quant à elle quantitative.

Dans le domaine des sciences humaines et sociales, cette double perspective peut « *sembler au premier abord moins évidente* » (Las Vergnas, 2016) tant on observe habituellement soit des études basées sur des entretiens ou des récits de vie qui s'appuient sur des descriptions compréhensives soit des études construites sur des « *données numériques, psychométriques ou sociométriques dans lesquelles on pourra trouver des corrélations mathématiques* » (Las Vergnas, 2016).

Adopter une méthodologie hybride en tirant à la fois parti des aspects qualitatifs et quantitatifs nous permet de « *sortir d'une vision trop dichotomique de présumés oppositions entre études quantitatives et qualitatives, compréhensives ou hypothético-déductives* » (Las Vergnas, 2016).

Ainsi, à ce stade de notre travail, nous nous interrogeons sur l'incidence que peuvent avoir certaines dimensions telles que l'allégeance au médecin, la croyance plus ou moins grande en la fatalité ou encore le rapport au savoir sur le phénomène de l'autorégulation de la santé car nous pensons que ces dimensions pourraient nous éclairer sur les raisons pour lesquelles les individus s'impliquent plus ou moins activement dans la gestion de leur santé.

Ainsi nous avons formulé précédemment quatre hypothèses que nous souhaitons maintenant tester sur une population plus large.

Rappelons que nos hypothèses sont les suivantes :

- ✓ Hypothèse 1 – Existence d'un lien entre autorégulation de la santé et apprenance
- ✓ Hypothèse 2 – Existence d'un lien entre apprenance en général et apprenance dans le domaine de la santé
- ✓ Hypothèse 3 – Existence d'un lien entre allégeance au médecin et autorégulation dans le domaine de la santé
- ✓ Hypothèse 4 – Existence d'un lien entre fatalisme et autorégulation dans le domaine de la santé

Pour tester ces hypothèses, il nous faut maintenant déterminer à la fois un terrain et un type d'enquête puis construire des instruments de mesure qui nous permettront pour chaque individu d'évaluer sous forme de score chacune de ces dimensions.

## 5.1 Modalités d'administration du questionnaire

Notre choix s'est porté sur un questionnaire en ligne auto-administré. L'utilisation d'Internet permet d'interroger un grand nombre d'individus qui peuvent rapidement et facilement répondre.

De plus, les résultats étant actualisés en temps réel et les données traitées directement, cette méthode offre la possibilité de réajuster au fur et mesure des réponses notamment pour veiller à équilibrer notre échantillon en fonction des variables retenues que seront le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'études, la situation familiale et le lieu de résidence.

Pour rester en cohérence avec notre étude compréhensive qui était centrée sur le mitan de la vie, nous décidons de limiter notre enquête à cette même tranche d'âge. Ce sont donc uniquement des personnes âgées de 40 à 55 ans qui pourront répondre à notre questionnaire.

Dans un premier temps, notre questionnaire sera adressé aux 24 personnes qui ont participé à notre étude compréhensive puis dans un deuxième temps transmis par mail à une quarantaine de contacts de catégories socioprofessionnelles variées afin qu'il soit relayé auprès de leurs propres réseaux.

Cette méthode dite de « boule de neige » permet de recueillir en quelques semaines plusieurs centaines de réponses.

## 5.2 Objectif du questionnaire

L'objectif de ce questionnaire est donc de mesurer pour chaque personne :

- Son score d'allégeance au médecin
- Son score de fatalisme dans le domaine de la santé
- Son score d'apprenance
- Son score d'apprenance dans le domaine de la santé

Puis nous mesurerons également son score d'agentivité vis-à-vis de la santé puisque nous avons identifié cette dimension comme constitutive du processus d'autorégulation de la santé, dès lors qu'il s'agit d'identifier des comportements de santé d'individus désirant prendre une part active dans la gestion de leur santé et souhaitant agir par eux-mêmes et sur eux-mêmes (Andrieu, 2012).

Nous aurons ainsi, par le biais du traitement statistique des données ainsi recueillies et plus précisément par l'étude des coefficients de corrélation et de l'analyse factorielle des correspondances, la possibilité de déterminer dans quelle mesure ces différentes dimensions semblent liées entre elles.

### 5.3 Elaboration des échelles de mesure

En sciences humaines et sociales, les phénomènes que l'on étudie - surtout lorsqu'il s'agit d'étudier des comportements - ne possèdent malheureusement pas d'unités de mesure prédéfinies. Il convient donc d'élaborer des instruments de mesure sachant que la mesure est « *l'attribution de numéros aux choses, de façon à représenter des faits ou des conventions les concernant* » (Reuchlin & Piéron, 1975)

Dans la mesure où nous ne pouvons pas nous appuyer sur des échelles existantes, il importe maintenant de construire des échelles de mesure à la fois fiables et valides.

Mais dès lors que l'on entreprend de mesurer des attitudes, des dispositions et la perception qu'en ont les individus, il convient de préciser dans quel cadre s'inscrit notre analyse.

La psychométrie, qui est une technique de mesure fréquemment utilisée en psychologie et qui repose sur des techniques de validation et d'élaboration des mesures permet notamment de mesurer des performances intellectuelles et a ainsi contribué au développement de l'échelle métrique de l'intelligence ou à l'analyse des composantes de la personnalité.

C'est donc une science de la mesure qui requiert des procédures rigoureuses puisqu'elle vise à mesurer des caractéristiques intrinsèques à la personne.

Un autre cadre s'offre à nous lorsque l'on cherche à décrire sous forme de facteurs des corrélations entre différentes dimensions observées, celui des enquêtes sociologiques, Il ne s'agit en rien d'étudier ici des dispositions stables et indépendantes entre elles et l'objectif n'est pas d'atteindre en quelque sorte la « valeur vraie » d'un indice mais seulement de chercher des corrélations entre différentes facettes observées.

Notre travail n'a, en effet, pas pour ambition de mettre en place des outils qui permettraient de nous assurer d'une mesure fidèle des caractéristiques individuelles que nous aurions pu identifier à l'issue de notre étude compréhensive.

Les échelles de mesure utilisées seront des échelles de Likert, c'est-à-dire des échelles par lesquelles chaque personne interrogée exprime son degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis d'un énoncé.

Nous faisons le choix de privilégier des échelles paires offrant six choix de réponses qui iront de « *pas du tout d'accord* » à « *tout à fait d'accord* » ne possédant donc pas de niveau central et excluant ainsi la possibilité pour la personne de rester neutre.

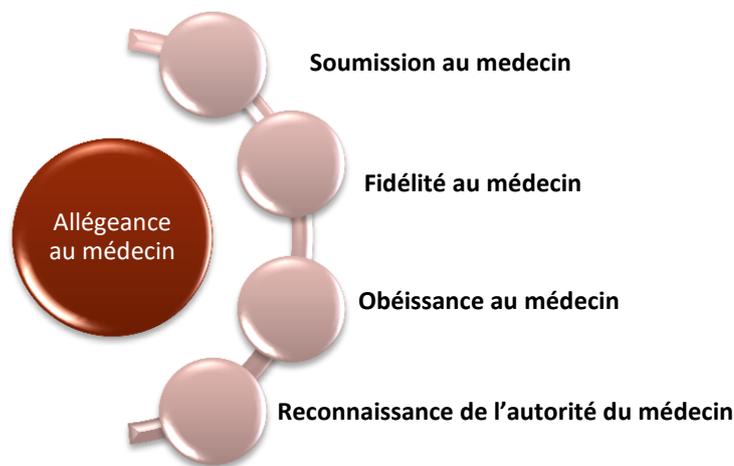
Puis prenant le parti d'exploiter de la façon la plus fidèle possible nos entretiens biographiques, nous reprendrons, en apportant le moins de modifications possibles, les verbatim pour rédiger nos différents énoncés.

Les modifications apportées consisteront principalement et conformément aux préconisations de DeVellis à veiller à ce que les énoncés soient orientés positivement (DeVellis, 2016).

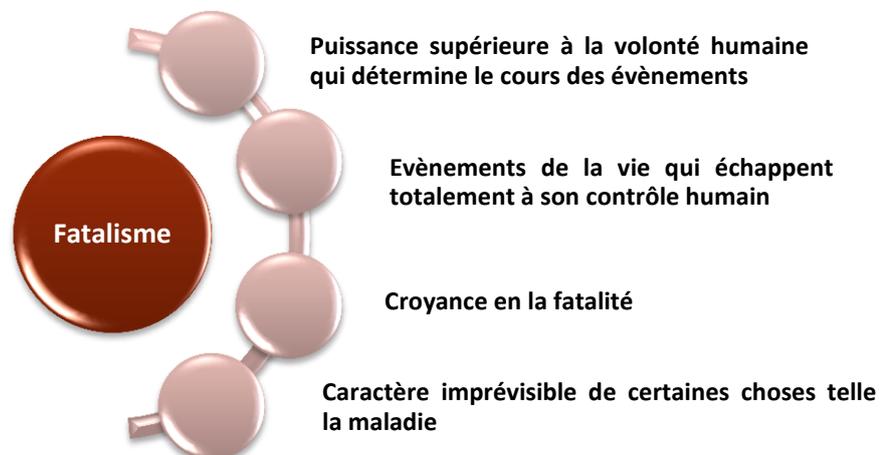
Nous veillerons également à utiliser des termes simples, sans ambiguïté ou double sens. Enfin chaque item sera le plus neutre possible afin de ne pas induire de réponse.

Les résultats de notre étude compréhensive nous ont permis de mettre en exergue un certain nombre de caractéristiques qui éclairent chacune de ces dimensions.

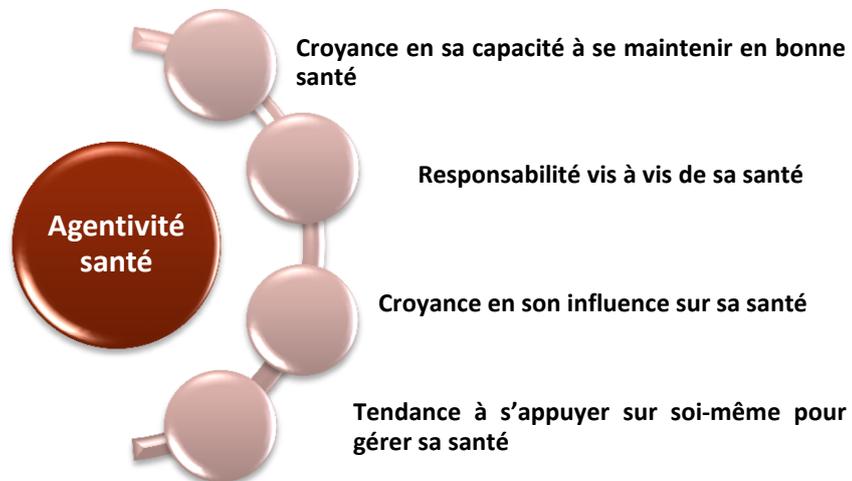
C'est ainsi que pour construire notre échelle autour de l'allégeance au médecin, nous retiendrons les caractéristiques suivantes qui ont émergées de nos entretiens :



Concernant l'échelle de mesure du fatalisme, nous reprendrons les aspects suivants :



Enfin notre échelle servant à mesurer l'agentivité dans le domaine de la santé s'appuiera sur ces différentes dimensions :



### 5.3.1 Test de validité faciale

La validité faciale permet de s'assurer que les items qui composent l'échelle correspondent bien au construit que nous souhaitons mesurer et « *présuppose l'existence d'un consensus sur la substance même du concept que la mesure doit capter, faute de quoi les résultats empiriques liés aux phases de validation divergeront. Dans un tel cas, l'appréciation de la fiabilité pose problème* » (Zaltman, Pinson, & Angelmar, 1973).

Afin de s'assurer de la validité faciale, nous avons réuni un groupe de neuf personnes composé de trois hommes et de six femmes âgés de 40 et 55 ans, tous issus de catégories socioprofessionnelles variées.

Un exemplaire du questionnaire ayant été remis à chaque personne, il leur est demandé de spécifier pour chaque item :

- ✓ S'ils sont gênés pour y répondre
- ✓ S'ils ressentent une quelconque difficulté dans la compréhension de l'énoncé

L'objectif est de s'assurer que chaque item est suffisamment clair dans sa formulation et illustre bien ce que nous souhaitons mesurer.

Chaque personne est ensuite invitée à faire état de ses observations et le groupe invité à débattre autour des remarques ainsi formulées.

A ce stade de notre travail, ce sont non pas six mais huit items qui seront proposés par dimension avec pour objectif de n'en conserver que six à l'issue du test de validité faciale afin de respecter le format de l'échelle de l'apprenance, elle-même constituée de six items.

Ce sont donc les observations recueillies lors de ce test qui nous permettront de valider les six items conservés pour chacune des dimensions.

Cette étape est donc extrêmement importante et un soin particulier est apporté à l'étude des remarques qui émanent du groupe de testeurs pour apporter les modifications ou les réajustements nécessaires.

Ainsi pour la dimension d'allégeance au médecin les huit items suivants sont proposés :

1. Quand je suis malade, seul le médecin peut m'aider
2. Pour ma santé, seul mon médecin est compétent
3. Je me sens incapable de faire des choix pour ma santé, c'est le rôle du médecin
4. Dès que je me sens malade, je vais voir mon médecin
5. J'ai une grande admiration pour les médecins
6. Si je ne maîtrise pas le sujet, je m'en remets au médecin
7. Mon médecin, c'est quelqu'un que je respecte
8. Je préfère ne pas savoir et me reposer sur mon médecin

Concernant le fatalisme dans le domaine de la santé, ce sont les huit items ci-dessous qui sont présentés :

1. Quoi que je fasse si je dois tomber malade, je tomberai malade
2. Etre en bonne santé, c'est une question de chance
3. La maladie reste une sorte de fatalité
4. Ce qui détermine mon état de santé m'échappe en grande partie
5. A tout moment, il peut m'arriver un grave souci de santé
6. La santé, c'est un peu la loterie
7. La maladie peut me frapper à tout moment
8. La maladie relève du destin

Enfin l'agentivité dans le domaine de la santé comportera les huit items suivants :

1. Ma santé dépend en grande partie de moi
2. Ma santé est affectée principalement par mon hygiène de vie
3. Je me sens capable de faire des choix pour ma santé
4. Si je suis en bonne santé, c'est grâce à moi
5. Je suis convaincu(e) que mon comportement conditionne ma santé
6. Ma santé, c'est ma responsabilité
7. C'est moi qui sais ce qui est bon pour ma santé
8. Je suis persuadé(e) que je peux agir sur ma santé

La construction de l'échelle d'apprenance dans le domaine de la santé est une adaptation de l'échelle d'apprenance (Jore, 2012) mise au point par l'équipe Apprenance du Département Sciences de l'Education de l'Université Paris Nanterre :

1. J'aime les études
2. J'ai tendance à saisir toutes les occasions d'apprendre
3. Je souhaite toujours avoir l'occasion de me former
4. Plus j'apprends, plus j'ai envie d'apprendre
5. Quand j'apprends je me sens bien
6. Quand j'apprends, je m'épanouis

L'exercice est donc différent puisqu'il s'agit de reprendre chacun des six items existants en spécifiant la thématique choisie.

Ici nous déclinerons chacun des items sur le thème de la santé en rajoutant « *sur les questions de santé* » :

1. J'aime étudier les questions de santé
2. J'ai tendance à saisir toutes les occasions d'apprendre sur les questions de santé
3. Je souhaite avoir toujours l'occasion de me former sur les questions de santé
4. Plus j'apprends sur les questions de santé, plus j'ai envie d'apprendre
5. Quand j'apprends sur les questions de santé, je me sens bien
6. Quand j'apprends sur les questions de santé, je m'épanouis

### 5.3.2 Echelle de mesure de l'allégeance au médecin

Plusieurs observations seront formulées par les personnes réunies lors du test de validité faciale. Elles seront débattues par le groupe et nous amèneront à apporter un certain nombre de modifications.

Ainsi l'item 1 - **Quand je suis malade, seul le médecin peut m'aider** soulève plusieurs remarques et sera remplacé par : **Quand je suis malade, c'est surtout mon médecin qui peut m'aider**. En effet, parler du médecin en général n'est pas suffisamment clair pour être en mesure de répondre correctement à la question. Par contre, il est beaucoup plus facile de répondre lorsque l'on fait référence à un médecin en particulier. Ici en l'occurrence ce sera le médecin habituel, le médecin traitant, celui qu'on connaît.

L'item 2 – **Pour ma santé, seul mon médecin est compétent** sera conservé sans apporter de modifications.

L'item 3 – **Je me sens incapable de faire des choix pour ma santé, c'est le rôle du médecin** sera également conservé.

L'item 4 – **Dès que je me sens malade, je vais voir le médecin** sera supprimé. Cet item n'exprime finalement pas de façon explicite une quelconque allégeance au médecin. On peut aller voir son médecin dès les premiers symptômes pour bien d'autres raisons et cela peut être plutôt l'expression d'une tendance à s'inquiéter rapidement comme en témoignent les personnes hypochondriaques.

L'item 5 – **J'ai une grande admiration pour les médecins** sera également supprimé car admirer une personne ne signifie pas pour autant se soumettre à son autorité.

L'item 6 – **Si je ne maîtrise pas le sujet, je m'en remets au médecin** sera conservé sans apporter de modifications.

L'item 7 – **Mon médecin, c'est quelqu'un que je respecte** soulève également des remarques car ce n'est pas tant la question du respect qui nous importe ici. D'ailleurs, une personne nous fait remarquer à juste titre qu'elle respecte tout le monde. Cet item sera donc retravaillé pour devenir **je me conforme à ce que préconisent les médecins**.

L'item 8 – **Je préfère ne pas me poser de questions et me reposer sur mon médecin** sera modifié car se reposer sur les médecins en général et se reposer sur mon médecin, celui que je connais n'a pas le même sens. Cet item sera remplacé par : **Je préfère ne pas me poser de questions et me reposer sur les médecins** car nous souhaitons évaluer ici le degré d'allégeance aux médecins au général et non plus le rapport à un médecin en particulier.

Nous retiendrons donc uniquement les six items suivants pour mesurer le degré d'allégeance au médecin :

1. Quand je suis malade, c'est surtout mon médecin qui peut m'aider
2. Pour ma santé, seul mon médecin est compétent
3. Je me sens incapable de faire des choix pour ma santé, c'est le rôle du médecin
4. Je me conforme à ce que préconisent les médecins
5. Si je ne maîtrise pas le sujet, je m'en remets au médecin
6. Je préfère ne pas me poser de questions et me reposer sur les médecins

### 5.3.3 Echelle de mesure de l'agentivité dans le domaine de la santé

Concernant la mesure de l'agentivité dans le domaine de la santé, quelques modifications seront également apportées.

L'item 1 - **Ma santé dépend en grande partie de moi** sera supprimé car l'énoncé ne fait pas uniquement référence au comportement individuel. On peut également comprendre qu'il s'agit par exemple du capital génétique. Ce n'est pas donc uniquement l'agentivité qui est mesurée ici.

L'item 2 - **Ma santé est affectée principalement par mon hygiène de vie** sera supprimé.

L'item 3 - **Je me sens capable de faire des choix pour ma santé** sera modifié par **Je suis capable de faire les bons choix pour ma santé** de façon à simplifier l'énoncé.

L'item 4 – **Si je suis en bonne santé, c'est grâce à moi** sera conservé sans apporter de modifications

L'item 5 - **Je suis convaincu(e) que mon comportement conditionne ma santé** sera simplifié et deviendra **Mon comportement conditionne ma santé**.

L'item 6 - **Ma santé, c'est ma responsabilité** sera conservé à l'identique.

L'item 7 - **C'est moi qui sais ce qui est bon pour ma santé** sera simplifié et deviendra **Je sais ce qui est bon pour ma santé**

L'item 8 - **Je suis persuadé(e) que je peux agir sur ma santé** sera conservé à l'identique.

Ce sont donc les six items suivants qui seront retenus pour mesurer le degré d'agentivité dans le domaine de la santé :

1. Je suis capable de faire les bons choix pour ma santé
2. Si je suis en bonne santé, c'est grâce à moi
3. Mon comportement conditionne ma santé
4. Ma santé, c'est ma responsabilité
5. Je sais ce qui est bon pour ma santé
6. Je suis persuadé(e) que je peux agir sur ma santé

#### 5.3.4 Echelle de mesure du fatalisme dans le domaine de la santé

Concernant la mesure du fatalisme, quelques modifications seront également apportées aux items proposés.

L'item 1 – **Quoi que je fasse si je dois tomber malade, je tomberai malade** sera conservé à l'identique

L'item 2 - **Etre en bonne santé, c'est une question de chance** sera également conservé.

L'item 3 – **La maladie reste une sorte de fatalité** sera conservé.

L'item 4 - **Ce qui détermine mon état de santé m'échappe en grande partie** soulève des réflexions. Qu'interroge-t-on ici ? Mon comportement ou mon savoir médical ? La formulation n'est pas assez explicite et cet item sera donc supprimé.

L'item 5 - **A tout moment, il peut m'arriver un grave souci de santé** sera conservé à l'identique.

L'item 6 - **La santé, c'est un peu la loterie** sera également conservé sans apporter de modifications.

L'item 7 - **La maladie peut me frapper à tout moment** sera conservé sans apporter de modification.

L'item 8 - **La maladie relève du destin** incite également à la réflexion autour de la notion de destin qui reste une notion difficile à identifier. Cet item sera donc supprimé.

Et ce sont donc les six items suivants qui seront retenus pour mesurer la croyance en la fatalité dans le domaine de la santé :

1. Quoi que je fasse, si je dois tomber malade, je tomberai malade
2. Etre en bonne santé, c'est une question de chance
3. A tout moment, il peut m'arriver un grave souci de santé
4. La maladie reste une sorte de fatalité
5. La santé, c'est un peu la loterie
6. La maladie peut me frapper à tout moment

### 5.3.5 Echelle de mesure de l'apprenance dans le domaine de la santé

C'est assurément l'échelle qui sera la plus difficile à construire tant les remarques faites lors du test de validité faciale sont nombreuses. Chaque item proposé suscite beaucoup de commentaires de la part de tous nos participants.

Rappelons que pour construire cette échelle, nous nous sommes contentés d'adapter l'échelle existante de l'apprenance (Jore, 2012).

Ainsi le premier item : **J'aime les études** initialement proposé pour l'échelle de l'apprenance a été transformé en **J'aime étudier** de façon à accoler **les questions de santé**. Les observations sont nombreuses tant la formulation n'est pas assez précise. De quoi parle-t-on au juste ? Entreprendre des études de médecine ? Se documenter sur des sujets en rapport avec la santé ? Chercher des informations sur la santé ? Chercher à comprendre ? Mais alors, cela ne veut pas dire forcément étudier mais plutôt se renseigner ou s'informer. Et cela ne traduit pas forcément un désir d'apprendre mais plutôt un désir de comprendre face à une situation qui pose problème ou qui interroge.

Le deuxième item **J'ai tendance à saisir toutes les occasions d'apprendre sur les questions de santé** soulève également des observations tant l'envie d'apprendre semble éloignée des questions de santé en général. On peut éprouver l'envie d'apprendre par exemple lorsque l'on est confronté à un problème de santé pour mieux contrôler la situation mais ici cet énoncé interroge l'envie d'apprendre en général sur les questions de santé.

Le troisième item **Je souhaite avoir toujours l'occasion de me former sur les questions de santé** interroge également les participants qui nous demandent en quoi cela consiste : se former sur la santé ? Apprendre ? Mais apprendre quoi ? Car se former cela concerne surtout les professionnels de santé.

Le quatrième item **Plus j'apprends sur les questions de santé, plus j'ai envie d'apprendre** provoque également des remarques. Encore une fois, la réponse dépendra en grande partie de l'objet d'apprentissage car parfois il vaut mieux ne pas trop en savoir. En effet, face à l'annonce d'une grave maladie, il n'est pas certain que ce que l'on trouvera comme informations donne l'envie d'en savoir encore plus sur ce sujet. Maintenant s'il s'agit d'apprendre les techniques de relaxation pour résoudre par exemple un problème d'insomnie, les choses seront considérablement différentes. Tout dépend du type de savoir et du contexte. L'expression « questions de santé » englobe trop de facettes différentes entre bien-être, maintien de la santé ou encore maladie.

Enfin les deux derniers items soulèvent la même observation. **Quand j'apprends sur les questions de santé, je me sens bien** et **Quand j'apprends sur les questions de santé, je m'épanouis** car ils font référence à une sensation de bien-être et d'épanouissement éprouvée lors d'un processus d'apprentissage.

Mais force est de constater que ces sensations ne vont pas forcément de pair avec le fait d'apprendre sur un sujet de santé qui peut à l'inverse se révéler stressant ou générer de l'inquiétude pour le sujet. Ainsi vouloir acquérir de nouvelles connaissances sur un sujet comme le cancer alors que je viens d'apprendre qu'un proche est atteint de cette maladie n'est pas du même ordre que d'apprendre à gérer son stress ou son alimentation. Il est donc important de préciser l'objet et le contexte d'apprentissage.

Conscients des faiblesses et des limites de cette échelle, nous prenons néanmoins le risque de la conserver en l'état car elle est adossée à celle de l'apprenance, ce qui nous laisse peu de latitude pour modifier chaque item de façon conséquente.

Ce sont donc les six items suivants qui seront proposés :

1. J'aime étudier les questions de santé
2. J'ai tendance à saisir toutes les occasions d'apprendre sur les questions de santé
3. Je souhaite avoir toujours l'occasion de me former sur les questions de santé
4. Plus j'apprends sur les questions de santé, plus j'ai envie d'apprendre
5. Quand j'apprends sur les questions de santé, je me sens bien
6. Quand j'apprends sur les questions de santé, je m'épanouis

#### **5.4 Elaboration de la structure du questionnaire**

Notre questionnaire sera donc composé des cinq échelles de mesure que nous avons précédemment présentées. Ce sont donc 30 items au total qui seront proposés.

Les énoncés seront volontairement mélangés de façon totalement aléatoire.

Puis ce sont les variables liées au sexe, à la situation familiale, au fait d'avoir ou non des enfants, à la profession, à l'âge, au niveau d'études et enfin au lieu de résidence qui devront être renseignées.

Enfin, nous faisons le choix de forcer les réponses en les rendant obligatoires.

La validation du questionnaire n'est possible que si l'intégralité des champs a été renseignée.

Ce questionnaire s'adresse aux personnes entre 40 et 55 ans

## Merci d'indiquer votre degré d'adhésion à chacune des affirmations suivantes

\*Obligatoire

**J'ai tendance à saisir toutes les occasions d'apprendre sur les questions de santé \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Quoi que je fasse, si je dois tomber malade, je tomberai malade \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Quand je suis malade, c'est surtout mon médecin qui peut m'aider \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Plus j'apprends, plus j'ai envie d'apprendre \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Etre en bonne santé, c'est une question de chance \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Je suis capable de faire les bons choix pour ma santé \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**A tout moment, il peut m'arriver un grave souci de santé \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Quand j'apprends, je me sens bien \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Si je suis en bonne santé, c'est grâce à moi \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Je me sens incapable de faire des choix pour ma santé, c'est le rôle du médecin \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**J'aime étudier les questions de santé \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Mon comportement conditionne ma santé \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Je me conforme à ce que préconisent les médecins \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Ma santé, c'est ma responsabilité \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Je souhaite avoir toujours l'occasion de me former \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Je préfère ne pas me poser de questions et me reposer sur les médecins \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**La maladie reste une sorte de fatalité \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Quand j'apprends sur les questions de santé, je m'épanouis \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**La santé, c'est un peu la loterie \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Si je ne maîtrise pas le sujet, je m'en remets au médecin \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Plus j'apprends sur les questions de santé, plus j'ai envie d'apprendre \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Je sais ce qui est bon pour ma santé \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Quand j'apprends sur les questions de santé, je me sens bien \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Pour ma santé, seul mon médecin est compétent \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Je souhaite avoir toujours l'occasion de me former sur les questions de santé \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Quand j'apprends, je m'épanouis \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Je suis persuadé(e) que je peux agir sur ma santé \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**J'aime les études \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**La maladie peut me frapper à tout moment \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**J'ai tendance à saisir toutes les occasions d'apprendre \***

1 2 3 4 5 6

Pas du tout d'accord       Tout à fait d'accord

**Vous êtes : \***

- Un homme
- Une femme

**Vous êtes : \***

- Célibataire
- En couple

**Vous avez des enfants \***

- Oui
- Non

**Votre profession : \***

- Agriculteur
- Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- Cadre ou profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Inactif ou sans emploi
- Retraité

**Vous avez : \***

- Entre 40 et 43 ans
- Entre 44 et 47 ans
- Entre 48 et 51 ans
- Entre 52 ans et 55 ans

**Votre niveau d'études : \***

- Sans diplôme
- CAP - BEP
- BAC
- BAC + 2
- BAC + 3
- BAC + 4
- BAC + 5 ou plus

**Vous vivez plutôt : \***

- En ville
- A la campagne

## 5.5 Recueil des données

Le questionnaire ayant commencé à être diffusé début janvier 2016, nous déciderons d'y mettre un terme début avril 2016 avec 451 participants à notre enquête.

En effet l'évolution des réponses obtenues laisse apparaître au fil des semaines une diminution du taux de participation assez significative. Le dernier pic observé, en date du 31 mars est artificiel puisqu'il correspond à une relance faite auprès d'une population moins diplômée. Nous avons en effet observé une nette surreprésentation des cadres et des personnes diplômées.

Rappelons à cet effet, que ce type d'enquête diffusée et administrée via Internet permet d'avoir accès aux données en temps réel, ce qui donne la possibilité de rééquilibrer l'échantillon en permanence.



Figure 17 - Evolution des réponses au questionnaire

Par ailleurs, concernant la taille de notre échantillon, nous partons du principe que « le nombre rond de 1000 n'a pas de valeur magique : il donne une bonne précision aux sondages nationaux. Une moindre précision est peut-être suffisante pour l'étudiant, le chercheur ou l'utilisateur aux moyens limités. L'expérience montre qu'avec une population d'environ 100 individus, il est possible d'avoir une description des grandes oppositions de la population observée » (Cibois, 1984)

## 5.6 Caractéristiques de la population étudiée

Compte-tenu du caractère dynamique d'Internet, il serait illusoire de penser qu'il est possible avec ce type d'enquête de prétendre atteindre une quelconque représentativité de notre échantillon.

L'échantillon « boule de neige » offre néanmoins la possibilité de réajuster autant que possible notre échantillon notamment par le biais du parrainage en visant des populations bien spécifiques.

C'est ainsi que, conscients du déséquilibre qu'il y avait concernant certaines variables, nous avons relancé nos réseaux, à plusieurs reprises, afin de favoriser la diffusion de notre questionnaire auprès d'individus moins représentés.

Si nous observons la variable sexe, nous obtenons la répartition suivante de notre échantillon :

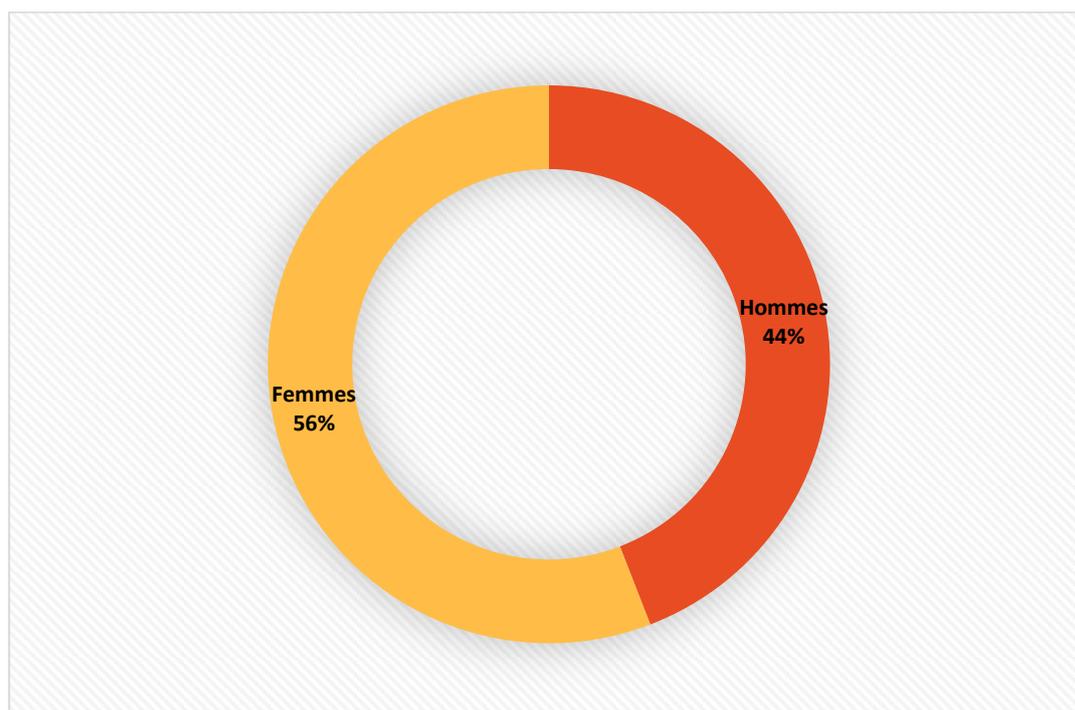


Figure 18 - Répartition de la population par sexe – Questionnaire Etude Confirmatoire

Et nous relevons une légère surreprésentation des femmes par rapport aux hommes notamment au regard des chiffres dont nous disposons qui émanent de l'INSEE suite au dernier recensement de la population française effectué en 2013 et qui font état de 49 % d'hommes et de 51 % de femmes pour la tranche d'âge comprise entre 40 et 54 ans.

### POP1A - Population par sexe et âge regroupé

	Hommes	Femmes	Ensemble
Moins de 3 ans	1 207 407	1 153 495	2 360 901
3 à 5 ans	1 244 951	1 190 362	2 435 313
6 à 10 ans	2 086 697	1 990 500	4 077 197
11 à 17 ans	2 880 870	2 745 688	5 626 558
18 à 24 ans	2 789 150	2 716 899	5 506 050
25 à 39 ans	6 022 437	6 184 425	12 206 862
40 à 54 ans	6 611 003	6 813 903	13 424 906
55 à 64 ans	4 007 154	4 291 935	8 299 090
65 à 79 ans	3 604 361	4 286 626	7 890 987
80 ans ou plus	1 289 531	2 447 361	3 736 892
Ensemble	31 743 561	33 821 195	65 564 756

Source : Insee, RP2013 exploitation principale.

Figure 19 - Répartition de la population française suite au recensement de 2013 - INSEE

Malgré plusieurs tentatives de rééquilibrage de notre échantillon, nous ne sommes parvenus à obtenir une participation plus importante des hommes à notre enquête.

Notre propos n'est pas ici de faire une quelconque interprétation de ce phénomène mais il convient tout de même de signaler que les femmes ont été beaucoup plus nombreuses à vouloir participer à toutes nos enquêtes par rapport aux hommes alors même qu'elles étaient proportionnellement moins sollicitées.

De même, notre échantillon est composé majoritairement de personnes en couple puisque les célibataires ne représentent que 23 % de notre échantillon :

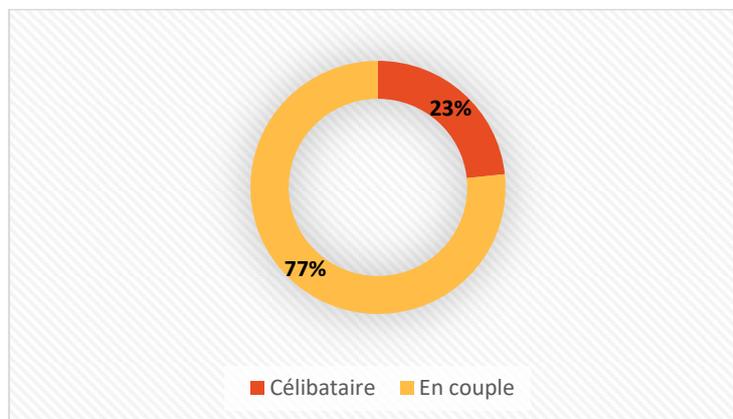
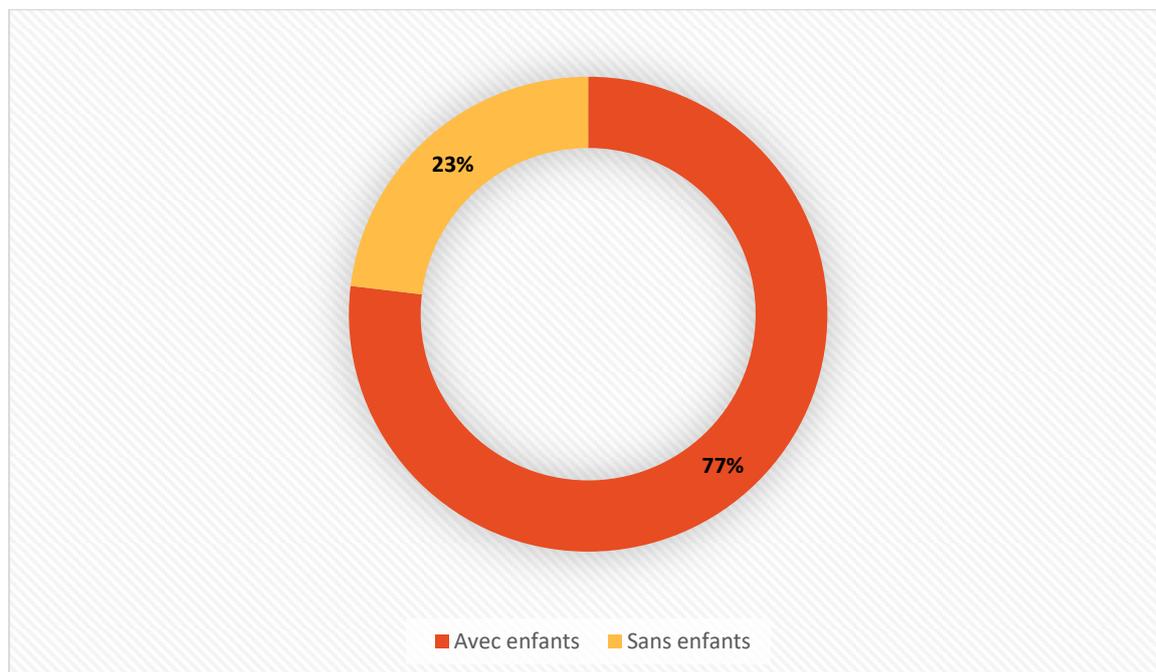


Figure 20 - Répartition de notre échantillon selon la situation familiale  
Questionnaire Etude Confirmatoire

De plus, ils sont 77 % à avoir des enfants :



**Figure 21 - Répartition de notre échantillon selon la situation familiale**  
Questionnaire Etude Confirmatoire

En ce qui concerne la catégorie socioprofessionnelle à laquelle ils appartiennent, nous obtenons la répartition suivante pour les personnes en activité :

Agriculteur exploitant	Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	Cadre ou profession intellectuelle supérieure	Profession intermédiaire	Employé	Ouvrier
2	30	238	57	56	20
0,4%	6,7%	52 %	13 %	13 %	4,4 %

**Figure 22 – Répartition de notre échantillon selon la CSP**  
Questionnaire Etude Confirmatoire

Et force est de constater que l'on observe une nette surreprésentation des cadres et des professions intellectuelles supérieures notamment au regard des chiffres dont dispose l'INSEE<sup>1</sup> sur la tranche d'âge comprise entre 40 et 54 ans :

<b>Agriculteur exploitant</b>	<b>Artisan, commerçant ou chef d'entreprise</b>	<b>Cadre ou profession intellectuelle supérieure</b>	<b>Profession intermédiaire</b>	<b>Employé</b>	<b>Ouvrier</b>
230 990	820 038	1 882 170	2 690 857	2 985 942	2 284 402
2%	8%	17%	25%	27%	21%

**Tableau 2 - Population active en 2013 - INSEE**

Conscients de ce déséquilibre, nous avons procédé à de multiples relances auprès des catégories socioprofessionnelles insuffisamment représentés, sans pour autant parvenir véritablement à rééquilibrer notre échantillon.

C'est la raison qui nous conduira lors du traitement statistique des données à analyser l'incidence de cette variable sur les scores obtenus. Nous aurons ainsi la confirmation qu'il n'existe pas de lien significatif entre cette variable et les autres dimensions étudiées.

Le niveau d'études se répartit, quant à lui, de la façon suivante :

Sans diplôme	<b>12</b>	2.7 %
CAP - BEP	<b>31</b>	6.9 %
BAC	<b>41</b>	9.1 %
BAC + 2	<b>51</b>	11.3 %
BAC + 3	<b>54</b>	12 %
BAC + 4	<b>56</b>	12.4 %
BAC + 5 ou plus	<b>202</b>	44.8 %

**Figure 23 - Répartition de notre échantillon par niveau d'études  
Questionnaire Etude Confirmatoire**

Nous nous sommes également rapprochés de l'INSEE pour obtenir des données chiffrées concernant la répartition de la population française en fonction du niveau d'études.

<sup>1</sup> Dernier recensement de la population française effectué en 2013

Les seuls chiffres, exprimés ci-dessous en pourcentage, dont cet institut dispose concernent la population de plus de 15 ans et correspondent également au dernier recensement de la population effectué en 2013 :

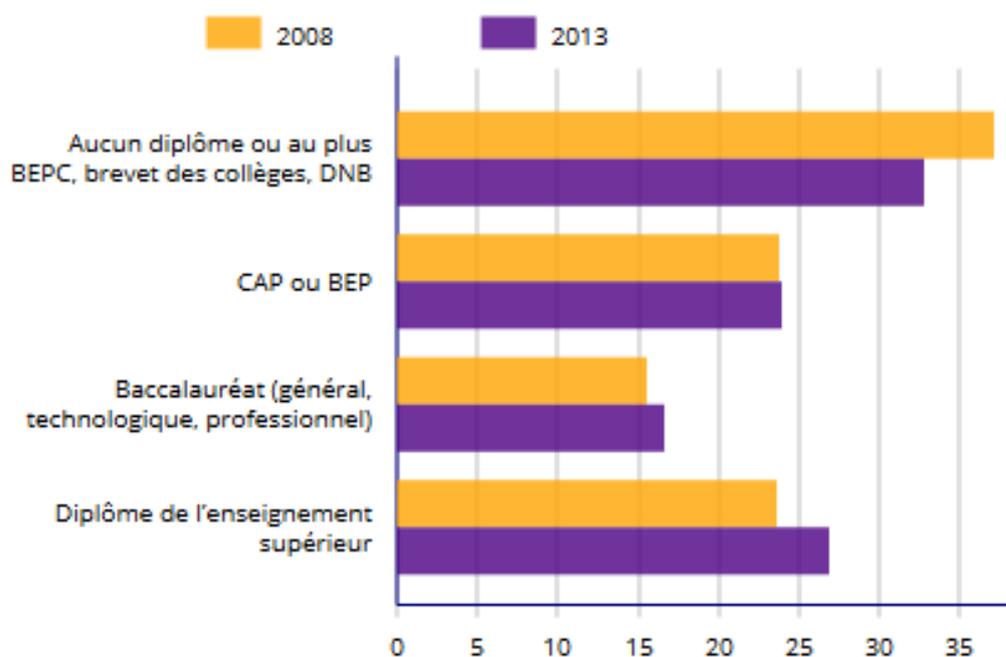


Figure 24 - Population non scolarisée de 15 ans ou plus par sexe, âge et diplôme- INSEE

Soucieux, également de prendre en compte le fait que notre échantillon n'est pas représentatif de la population française en termes de niveau d'étude, nous procéderons également lors du traitement statistique des données à une analyse de l'incidence de cette variable études et auront ainsi la confirmation que cette variable n'est corrélée à aucune des dimensions étudiées.

Nous avons également souhaité connaître le lieu de résidence qui se répartit de la façon suivante :

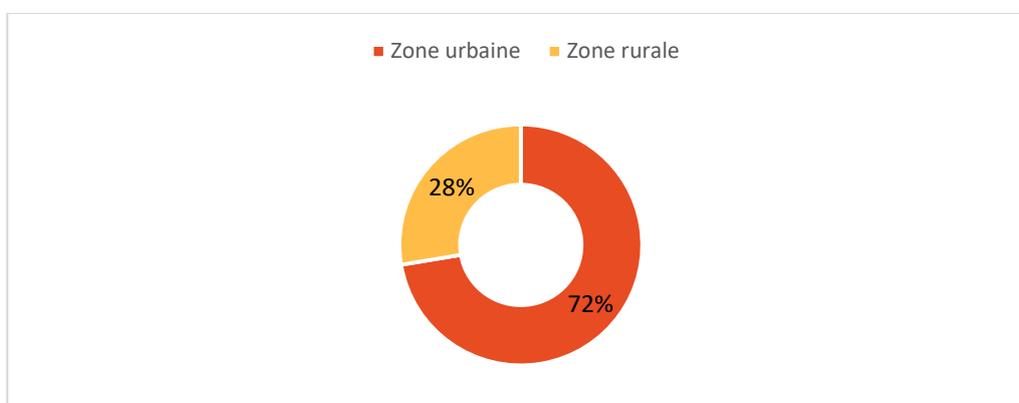
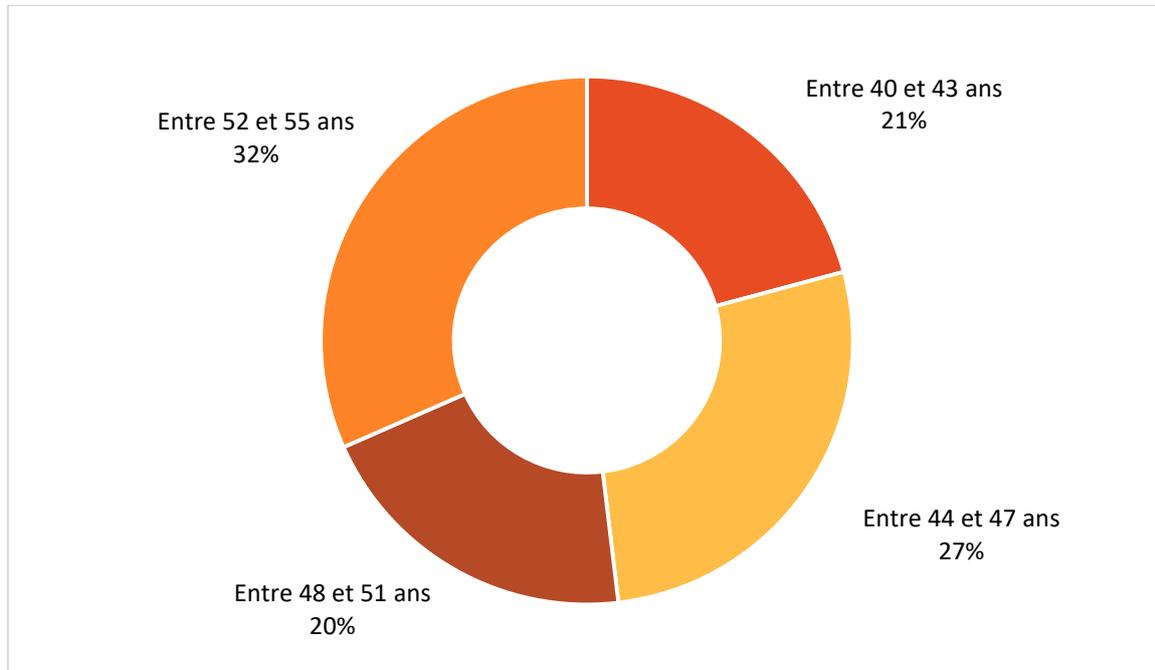


Figure 25 - Répartition de notre échantillon selon le lieu de résidence  
Questionnaire Etude Confirmatoire

Enfin, même si, rappelons-le, notre enquête se limite à une tranche d'âge bien précise, c'est-à-dire à celle comprise entre 40 et 55 ans, nous observons que les quatre sous-tranches d'âge suivantes sont relativement bien équilibrées dans leur répartition :



**Figure 26 - Répartition de notre échantillon selon la tranche d'âge**  
Questionnaire Etude Confirmatoire

## 5.7 Etapes du traitement

Une fois la totalité des données recueillies importée puis convertie au format Microsoft Excel, nous pourrions procéder au traitement statistique qui se déroulera en deux temps.

Ayant, tout d'abord, adressé notre questionnaire aux 24 personnes qui avaient participé à notre étude compréhensive, nous en ferons une première analyse avec pour objectif de croiser données qualitatives recueillies lors des entretiens biographiques et données quantitatives issues du questionnaire de notre étude confirmatoire.

Ce croisement d'approches méthodologiques sera illustré par quelques portraits.

Puis nous procéderons à l'analyse statistique des données issues des 451 questionnaires recueillis.

## 5.8 Portraits croisés

Pour chaque individu ayant participé à notre étude compréhensive, les scores obtenus aux différentes dimensions mesurées seront donc croisés avec les éléments les plus saillants recueillis lors des entretiens.

Il ne s'agit pas ici de faire le portrait des 24 personnes<sup>1</sup> interrogées mais juste d'illustrer la diversité des comportements et des croyances à partir de ces six profils plutôt contrastés :

- **Solange, 50 ans, responsable achats**, très impliquée dans la gestion de sa santé, mettant à profit chaque occasion pour apprendre et remettant en question le pouvoir exercé par certains médecins.
- **Yves, 44 ans, sans emploi**, peu préoccupé par sa santé et surtout très méfiant vis-à-vis des médecins qu'il suspecte d'être aux prises avec des intérêts financiers. Il saisit chaque occasion pour apprendre mais uniquement lorsque le sujet l'intéresse. Ainsi, il nous avoue ne pas souhaiter apprendre sur les questions de santé.
- **Albert, 48 ans, formateur**, intimement convaincu que c'est lui qui est à l'origine de son état de santé. C'est un autodidacte qui garde un très mauvais souvenir de toute sa scolarité mais il s'est découvert un goût prononcé pour les études au fil du temps. Il saisit désormais chaque occasion pour apprendre et aime à partager ses connaissances avec ses pairs.
- **Adèle, 54 ans, coiffeuse**, prend grand soin de sa santé en s'appuyant de façon inconditionnelle sur son médecin traitant. Elle est très sensibilisée par toutes les problématiques liées à la santé notamment du fait de ses antécédents familiaux.
- **Thierry, 46 ans, informaticien** souhaite avant tout être éclairé par les informations délivrées par son médecin sans pour autant vouloir s'y soumettre. Sportif et en bonne santé, il reconnaît ne pas trop se soucier de sa santé.
- **Lucie, 41 ans, architecte** considère avant tout que son organisme est conçu pour lutter contre les maladies. De ce fait, elle ne va jamais chez le médecin. Et après quelques expériences malheureuses avec le corps médical, elle semble s'en méfier beaucoup.

---

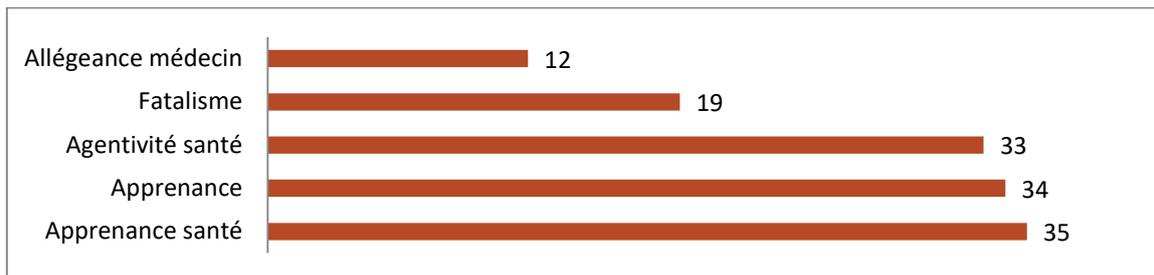
<sup>1</sup> Les prénoms ont tous été changés pour assurer la confidentialité des informations recueillies

### 5.8.1 Solange

*« Ma santé, c'est ma personne, j'ai le droit de savoir. Je suis convaincue que mon comportement conditionne ma santé »*

Solange a 50 ans. Elle vit seule en banlieue parisienne et travaille en tant que responsable achat. Tout au long de l'entretien, elle nous est apparue très impliquée dans la gestion de sa santé et surtout très critique vis-à-vis du corps médical.

Lorsque l'on observe les scores qu'elle obtient, on retrouve des scores très élevés<sup>1</sup> pour l'apprenance santé, l'apprenance en général et l'agentivité dans le domaine de la santé mais très faibles pour l'allégeance au médecin et pour le fatalisme.



Son désir d'apprendre de toutes les situations est probablement ce qui la caractérise le plus et c'est un aspect qu'elle a longuement développé au cours de l'entretien.

*« Ce n'est pas des choses qu'on lit dans un livre. Il n'y a que la vie qui nous apprend. C'est chercher, être curieux, aller sur des sites. On apprend toute sa vie. Si tant est qu'on soit un peu curieux. Il y a l'aspect d'ouverture sur les autres et ne pas se dire qu'on a forcément la science infuse et savoir se remettre en question. C'est comme ça qu'on évolue. On apprend des choses tous les jours »*

Elle refuse presque farouchement de s'en remettre aveuglément au médecin, préférant s'interroger, chercher des informations pour agir par elle-même.

*« Il va me faire une ordonnance mais je verrai si je ne peux pas gérer ça moi-même. Le premier réflexe c'est d'aller voir par moi-même. Aller chercher autre chose que ce que me propose le médecin. C'est hyper important car c'est ma personne et j'ai droit de savoir. Je vais subir dans une certaine mesure effectivement le traitement mais le mythe de la blouse blanche c'était valable il y a 50, 60 ou 70 ans. Aujourd'hui on peut être acteur de ce qu'on a et je pense qu'en comprenant en plus, ça peut aider. Aider à adopter la bonne attitude. Ça peut être complémentaire avec ce que vous propose un médecin »*

Et surtout, elle est intimement convaincue que ce qu'elle fait au quotidien se révèle efficace pour se maintenir en bonne santé.

*« Alors peut-être que je suis dotée d'une bonne santé mais je pense que le fait d'avoir un certain comportement .... Je pense que tout ce que je fais aujourd'hui peut avoir un effet sur mon état de santé et repousser peut-être certaines maladies, certains problèmes et apprendre à positiver aussi ce qui peut nous arriver car on n'est pas à l'abri de choses difficiles. Evidemment un cancer, on ne va pas s'amuser à se soigner comme ça »*

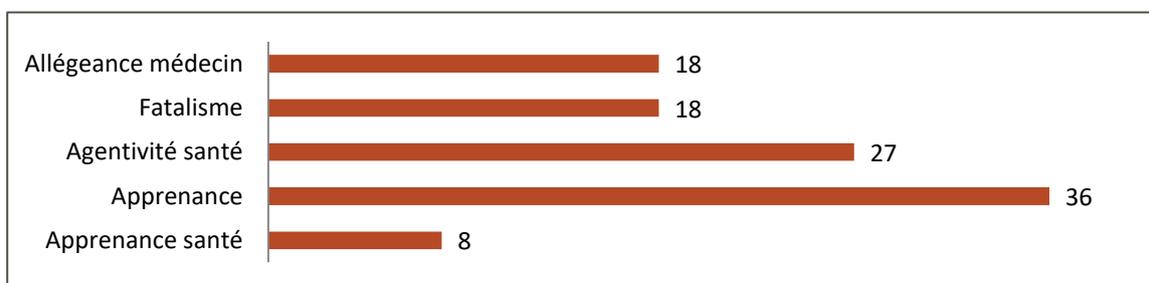
<sup>1</sup> Rappelons que les scores sont compris entre 6 (score minimum) et 36 (score maximum).

## 5.8.2 Yves

*« Ma santé, on ne peut pas dire que je m'en préoccupe beaucoup. Les médecins ? C'est une usine à fric »*

Yves a 44 ans. Il est marié et a 5 enfants. Lorsque nous le rencontrons il est en recherche d'emploi et vit dans une petite commune rurale de 900 habitants. Yves a vécu un drame qu'il évoque lors de l'entretien. Il a perdu la totalité de sa maison dans un grave incendie et depuis a entrepris de la reconstruire par lui-même.

Lorsque l'on observe les scores qu'il obtient, on est d'emblée surpris par le score très faible qu'il obtient dans le domaine de l'apprenance santé et le score très élevé pour l'apprenance. Nous avons souhaité en discuter avec lui et l'avons recontacté après l'enquête. L'explication qu'il en donne est simple. Autant apprendre en général est une chose essentielle pour lui, autant apprendre sur les sujets de santé ne l'intéresse absolument pas puisque la santé n'est pas du tout sa priorité.



Et lorsqu'il aborde sa relation au médecin, c'est finalement une grande méfiance qui prédomine :

*« C'est plutôt du respect et de l'admiration pour ces gens mais c'est perverti par le besoin de gagner plus. Mais ça s'est plutôt perverti par les laboratoires et puis c'est aussi une usine à fric et je me considère plus comme un client qu'un patient quand je vais chez ces gens-là donc oui mais avec des réserves »*

Par contre, Yves se décrit comme un apprenant permanent et d'ailleurs il nous explique longuement qu'il continue à apprendre chaque jour et que le fait d'avoir entrepris de reconstruire lui-même sa maison lui permet d'acquérir de nouvelles connaissances qu'il puise le plus souvent sur Internet et qu'il n'hésite pas à ensuite à partager avec ses pairs :

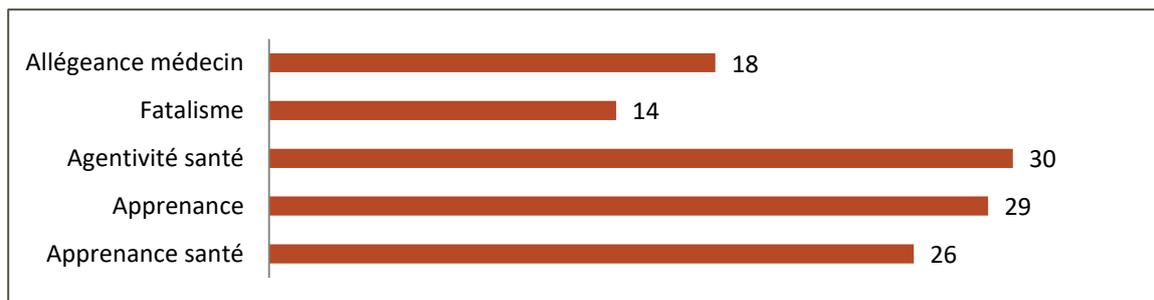
*« Je pense que j'ai été amené à m'intéresser au Bio en cherchant des renseignements sur Internet sur le bricolage. Je suis tombé sur un forum bio et j'ai absorbé tout ce qui se disait, tout ce que je lisais. Et d'ailleurs j'y suis toujours et je donne maintenant des conseils. J'y suis depuis un bon bout de temps. Donc en fait on apprend des autres et ensuite on apprend aux autres. On apprend les uns des autres »*

### 5.8.3 Albert

*« C'est nous qui nous déclenchons le cancer. Un truc dont je suis intimement convaincu, c'est qu'on se provoque ces maladies-là »*

Albert a 48 ans. Après avoir exercé pendant de nombreuses années en tant que sapeur-pompier, il est maintenant formateur. Il est marié et a un enfant. Titulaire seulement d'un brevet des collèges, il garde un très mauvais souvenir de toute sa scolarité mais nous parle longuement de sa soif d'apprendre et du plaisir

qu'il a maintenant à partager ses connaissances avec les autres.



Les scores qu'il obtient sont en cohérence avec ce que nous avons perçu lors de l'entretien. Il ne laisse aucune place à la fatalité, intimement convaincu que seul son comportement conditionne son état de santé :

*« C'est nous qui nous déclenchons le cancer. Un truc dont je suis intimement convaincu, c'est qu'on se provoque ces maladies-là, maladies auto-immunes, cancer, tout ça c'est nous qui les déclenchons donc voilà je me dis : moi je n'aurais pas ça »*

Il nous explique également comment confronté à des problèmes de santé, il a souhaité s'impliquer activement dans la gestion de sa santé :

*« En 1993 j'ambitionnais une carrière sportive et j'ai eu un claquage. Et fin de toutes mes ambitions de carrière et là j'ai commencé à côtoyer mon médecin habituel et j'ai vu qu'il ne me soignait pas. Je suis allé voir un kiné qui a eu un raisonnement beaucoup plus général et j'ai totalement adhéré à sa philosophie. Je me suis dit : Bien sûr que le corps humain fonctionne comme ça ! A ce moment-là, j'ai commencé à me documenter, à lire des choses qui traitaient des médecins parallèles. Et comme on n'arrivait pas à me soigner, je me suis orienté effectivement sur de l'acupuncture, la mésothérapie, la chromothérapie, l'ostéopathe. J'ai fait plein de trucs »*

Apprendre est une chose essentielle pour lui, même s'il déplore d'avoir si mal vécu sa scolarité, il semble n'avoir de cesse que d'acquérir de nouvelles connaissances désormais.

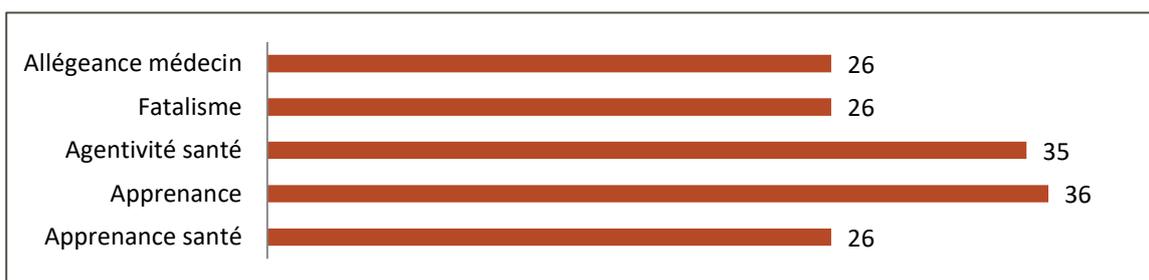
*« J'ai pris conscience de mes capacités intellectuelles à partir de ce moment-là. J'ai fait travailler mes neurones tout au long de ma carrière, en même temps que j'évoluais professionnellement. J'ai pris conscience de beaucoup de choses par le biais des livres, en écoutant d'autres personnes en allant sur des forums Internet, YouTube, etc. ... sur des gens qui interviennent dans des colloques. Mais surtout, surtout, surtout, le milieu de scolaire n'est pas aidant »*

#### 5.8.4 Adèle

« Mon médecin, elle me connaît bien. Elle me rassure parce que j'ai quand même peur de la maladie. Ce que j'attends d'elle ? Qu'elle m'écoute et qu'elle me dise si j'ai une maladie »

Adèle a 54 ans. Après avoir repris des études, elle vient d'obtenir un BEP de coiffeuse. Elle est mariée et a deux enfants. Elle vit en banlieue parisienne. Adèle nous explique qu'elle a été très tôt marquée par les problèmes de santé de ses parents d'origine italienne. Elle nous explique longuement tout ce qu'elle a mis en place pour se maintenir en bonne

santé notamment au niveau alimentaire et à quel point dans sa famille on s'alimentait de façon très déséquilibrée.



Le score qu'elle obtient en apprenance confirme ce que nous avons pu constater lors de l'entretien. Adèle, en reprenant des études à 52 ans nous a longuement parlé, avec fierté, de ce qu'elle a considéré comme un challenge :

« J'ai repris des études à 52 ans et j'ai fini à 53 ans et là c'était un challenge pour moi. Il y avait longtemps que j'avais envie de faire ces études. Vraiment c'était quelque chose qui me tenait vraiment à cœur »

Son score relativement élevé pour l'allégeance au médecin est également ressorti lors de l'entretien :

« Mon médecin, elle me connaît bien. Elle me rassure parce que j'ai quand même peur de la maladie. Ce que j'attends d'elle ? Qu'elle m'écoute et qu'elle me dise si j'ai une maladie. Si j'ai une question, je lui téléphonerai. Elle me répondra. Je suis allée deux ou trois fois sur Internet mais ça m'a tellement affolé que j'ai dit plus jamais. Ce n'est pas quelque chose pour moi, je préfère avoir le diagnostic de mon médecin »

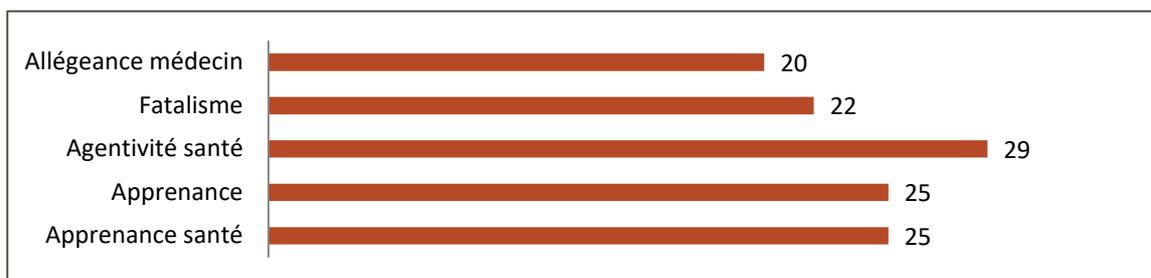
Et même si elle n'est pas totalement convaincue que son comportement suffise à se prémunir des maladies, elle essaie d'adopter une bonne hygiène de vie :

« La maladie, si on doit l'avoir, on l'aura mais on luttera beaucoup mieux contre la maladie. Je ne suis pas quelqu'un qui reste assise sur le canapé. J'essaie de me maintenir en bonne santé. Je pense que je fais le nécessaire pour me maintenir en bonne santé. J'essaie de faire attention à ma santé car ma mère a eu ce problème de cancer. Je suis d'origine italienne donc les plats sont plus riches. Quand j'ai connu mon mari on a voulu avoir une hygiène de vie différente par rapport aux parents. Mes parents ont manqué à cause de la guerre »

### 5.8.5 Thierry

« On peut écouter un avis médical et même le trouver éclairé sans pour autant s'y soumettre »

Thierry a 46 ans. Il est informaticien, vit en couple et a deux enfants. Lorsque nous le rencontrons il vit en province. C'est un sportif même s'il avoue ne pas être très rigoureux vis-à-vis de sa santé. Il considère la relation au médecin comme un partenariat et souhaite être informé sans vouloir pour autant se soumettre au médecin.



Le score qu'il obtient pour l'allégeance au médecin est en cohérence avec ce qu'il nous a expliqué lors de l'entretien. Il nous déclare avoir confiance en son médecin qu'il considère comme un partenaire. Et surtout ce qu'il attend de lui, c'est qu'on lui explique, qu'on lui donne des informations factuelles. Pour autant, il n'est pas dans la soumission et se montre très exigeant vis-à-vis du médecin qu'il ne considère pas comme tout puissant :

*« Je consulte mon médecin quand j'ai besoin. Par rapport à un problème quelconque, je peux aller le voir quand j'ai une question. Parfois il ne me donne pas du tout de médicament. Il me dit que ce n'est pas peine mais au moins j'ai son expertise. Bien sûr je ne mets pas au-dessus. Je ne remplace pas le médecin. C'est clair : les savoirs du médecin moi je ne les ai pas. On peut écouter un avis et même le trouver éclairé sans pour autant vous y soumettre. Par rapport au corps médical, oui je suis en confiance car j'apprécie la façon dont me parle mon médecin, ses explications. Je lui pose des questions et il m'apporte des réponses factuelles, techniques et il argumente et il y a toujours un raisonnement. Il ne me donne pas de réponses toutes faites. Il me propose un raisonnement par rapport à une problématique et ça me convient parfaitement et il admet ne pas savoir ou me dire : ça j'ai jamais vu ça. Donc oui je suis plutôt en confiance »*

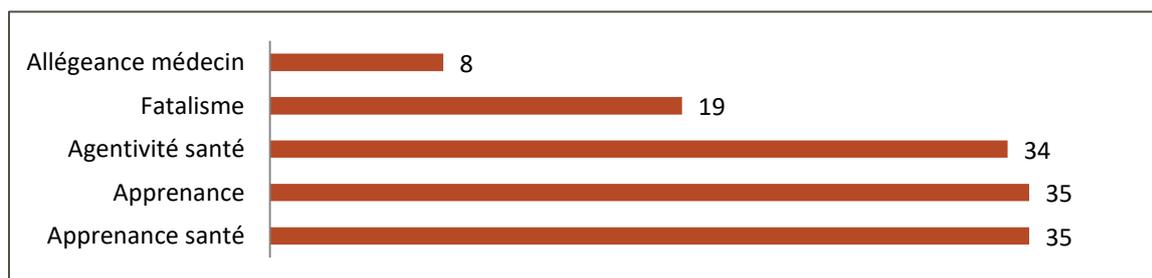
Pour autant, il avoue ne pas être suffisamment rigoureux vis-à-vis de santé :

*« Au quotidien, je ne fais rien pour rester en bonne santé à part une activité sportive. En même temps ce n'est pas une contrainte que je m'impose. Au niveau alimentaire, je ne fais rien. Je me fais plaisir. Oui bien sûr, c'est ma responsabilité dans la mesure où je ne me fais pas empoisonner comme pour le cheval dans la nourriture mais quand on est informé on fait des choix. On est informé et après on agit en conséquence »*

### 5.8.6 Lucie

*« Je considère que l'organisme est fait pour combattre. A moins d'être mourante, je ne me déplace jamais pour voir un médecin »*

Lucie a 41 ans. Elle est mariée et a 3 enfants. Après s'être consacrée à l'éducation de ses enfants et avoir vécu pendant plusieurs années en Californie, elle est rentrée en France récemment, a repris ses études et travaille maintenant en tant qu'architecte. Lorsque nous la rencontrons, elle vit à Paris dans le 16<sup>ème</sup> arrondissement et nous apprendrons au cours de l'entretien que son beau-père est médecin.



Le score qu'elle obtient pour l'allégeance au médecin est le plus bas de tous ceux que nous avons pu observer et force est de constater que durant l'entretien la question du rapport au médecin a été longuement évoquée par Lucie :

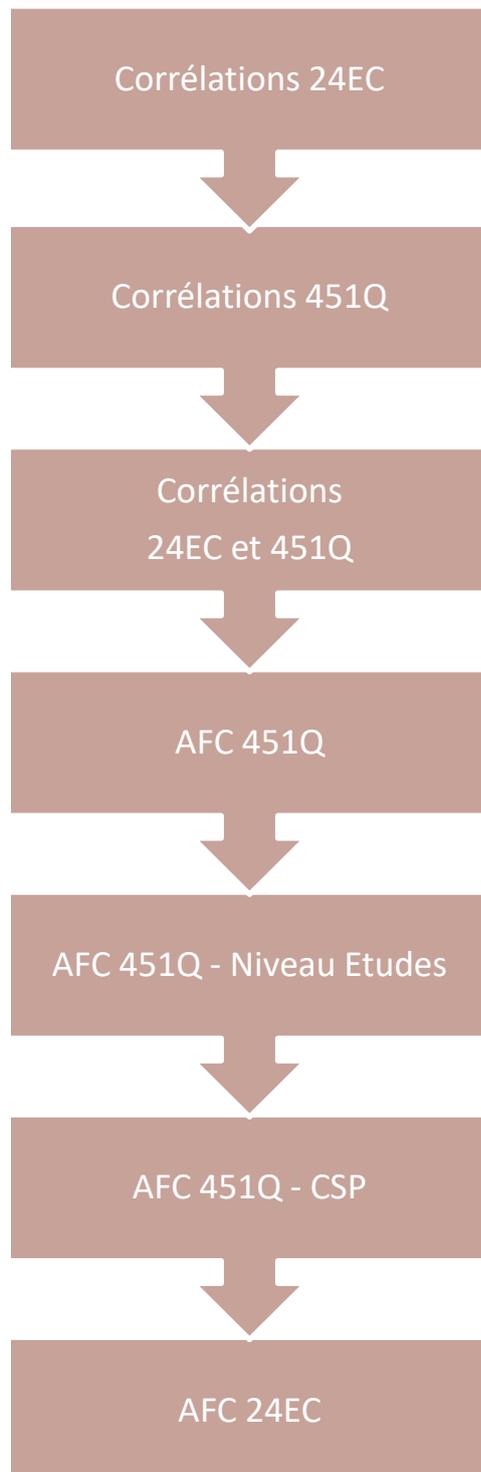
*« Je ne fais pas toujours confiance parce que j'ai eu des déceptions au niveau de leurs qualités professionnelles, qualités de diagnostics qui ont été très mauvaises. Chez nous c'est un peu compliqué le rapport au médecin et surtout le rapport de confiance au médecin. Disons que je pense que je ferai appel à un médecin si j'avais quelque chose d'un peu embêtant mais qui ne nécessite pas d'aller à l'hôpital dans l'immédiat je pense que j'appellerai un ou une amie qui a été personnellement concernée par le problème et qui a été correctement soigné(e) pour m'adresser à un médecin compétent, voilà »*

Et lorsqu'elle évoque ce qu'elle met en place au quotidien pour sa santé ou celle de ses proches, on s'aperçoit qu'elle a pris l'habitude au fil du temps de gérer seule les petits problèmes de santé. Elle insistera d'ailleurs sur le fait qu'elle ne va jamais voir le médecin ni pour elle ni pour ses enfants, sauf cas très exceptionnel :

*« Je me soigne beaucoup avec les huiles essentielles. Des trucs assez classiques car je ne considère pas avoir la connaissance et le savoir donc j'utilise des formules toutes faites qui sont vendues en pharmacie pour les petits rhumes. Des choses comme ça. Des choses qui sont faites aussi pour les décalages horaires. Et puis j'ai des bouquins qui ont été écrits par le même médecin sur les soins par les plantes, les huiles essentielles et quand j'ai un enfant qui a une gastro, je regarde ce qu'on peut lui donner d'autre que des pansements pour l'estomac »*

## 5.9 Traitement statistique des données du questionnaire

Nous utiliserons pour le traitement statistique de nos données, le logiciel R®. Ce programme d'analyse statistique qui fait référence notamment auprès de la communauté scientifique et universitaire permet de traiter des données afin de pouvoir y appliquer des tests statistiques et de présenter ces données graphiquement.



Une première analyse sera effectuée sur notre échantillon de 24 personnes (**24EC**) ayant participé à notre étude comprehensive pour observer les corrélations entre les différentes variables étudiées.

Cette même étude des corrélations sera ensuite réalisée sur notre échantillon composé des 451 personnes ayant participé au questionnaire de notre étude confirmatoire (**451Q**).

Ces deux analyses distinctes nous permettront de comparer les résultats respectifs obtenus et ainsi de situer notre échantillon de 24 personnes (**24EC**) par rapport à notre échantillon de 451 personnes (**451Q**).

Nous procéderons, ensuite, à une première analyse factorielle des correspondances sur notre échantillon constitué des 451 personnes (**451Q**) en intégrant uniquement les variables principales, c'est-à-dire les scores obtenus aux différentes dimensions étudiées ici.

Elle sera suivie par une deuxième analyse factorielle des correspondances sur ce même échantillon (**451Q**) mais en intégrant une variable supplémentaire : le niveau d'études.

Cette analyse sera complétée par une troisième analyse factorielle des correspondances sur ce même échantillon (**451Q**) en intégrant la variable catégorie socioprofessionnelle.

Une dernière l'analyse factorielle sera faite sur notre échantillon des 24 personnes (**24EC**) pour situer notre échantillon par rapport à celui de notre étude confirmatoire (**451Q**).

En vue d'être traitées, nos données seront tout d'abord importées sur le logiciel Excel puis codées de façon à les adapter au traitement statistique.

Rappelons que nous avons utilisé une échelle de Likert offrant six choix de réponses allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». Les réponses obtenues seront donc codées de 1 à 6 de façon à obtenir un score par variable compris entre 6 et 36, chaque dimension comportant six items.

La dernière étape consistera à calculer les barycentres, c'est-à-dire les centres de gravité par le calcul des moyennes obtenues pour chaque variable, en prenant soin de les intégrer en tant que lignes supplémentaires, lorsque nous réaliserons notamment nos analyses factorielles de correspondance afin qu'elles n'interviennent pas dans le calcul de l'inertie.

### 5.9.1 Etude des corrélations sur notre échantillon 24EC

C'est donc uniquement sur notre échantillon composé des 24 personnes ayant participé à notre étude compréhensive basée sur des entretiens biographiques que porte notre première étude des corrélations.

Etudier la ou les corrélations entre deux ou plusieurs variables consiste en l'étude de l'intensité de la liaison qui peut exister entre ces différentes variables.

La mesure de cette corrélation se fait alors par le calcul du coefficient de corrélation linéaire que l'on note  $r$ . Le coefficient de corrélation varie entre -1 et +1.

L'intensité de la relation sera donc d'autant plus forte que la valeur du coefficient sera proche de +1 ou de -1 et d'autant plus faible qu'elle sera proche de 0.

Pour autant, le fait que deux variables soit corrélées ne démontre pas qu'il y ait une relation de causalité entre chacune de ces variables.

Le tableau qui suit correspond à la matrice de corrélation entre les variables suivantes :

- Agentivité dans le domaine de la santé → AG
- Allégeance au médecin → AL
- Apprenance → AP
- Apprenance dans le domaine de la santé → APS
- Fatalisme → F

	AG	AL	AP	APS	F
AG	1	0.076 NS	0.405 *	0.519 **	-0.235 *
AL	0.076 NS	1	0.155 NS	0.109 NS	0.372 *
AP	0.405 *	0.155 NS	1	0.542 **	0.283 *
APS	0.519 **	0.109 NS	0.542 **	1	0.309 *
F	-0.235 *	0.372 *	0.283 *	0.309 *	1

Tableau 3 - Matrice de corrélation sur échantillon 24EC

Pour mesurer l'intensité de la relation entre les différentes dimensions mesurées, nous nous appuyerons sur les travaux de Briggs et Cheek qui considèrent que la relation devient significative lorsque  $r$  se situe entre 0.2 et 0.4 (Briggs & Cheek, 1986) et retiendrons ce qui est, par convention, admis, à savoir :

- ✓ La relation est parfaite si  $r = 1$
- ✓ La relation est **très forte (\*\*\*)** si  $r > 0.8$
- ✓ La relation est **forte (\*\*)** si  $r$  se situe entre 0.5 et 0.8
- ✓ La relation est d'intensité **moyenne (\*)** si  $r$  se situe entre 0.2 et 0.5
- ✓ La relation est **faible (NS)** si  $r$  se situe entre 0 et 0.2
- ✓ La relation est **nulle (NS)** si  $r = 0$

Ainsi, avec un coefficient de corrélation de 0.542, nous observons tout d'abord que **Apprenance** et **Apprenance santé** semblent montrer une relation relativement forte ainsi que **Agentivité** et **Apprenance santé** ( $r=.519$ ).

Dans une proportion moindre, on peut néanmoins remarquer une relation d'intensité moyenne entre **Agentivité** et **Apprenance** ( $r=.405$ ).

A l'inverse, on observe des coefficients de corrélation certes faibles mais négatifs entre **Fatalisme** et **Agentivité** ( $r=-.235$ ).

Rappelons qu'une corrélation positive signifie qu'à une augmentation d'une des deux variables correspond une augmentation de l'autre variable. Les variables varient donc dans le même sens et avec une intensité similaire.

A l'inverse, une corrélation négative signifie qu'à toute augmentation d'une des deux variables correspond une diminution de l'autre variable. Les deux variables varient donc dans deux sens opposés mais toujours avec une intensité similaire.

### 5.9.2 Etude des corrélations sur notre échantillon 451Q

Le même traitement statistique est ensuite effectué sur notre échantillon 451Q qui regroupe cette fois-ci les 451 personnes qui ont participé au questionnaire de notre étude confirmatoire et nous obtenons les résultats suivants :

	<b>AG</b>	<b>AL</b>	<b>AP</b>	<b>APS</b>	<b>F</b>
<b>AG</b>	1	-0.244 *	0.533 **	0.580 **	-0.289 *
<b>AL</b>	-0.244 *	1	-0.097 NS	-0.218 *	0.547 **
<b>AP</b>	0.533 **	-0.097 NS	1	0.601 **	-0.042 NS
<b>APS</b>	0.580 **	-0.218 *	0.601 **	1	-0.202 *
<b>F</b>	-0.289 *	0.547 **	-0.042 NS	-0.202 *	1

Tableau 4 - Matrice de corrélation sur échantillon 451Q

Nous observons que les coefficients de corrélation semblent montrer un lien relativement fort entre **Apprenance** et **Apprenance santé** ( $r=.601$ ) mais également entre **Agentivité** et **Apprenance santé** ( $r=.580$ ) et dans une proportion moindre entre **Agentivité** et **Apprenance** ( $r=.533$ )

A l'inverse, on note des coefficients de corrélation négatifs entre **Fatalisme** et **Agentivité** ( $r=-.289$ ) ainsi qu'entre **Agentivité** et **Allégeance** ( $r=-.244$ ) et dans une proportion moindre entre **Allégeance** et **Apprenance Santé** ( $r=-.218$ ) et entre **Fatalisme** et **Apprenance santé** ( $r=-.202$ ). Ces coefficients restent néanmoins faibles.

### 5.9.3 Comparaison des matrices de corrélation des deux échantillons 24EC et 451Q

Il peut être intéressant de comparer maintenant les deux matrices de corrélation ainsi obtenues à partir de nos deux échantillons.

C'est ainsi que nous obtenons :

	AG		AL		AP		APS		F	
	24EC	451Q	24EC	451Q	24EC	451Q	24EC	451Q	24EC	451Q
AG	1	1	0.076 NS	-0.244 *	0.405 *	0.533 **	0.519 **	0.580 **	-0.235 *	-0.289 *
AL	0.076 NS	-0.244 *	1	1	0.155 NS	-0.097 NS	0.109 NS	-0.218 *	0.372 *	0.547 **
AP	0.405 *	0.533 **	0.155 NS	-0.097 NS	1	1	0.542 **	0.601 **	0.283 *	-0.042 NS
APS	0.519 **	0.580 **	0.109 NS	-0.218 *	0.542 **	0.601 **	1	1	0.309 *	-0.202 *
F	-0.235 *	-0.289 *	0.372 *	0.547 **	0.283 *	-0.042 NS	0.309 *	-0.202 *	1	1

Tableau 5 - Comparaison matrices de corrélation échantillons 24EC et 451Q

Il est intéressant de relever que globalement les corrélations observées sur notre échantillon 24EC se sont maintenues voire amplifiées sur notre échantillon 451Q.

Les variations les plus importantes entre nos deux échantillons concernent essentiellement les variables allégeance et fatalisme qui corrélées positivement sur notre échantillon 24EC mais très faiblement sont maintenant toutes corrélées négativement sur notre échantillon 451Q.

Ainsi nous observons, les variations suivantes :

- Entre apprenance santé et fatalisme → 0.309 pour 24EC et - 0.202 pour 451Q
- Entre apprenance et fatalisme → 0.283 pour 24EC et - 0.042 pour 451Q
- Entre allégeance et agentivité → 0.076 pour 24EC et - 0.244 pour 451Q
- Entre allégeance et apprenance santé → 0.109 pour 24EC et - 0.218 pour 451Q
- Entre allégeance et apprenance → 0.155 pour 24EC et - 0.097 pour 451Q

#### 5.9.4 Analyses factorielles des correspondances sur échantillon 451Q

L'analyse factorielle des correspondances est une méthode d'analyse qui a été proposée en 1962 par Benzécri dans le but d'étudier des tableaux de contingences, c'est-à-dire des tableaux croisant les modalités de variables définies sur une population d'individus (Benzécri, 1973).

Dans notre cas, nous souhaitons croiser les individus ayant participé à notre enquête avec les scores qu'ils ont obtenus pour chacune des cinq dimensions étudiées :

	Score Allégeance	Score Fatalisme	Score Agentivité	Score Apprenance	Score Apprenance Santé
Individu 1	18	18	27	36	8
Individu 2	17	13	32	24	24
Individu 3	19	31	28	35	36
Individu 4	14	8	34	19	20
Individu 5	17	25	28	29	31
.....					

Tableau 6 - Tableau de contingence questionnaire confirmatoire sur échantillon 451Q

A partir des données figurant sur ce tableau de contingence, nous pourrions ainsi visualiser « les liaisons statistiques positives ou négatives » (Cibois, 2014) entre les différentes variables sous forme d'une représentation graphique grâce à la projection des données dans un espace de petite dimension.

Néanmoins, il convient de préciser que les méthodes factorielles « résument ou synthétisent les données et de ce fait engendrent une certaine perte d'information »

#### 5.9.4.1 Analyse factorielle des correspondances sur échantillon 451Q

Pour réaliser l'analyse factorielle des correspondances nous utiliserons le package FactoMineR qui se superpose au logiciel de traitement statistique R®. Une première analyse factorielle des correspondances est réalisée en intégrant le calcul de la moyenne obtenue sur l'ensemble de l'échantillon, pour chaque variable retenue.

Chaque variable a été codée de la façon suivante, au préalable :

##### **Items en rapport avec le fatalisme :**

- F1 - Quoi que je fasse, si je dois tomber malade, je tomberai malade
- F2 - Etre en bonne santé, c'est une question de chance
- F3 - A tout moment, il peut m'arriver un grave souci de santé
- F4 - La maladie reste une sorte de fatalité
- F5 - La santé, c'est un peu la loterie
- F6 - La maladie peut me frapper à tout moment

##### **FM – Moyenne des scores pour le fatalisme**

##### **Items en rapport avec l'allégeance au médecin :**

- AL1 - Quand je suis malade, c'est surtout mon médecin qui peut m'aider
- AL2 - Pour ma santé, seul mon médecin est compétent
- AL3 - Je me sens incapable de faire des choix pour ma santé, c'est le rôle du médecin
- AL4 - Je me conforme à ce que préconisent les médecins
- AL5 - Si je ne maîtrise pas le sujet, je m'en remets au médecin
- AL6 - Je préfère ne pas me poser de questions et me reposer sur les médecins

##### **ALM – Moyenne des scores pour l'allégeance au médecin**

##### **Items en rapport avec l'agentivité dans le domaine de la santé :**

- AG1 - Je suis capable de faire les bons choix pour ma santé
- AG2 – Si je suis en bonne santé, c'est grâce à moi
- AG3 – Mon comportement conditionne ma santé
- AG4 – Ma santé, c'est ma responsabilité
- AG5 – Je sais ce qui est bon pour ma santé
- AG6 - Je suis persuadé(e) que je peux agir sur ma santé

##### **AGM – Moyenne des scores pour l'agentivité dans le domaine de la santé**

##### **Items en rapport avec l'apprenance dans le domaine de la santé :**

- AS1 - J'aime étudier les questions de santé
- AS2 - J'ai tendance à saisir toutes les occasions d'apprendre sur les questions de santé
- AS3 - Je souhaite avoir toujours l'occasion de me former sur les questions de santé
- AS4 - Plus j'apprends sur les questions de santé, plus j'ai envie d'apprendre
- AS5 - Quand j'apprends sur les questions de santé, je me sens bien
- AS6 - Quand j'apprends sur les questions de santé, je m'épanouis

##### **ASM- Moyenne des scores pour l'apprenance dans le domaine de la santé**

##### **Items en rapport avec l'apprenance :**

- AP1 - J'aime les études
- AP2 - J'ai tendance à saisir toutes les occasions d'apprendre
- AP3 - Je souhaite avoir toujours l'occasion de me former
- AP4 - Plus j'apprends, plus j'ai envie d'apprendre
- AP5 - Quand j'apprends, je me sens bien
- AP6 - Quand j'apprends, je m'épanouis

##### **APM- Moyenne des scores pour l'apprenance**

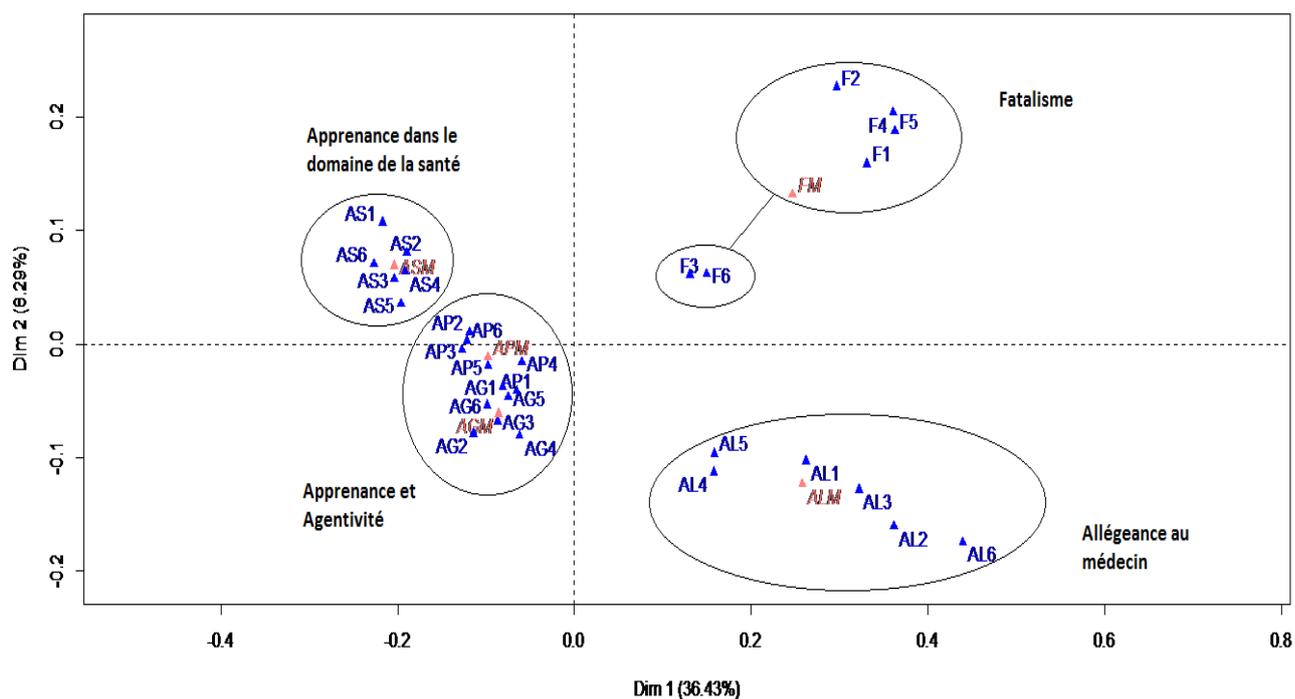


Figure 27 - Analyse factorielle des correspondances réalisée sur notre échantillon 451Q

### Interprétation des axes factoriels :

Pour l'interprétation d'un axe, on considère que les modalités qui se trouvent du même côté d'un axe factoriel « se ressemblent et sont en opposition aux modalités qui se trouvent de l'autre côté de cet axe factoriel » (Asselin de Beauville & Varin, 2015).

Ce type de représentation graphique nous permet donc de visualiser « quelles sont les variables et les modalités de variables qui sont fortement associées entre elles » mais également d'étudier « quelles sont celles qui s'opposent, autrement dit que les individus ne présentent que rarement ensemble » (Cibois, 2014).

**L'axe 1** - portant sur 36,43 % - oppose ainsi les dimensions Allégeance au médecin et Fatalisme aux dimensions Apprenance santé, Agentivité et Apprenance.

**L'axe 2** - portant sur 8,29 % - oppose dans une proportion bien moindre Fatalisme à Allégeance au médecin d'une part et Agentivité mais également Apprenance à Apprenance santé.

Le plan factoriel porte sur 44,72 % (36,43 % + 8,29 %) de l'inertie totale. Il est relativement satisfaisant puisqu'il restitue presque la moitié de l'information.

Ce que suggère cette représentation graphique des données, c'est-à-dire une forte proximité entre apprenance et agentivité dans le domaine de la santé, c'est que ces deux dimensions semblent liées, du moins en ce qui concerne notre échantillon portant sur 451 individus.

A l'inverse, il y aurait opposition entre d'un côté l'allégeance au médecin et de l'autre l'agentivité vis-à-vis de la santé, l'apprenance et l'apprenance santé.

Et l'on retrouve cette même opposition entre d'un côté le fatalisme et de l'autre l'agentivité vis-à-vis de la santé, l'apprenance et l'apprenance santé.

Enfin, lorsque l'on observe la répartition des items dans la sphère Fatalisme, on remarque que l'item **F3 : A tout moment, il peut m'arriver un grave souci de santé** et **F6 : La maladie peut me frapper à tout moment** sont un peu excentrés.

Mais ce qui nous semble le plus significatif reste la proximité très grande entre les dimensions apprenance (AP) et agentivité vis-à-vis de la santé (AG) alors même que la sphère apprenance dans le domaine de la santé se détache sensiblement de ce groupe. On remarque également la proximité entre la moyenne obtenue pour l'agentivité dans le domaine de la santé (AGM) ici en marron et la moyenne obtenue pour l'apprenance (APM) en marron également :

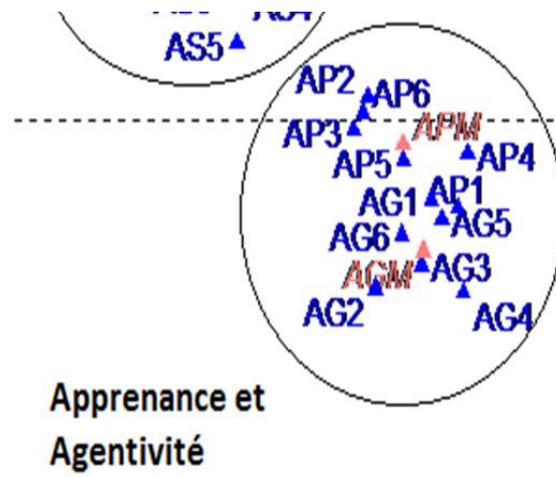


Figure 28 - Analyse factorielle des correspondances variables apprenance et d'agentivité

### 5.9.5 Éléments de réponses concernant nos hypothèses

A ce stade de notre analyse, nous sommes déjà en présence de quelques éléments de réponse concernant nos hypothèses qui rappellent les suivantes :

- ✓ **Hypothèse 1 – Lien entre autorégulation de la santé et apprenance**
- ✓ **Hypothèse 2 – Lien entre apprenance et apprenance dans le domaine de la santé**
- ✓ **Hypothèse 3 – Lien entre allégeance au médecin et autorégulation de la santé plus faible**
- ✓ **Hypothèse 4 – Lien entre fatalisme et autorégulation de la santé**

En effet, au vu des résultats de notre analyse factorielle des correspondances qui porte sur un échantillon, certes limité, de 451 personnes, ce qui impose une certaine prudence quant à la lecture et à l'interprétation que l'on peut en faire, il semblerait que les résultats de notre questionnaire nous apportent un certain éclairage.

Ainsi pour reprendre notre **hypothèse 1**, le fait que notre analyse factorielle des correspondances fasse apparaître une grande proximité entre les dimensions **apprenance** et **agentivité dans le domaine de la santé** semble confirmer le fait qu'il existerait bien un lien entre d'une part le fait d'autoréguler sa santé et le fait d'avoir un rapport au savoir particulier.

Ainsi un individu qui s'autorégule en se sentant à la fois responsable de sa santé et en s'impliquant activement dans sa gestion aura tendance à saisir chaque occasion pour apprendre.

Concernant notre **hypothèse 2**, à savoir s'il existe un lien entre apprenance et apprenance dans le domaine de la santé, l'analyse statistique des données nous interroge et pose, entre autre, la question de la fiabilité de notre outil de mesure.

Rappelons que nous avons émis des doutes lors de la passation des tests de validité faciale et nous étions conscients de la difficulté qu'il peut y avoir à construire une échelle thématique de l'apprenance tant les enjeux diffèrent entre « l'apprendre en général » et « l'apprendre sur les questions de santé ».

Il serait donc hasardeux de se contenter d'invalider notre hypothèse sous prétexte que les résultats tendent à démontrer un certain éloignement entre les dimensions apprenance et apprenance dans le domaine de la santé.

Nous avons donc préféré prendre le parti d'isoler cette dimension d'apprenance dans le domaine de la santé et avons procédé à une deuxième analyse factorielle des correspondances sans cette variable qui donne le résultat suivant :

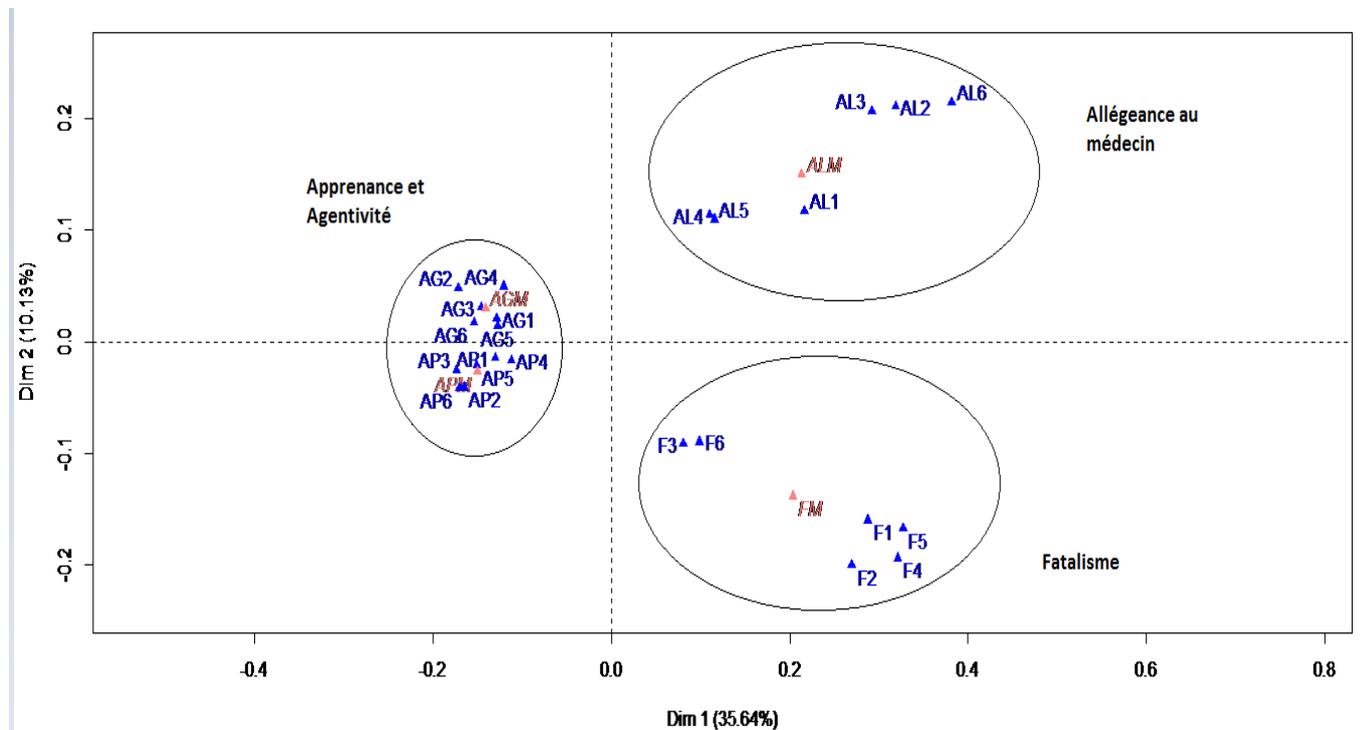


Figure 29 - Analyse factorielle des correspondances sans variable apprenance santé

Cette nouvelle analyse qui porte désormais sur 45,79 % de l'inertie totale modifie légèrement la configuration précédente en inversant notamment la position de l'allégeance au médecin et du fatalisme mais surtout elle confirme la proximité entre apprenance et agentivité dans le domaine de la santé.

C'est ce qui nous conforte quant à la validation de notre première hypothèse selon laquelle il existerait bien un lien entre autorégulation de la santé et apprenance.

Cette même analyse confirme également l'opposition entre agentivité dans le domaine de la santé et allégeance au médecin. Les deux dimensions sont clairement en opposition sur la représentation graphique.

C'est ce qui nous permet de valider notre **hypothèse 3** selon laquelle, un individu possédant un degré d'allégeance élevé aurait tendance à moins autoréguler sa santé.

Ainsi il semblerait qu'une personne soumise et obéissante vis-à-vis du médecin et lui reconnaissant une certaine autorité, aura moins confiance en sa capacité à se maintenir en bonne santé, se sentira de ce fait moins responsable vis-à-vis de sa santé et aura tendance à moins s'autoréguler en s'appuyant sur elle-même pour gérer sa santé.

Enfin, concernant notre **hypothèse 4** selon laquelle il existerait un lien entre fatalisme et autorégulation de la santé, l'analyse factorielle des correspondances est également très parlante puisque nous avons une vraie opposition entre d'une part l'agentivité dans le domaine de la santé et d'autre part le fatalisme.

C'est ce qui nous permet de penser que les individus qui ont tendance à croire qu'il existe une puissance supérieure à la volonté humaine qui détermine le cours des événements et qui pensent que leur santé est quelque chose qui échappe à leur contrôle seront de ce fait moins enclins à penser qu'ils peuvent exercer un contrôle sur leur santé, se sentiront moins responsables de leur santé et s'autoréguleront moins.

#### **5.9.6 Analyse complémentaire selon le niveau d'études de notre échantillon 451Q**

Conscients des faiblesses que présente notre échantillon en termes de représentativité de la population française, nous avons souhaité procéder à une analyse factorielle des correspondances supplémentaires en intégrant la variable niveau d'études.

En effet, quand bien même l'objet de notre travail de recherche ne porte pas sur le lien entre niveau d'études et autorégulation de la santé, nous avons néanmoins souhaité intégrer cette dimension pour observer le lien éventuel entre la variable niveau d'études et l'allégeance au médecin, le fatalisme et l'apprenance.

Ainsi, nous avons souhaité observer si par exemple une personne ayant un faible niveau d'étude aura tendance à se reposer davantage sur son médecin et par là même à moins autoréguler sa santé ?

Pour réaliser cette analyse, nous avons procédé au codage des différents niveaux d'études :

- ✓ Niveau CAP → MCAP
- ✓ Niveau BAC → MBAC
- ✓ Niveau BAC + 2 → MB+2
- ✓ Niveau BAC + 3 → MB+3
- ✓ Niveau BAC + 4 → MB+4
- ✓ Niveau BAC + 5 et supérieur → MB+5

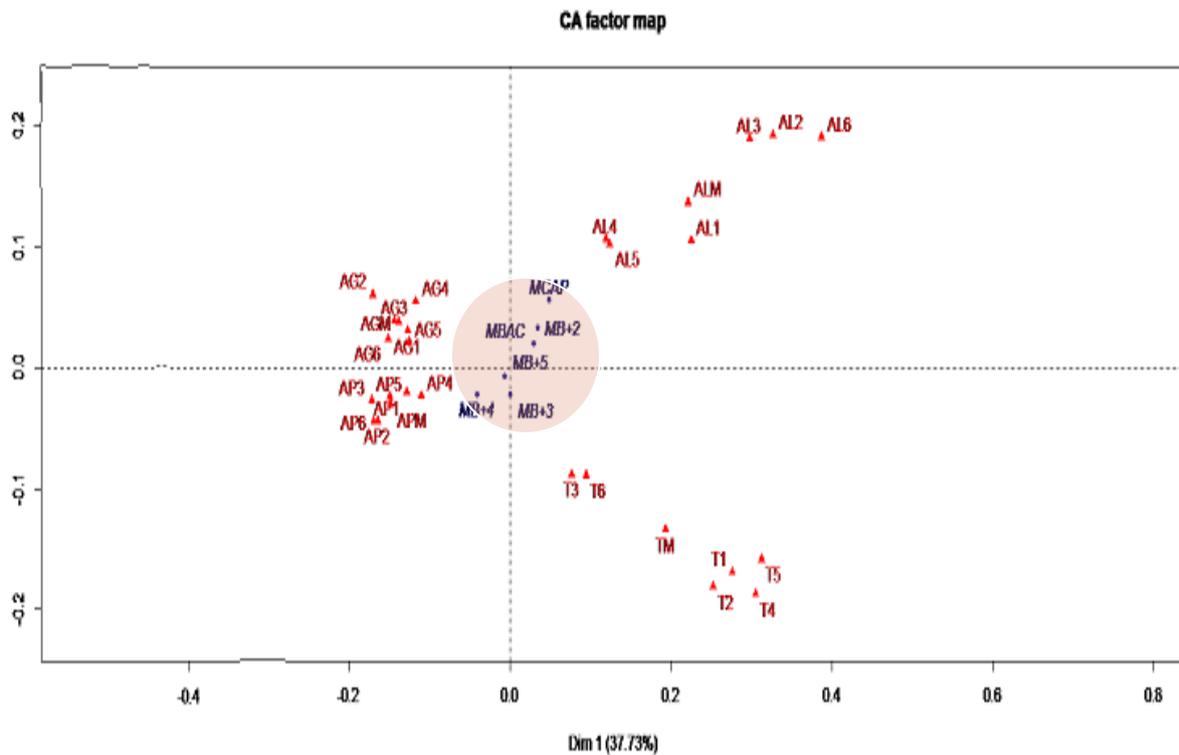


Figure 30 - Analyse factorielle des correspondances avec variable niveau d'études

La représentation graphique que nous obtenons, avec un positionnement quasiment central de tous les niveaux d'études nous permet de constater que cette variable n'est corrélée à aucune autre.

Certes on observe une proximité un peu plus grande entre l'allégeance au médecin et un niveau d'études plus faible mais il serait, pour autant risqué d'en tirer des conclusions sur un lien entre ces deux dimensions.

Nous pouvons donc en déduire que la variable niveau d'études n'influe pas de façon significative sur la façon dont les individus s'impliquent dans leur santé, ni sur leur croyance en la fatalité ou leur propension à saisir chaque occasion pour apprendre.

Quel que soit le niveau d'études, on retrouve des individus convaincus qu'ils sont en capacité de se maintenir en bonne santé ou à l'inverse persuadés que la maladie est totalement imprévisible et donc échappe totalement à leur contrôle.

### 5.9.7 Analyse complémentaire selon la CSP de notre échantillon 451Q

Nous avons également réalisé une analyse factorielle des correspondances supplémentaire en intégrant la variable catégorie socioprofessionnelle :

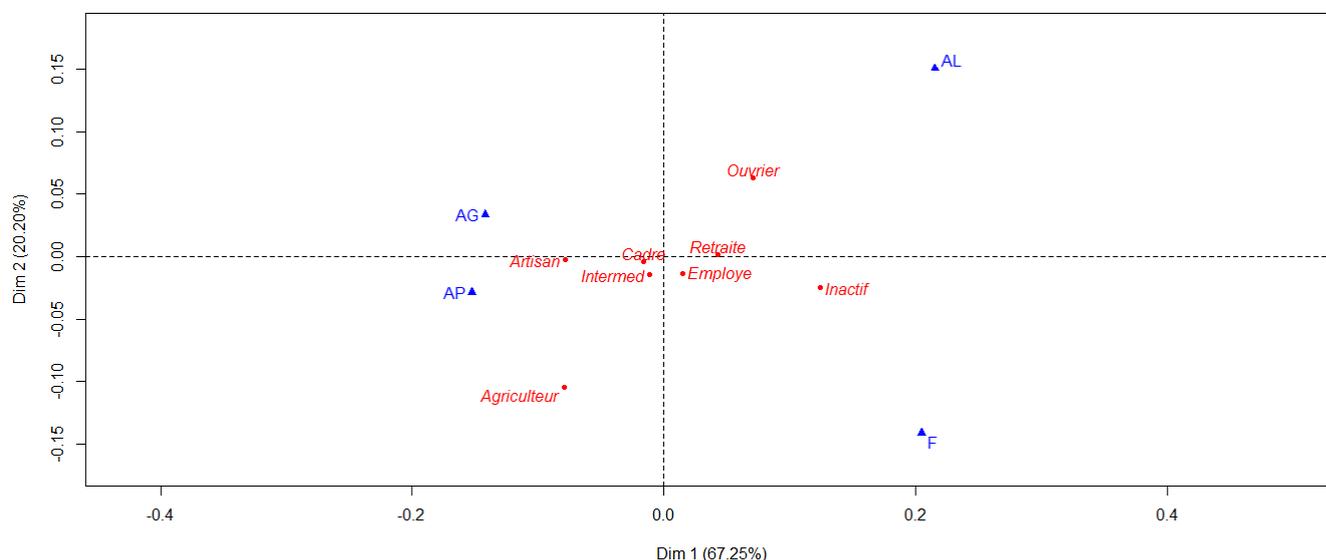


Figure 31 - Analyse factorielle des correspondances avec variable CSP

Et l'on observe un positionnement quasiment central des catégories ci-dessous :

- Cadre ou profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire
- Employé
- Retraité

C'est ce qui nous permet d'en déduire que ces catégories ne sont corrélées à aucune autre variable.

A l'inverse, certaines catégories socioprofessionnelles semblent se détacher du noyau central comme les agriculteurs.

Rappelons toutefois que notre échantillon ne permet pas de prendre en considération ce résultat puisque la catégorie agriculteurs exploitants ne correspond qu'à 0,4 % de notre échantillon avec seulement deux personnes représentées sur les 451 personnes que constitue notre échantillon.

Les ouvriers semblent également se rapprocher légèrement de la dimension d'allégeance au médecin, ce qui pourrait nous laisser penser que cette catégorie socioprofessionnelle est corrélée à la variable allégeance au médecin.

Nous avons donc souhaité comparer les scores moyens obtenus par chacune des catégories socioprofessionnelles pour la variable allégeance au médecin et le tableau ci-dessous nous permet d'observer que la différence reste néanmoins minimale :

<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>	<b>Score moyen obtenu pour l'allégeance au médecin</b>
Agriculteur ou exploitant	Score de 9 sur 36 <i>Ce chiffre ne porte que sur deux individus</i>
Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	Score de 16 sur 36
Cadre ou profession intellectuelle supérieure	Score de 18 sur 36
Profession intermédiaire	Score de 17 sur 36
Employé	Score de 18 sur 36
Ouvrier	Score de 21 sur 36
Inactif ou sans emploi	Score de 20 sur 36
Retraité	Score de 20 sur 36

**Figure 32 - Moyenne scores obtenus variable allégeance au médecin selon CSP  
Questionnaire sur échantillon 451Q**

Certes les ouvriers sont la catégorie socioprofessionnelle qui obtient le score moyen le plus élevé pour l'allégeance au médecin. Il pourrait être intéressant de mener une étude plus approfondie à partir d'un échantillon plus important et peut être de comparer cette catégorie socioprofessionnelle avec celle notamment des artisans, commerçants ou chefs d'entreprise qui obtiennent quant à eux le score moyen le plus faible pour l'allégeance au médecin.

Toutefois, à partir des données dont nous disposons, il nous est impossible d'aller plus loin dans notre interprétation du phénomène observé.

De même, on peut s'interroger sur une éventuelle corrélation entre la catégorie socioprofessionnelle composée des inactifs ou sans emploi et les variables d'allégeance au médecin et de fatalisme. Là encore, cette catégorie ne représente que 20 individus soit seulement 4,4 % de notre échantillon, ce qui incite également à la prudence dans l'interprétation que nous pouvons en faire. Il est impossible de savoir s'il existe réellement un lien entre ces deux variables à partir d'observations portant sur si peu d'individus.

Pour autant, nous avons également souhaité comparer les scores obtenus par les différentes catégories socioprofessionnelles dans le domaine du fatalisme et le tableau ci-dessous nous permet également d'observer que la différence entre les différentes catégories reste peu importante, allant de 18 – si l'on exclut les agriculteurs - à 24 pour les inactifs ou sans emploi :

<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>	<b>Score moyen obtenu pour le fatalisme</b>
Agriculteur ou exploitant	Score de 16 sur 36 <i>Ce chiffre ne porte que sur deux individus</i>
Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	Score de 18 sur 36
Cadre ou profession intellectuelle supérieure	Score de 20 sur 36
Profession intermédiaire	Score de 20 sur 36
Employé	Score de 21 sur 36
Ouvrier	Score de 20 sur 36
Inactif ou sans emploi	Score de 24 sur 36
Retraité	Score de 22 sur 36

**Tableau 7 – Scores moyens variable fatalisme selon CSP sur échantillon 451Q  
Questionnaire étude confirmatoire**

Enfin, la dernière observation que nous pouvons faire concerne la catégorie « Artisan, commerçant ou chef d'entreprise » qui semble se rapprocher légèrement des dimensions apprenance et agentivité.

Cette catégorie représente 30 individus soit 6,7 % de notre échantillon.

Il semble également difficile de conclure qu'il existe une corrélation entre ces dimensions car si nous comparons les scores réalisés par les différentes catégories socioprofessionnelles dans le domaine de l'apprenance et de l'agentivité, nous obtenons le tableau suivant avec des scores qui restent très proches et qui nous incitent à relativiser le phénomène observé ici :

<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>	<b>Score moyen obtenu pour l'agentivité</b>	<b>Score moyen obtenu pour l'apprenance</b>
Agriculteur ou exploitant	Score de 23 sur 36 <i>Ce chiffre ne porte que sur deux individus</i>	Score de 19 sur 36
Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	Score de 28 sur 36	Score de 29 sur 36
Cadre ou profession intellectuelle supérieure	Score de 27 sur 36	Score de 29 sur 36
Profession intermédiaire	Score de 27 sur 36	Score de 27 sur 36
Employé	Score de 27 sur 36	Score de 27 sur 36
Ouvrier	Score de 27 sur 36	Score de 24 sur 36
Inactif ou sans emploi	Score de 25 sur 36	Score de 24 sur 36
Retraité	Score de 27 sur 36	Score de 28 sur 36

**Tableau 8 - Scores moyens variables agentivité et apprenance selon la CSP sur échantillon 451Q**  
Questionnaire étude confirmatoire

### 5.9.8 Analyse factorielle des correspondances sur échantillon 24EC

Enfin, avant de conclure notre travail, nous avons souhaité procéder à une dernière analyse factorielle des correspondances, cette fois-ci réalisée à partir de notre échantillon 24EC qui correspond aux personnes qui ont participé à notre étude compréhensive :

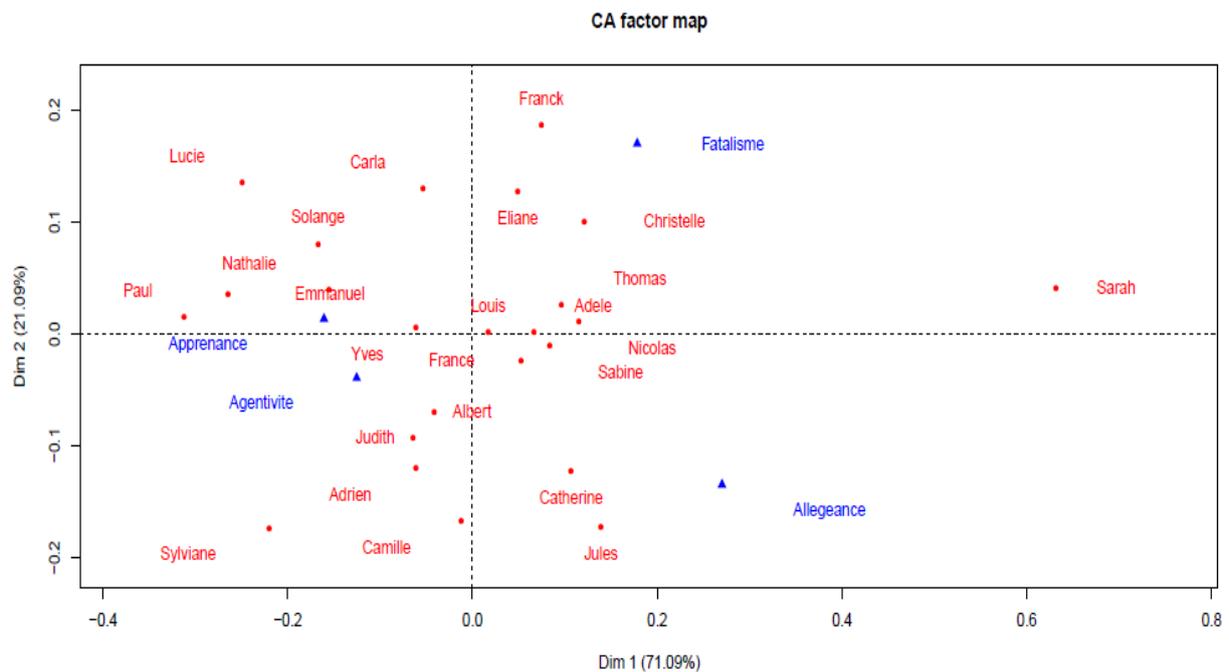


Figure 33 - Analyse factorielle des correspondances sur échantillon 24EC

Cette représentation graphique nous permet d'observer une assez bonne répartition des personnes sur l'ensemble des quatre dimensions étudiées.

Nous avons donc la confirmation qu'il existe dans notre échantillon correspondant à notre étude compréhensive, des personnes possédant des degrés plus ou moins importants d'allégeance au médecin, de fatalisme, d'apprenance ou encore d'agentivité dans le domaine de la santé.

Aucun profil ne semble ici soit surreprésenté, soit sous-représenté.

## Synthèse

Notre étude confirmatoire réalisée sur une population de 451 individus confirme les hypothèses qui avaient émergé à l'issue de notre étude compréhensive.

Ainsi nous pouvons observer qu'un individu qui autorégule sa santé, en se sentant à la fois responsable de celle-ci et en s'impliquant activement dans sa gestion aura tendance à avoir un rapport au savoir particulier. On retrouvera ainsi dans cette catégorie des individus qui saisissent chaque occasion pour apprendre.

A l'inverse, il semblerait qu'une personne qui se montre soumise et obéissante vis-à-vis du médecin et qui lui reconnaît une certaine autorité, aura moins confiance en sa capacité à se maintenir en bonne santé, se sentira moins responsable de sa santé et de ce fait aura tendance à moins autoréguler sa santé.

Enfin, les individus qui pensent qu'il existe une puissance supérieure à la volonté humaine qui détermine le cours des événements qui ponctuent leur existence et qui pensent que leur santé échappe de ce fait à leur contrôle, seront moins enclins à croire que leur comportement peut conditionner leur santé et donc auront tendance à moins autoréguler leur santé.

## 6. Discussion et conclusion

« La complexité est effectivement le tissu d'événements, actions, interactions, rétroactions, déterminations, aléas, qui constituent notre monde phénoménal. Mais alors la complexité se présente avec les traits inquiétants du fouillis, de l'inextricable, du désordre, de l'ambiguïté, de l'incertitude... »

Morin, 2005

L'objet de ce travail de recherche vise une meilleure compréhension du phénomène de l'autorégulation de la santé.

Essayer de comprendre les raisons qui motivent les individus à s'impliquer activement dans la gestion de leur santé se révèle être d'une grande complexité et nous savons que les pouvoirs publics se heurtent en permanence à cette difficulté. La Fondation ARC nous rappelle régulièrement que ce sont près de 40 % des cancers qui pourraient être évités en modifiant les comportements individuels, pour autant cette maladie continue de progresser dans des proportions de plus en plus inquiétantes.

Les enjeux autour de ces questions de santé sont donc de taille et modifier durablement les comportements de santé en faisant la promotion de la santé représente un défi considérable pour notre société.

C'est ainsi que les comportements individuels font l'objet d'enquêtes régulières qu'il s'agisse de mesurer les attitudes des français vis-à-vis de leur santé au travers des baromètres santé de l'INPES ou de faire un état des lieux des différentes pratiques comme la nutrition, le tabagisme ou encore la consommation d'alcool. Ces enquêtes le plus souvent déclaratives constituent en quelque sorte un observatoire des comportements de santé qui oriente notamment les actions de prévention.

Notre travail de recherche ne s'inscrit pas dans cette lignée. Il ne s'agit pas ici d'observer les pratiques adoptées vis-à-vis de la santé mais plutôt d'écouter ce que les individus en disent et surtout le sens qu'ils donnent à leurs actions.

Face à un objet de recherche aussi complexe que l'autorégulation de la santé, nous avons considéré qu'il était préférable d'approcher les acteurs au plus près en s'attachant au caractère singulier du processus étudié. C'est ensuite dans l'analyse et la juxtaposition de cas singuliers que nous sommes parvenus à repérer des aspects communs issus d'observations différentes, afin d'appréhender le phénomène d'une façon plus générale.

Conscients du risque qu'il pouvait y avoir à vouloir trop rapidement partir sur des hypothèses de recherche issues de notre travail exploratoire, nous avons préféré préserver la complexité et la singularité du phénomène en privilégiant une approche inductive basée sur une démarche compréhensive pour « *conserver un esprit assez ouvert pour ne négliger aucune explication ou direction, en particulier celles non apparues lors de lectures préalables* » (d'Arripe, Oboeuf, & Routier, 2014).

De ce fait, d'un point de vue épistémologique nous considérons que les témoignages recueillis alimentent notre conceptualisation à l'image de la méthodologie de la théorie enracinée (Glaser & Strauss, 2009)

Les résultats auxquels nous parvenons à l'issue de cette étude compréhensive nous apprennent que dans cet exercice d'autonomie en santé, les individus sont à la fois confrontés aux contraintes imposées par les contextes dans lesquels ils évoluent mais également désireux de saisir les opportunités qui s'offrent à eux.

Certes, dans notre société actuelle, le principe d'autonomie est posé comme un nouveau paradigme - chacun étant supposé prendre les bonnes décisions – et si nous avons pu observer que les individus souhaitent le plus souvent être considérés comme des acteurs à part entière dans la gestion de leur santé, il n'en reste pas moins risqué de s'aventurer sur un terrain traditionnellement réservé aux experts.

L'approche biographique que nous avons privilégiée, en nous offrant la possibilité d'explorer les trajectoires individuelles nous a apporté un éclairage intéressant sur les dimensions personnelles ou encore sur les histoires de vie et la façon dont ces facteurs personnels conditionnent les comportements individuels.

Ainsi nous avons pu mesurer l'importance que prennent les expériences vécues pour orienter les choix de santé mais nous avons surtout compris que c'est dans l'analyse que les personnes en font que se construit le sens qu'ils donnent aux événements qu'ils vivent.

La théorie sociocognitive de Bandura qui nous a éclairée tout au long de ce travail de recherche, nous a permis d'examiner ce jeu d'interactions entre les facteurs à la fois individuels, comportementaux et environnements constituant par là même notre cadre d'analyse.

C'est ainsi que tout au long de leur vie et même lorsqu'ils ne sont pas nécessairement confrontés à des problèmes de santé, les individus sont amenés à se positionner vis-à-vis de leur santé. Et entre les individus qui désireux de se maintenir en bonne santé ont décidé d'adopter des comportements spécifiques et ceux qui reconnaissent ne pas s'impliquer dans la gestion de leur santé, force est de constater que l'on observe des conduites qui diffèrent sensiblement d'un individu à l'autre.

En nous interrogeant sur ces comportements qui diffèrent nous avons pu mettre en exergue le rôle central des croyances entretenues par les personnes. Entre celles qui sont intimement convaincues qu'elles détiennent le pouvoir et la capacité de se maintenir en bonne santé et celles qui pensent que la survenance de la maladie serait en quelque sorte imprévisible et de ce fait totalement incontrôlable, nous avons pu mesurer la grande diversité de croyances vis-à-vis de la santé et de la maladie.

La relation au médecin est également un élément à prendre en considération et dans ce domaine-là également les croyances sont très puissantes entre les individus qui considèrent que seul le médecin détient le savoir scientifique et qu'il convient de s'incliner devant son expertise et ceux qui n'hésiteront pas remettre en question le pouvoir qu'il continue d'exercer.

En faisant le choix de centrer notre étude sur le mitan de la vie, nous avons compris également que les pratiques évoluent au cours d'une vie et que ce sont bien souvent les évènements vécus mais surtout les prises de conscience qui permettent parfois d'expliquer l'adoption ou l'abandon de certains comportements.

C'est ainsi que nous avons pu constater le rôle central que joue la réflexivité dans le processus d'autorégulation de la santé. Chaque expérience de soin, chaque rencontre ou encore chaque discussion avec un pair ou un professionnel de santé peut modifier, à chaque instant, le schéma existant et permettre un réajustement à la fois des croyances et des représentations offrant ainsi la possibilité à la personne de se positionner différemment vis-à-vis de sa santé.

Pour autant, l'existence humaine est ponctuée d'évènements souvent imprévisibles qui donnent à chaque individu l'occasion de prendre ou de reprendre le contrôle sur sa santé en reconsidérant à la fois ses choix et ses pratiques. Et ce sont parfois des « *micro-évènements* » (Niewiadomski, 2006) du quotidien qui se révèlent pourtant être d'une puissance extraordinaire et qui le plus souvent, à son insu, marquent l'existence humaine.

Enfin, c'est le sens que revêt cet évènement fortuit pour la personne qui conditionnera sa propension à agir car « *si l'on ne change pas l'évènement, nous pouvons cependant changer le regard que nous portons sur cet évènement* » (Niewiadomski, 2006).

C'est ainsi que nous avons pu observer que certains individus croient en la fatalité, c'est-à-dire à ce qui inéluctablement doit se produire dans leur vie. Dès lors, ils considèrent la maladie comme imprévisible et surtout incontrôlable. Etre doté(e) d'une bonne santé relève tout au plus de la chance ou du hasard.

Mais quelles que soient les croyances, c'est bien la notion d'agentivité qui est interrogée comme moteur de l'action individuelle donnant à chacun la possibilité, à tout moment de sa vie d'influer à la fois sur lui-même mais également sur les autres et sur le contexte dans lequel il évolue.

## 6.1 Eclairage sur le phénomène de l'autorégulation de la santé

Avec toute la prudence qu'impose cet exercice d'interprétation et d'analyse des résultats, dès lors que notre étude ne porte que sur quelques centaines d'individus, nous sommes en mesure de faire deux principaux constats.

D'une part, nous sommes en présence d'une pluralité de raisons d'agir et d'autre part, nous avons pu observer le caractère parfois paradoxal voire incohérent des croyances entretenues autour de la santé qui révèlent toute la complexité du phénomène étudié.

### 6.1.1 Pluralité de raisons d'agir

Dès lors que l'on cherche à expliquer les origines de l'action humaine, on se heurte à la difficulté de l'exercice. Car déterminer « ce qui pousse à l'action » c'est partir à la découverte des forces internes ou externes qui produisent le déclenchement, la direction l'intensité ou encore la persistance du comportement (Thill & Vallerand, 1993).

De tous temps, cette question du « pourquoi » de l'action humaine a interrogé les philosophes puis les psychologues qui ont cherché à élaborer des théories de la motivation nous donnant la mesure de la complexité du processus d'autorégulation de la santé.

La motivation mais également l'autodétermination (Deci & Ryan, 2004) ou encore le sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 2003) sont des notions qui peuvent ainsi éclairer la compréhension de l'action humaine.

Pour autant, nous avons fait le choix de ne pas appuyer notre travail de recherche sur ces concepts privilégiant une approche holistique du phénomène qui comprend certes ces dimensions conatives mais nous interroge également sur d'autres dimensions. C'est ainsi que nous avons pu mesurer le rôle que joue le rapport au savoir dans le processus d'autorégulation de la santé, interrogeant par là même le concept d'apprenance.

Rappelons que le travail d'enquête auquel nous nous sommes livrés a constitué un espace de compréhension du phénomène, invitant les protagonistes que sont le chercheur et la personne enquêtée à co-produire un savoir inédit en partant du principe que ce sont moins les faits qui importent ici mais plutôt les significations qui leur sont conférées par les personnes elles-mêmes.

Un tel exercice de compréhension permet non pas de survoler le phénomène étudié mais d'en appréhender toutes les composantes par une observation fine où chaque détail prend, dès lors, toute son importance.

C'est toute la richesse et toute la complexité du phénomène qui sont ainsi révélées au travers de ce travail, c'est-à-dire « *ce qui est tissé ensemble* » et non pas une vision simplifiée ou réduite.

Ainsi, nous avons pu constater qu'interroger les personnes sur ce qui a pu déterminer tel ou tel choix de santé, revient à essayer de démêler des fils que l'existence a progressivement entremêlés entre eux, à l'image d'une barbe à papa telle une « *substance poisseuse à laquelle se collent sans cesse de nouveaux détails biographiques* » (Goffman & Kihm, 1975).

Et même si l'on devine un élément central où sont agrégés les éléments constitutifs de la personne, viennent se fixer autour de cet axe toute une série d'autres éléments qui sont actualisés en permanence par l'existence même et par toutes les situations vécues.

C'est dans cette figure vivante, sans cesse en mouvement, réagissant à chaque nouvelle situation et à chaque nouvelle prise de conscience que réside selon nous la ou les réponses aux questions que nous nous posons.

Et force est de constater que nous sommes en présence d'une pluralité de raisons d'agir qui prennent leur source dans cette articulation subtile entre dispositions des individus et contextes réinterrogeant en permanence les conduites individuelles.

Enfin, c'est dans sa dimension diachronique que la capacité d'un individu à exercer un contrôle sur sa santé, doit être appréhendée, en considérant la temporalité de son existence et donc en s'attachant à son parcours biographique.

### **6.1.2 L'idée de paradoxe**

Comme nous l'avons énoncé précédemment les individus que nous avons interrogés nous ont interpellés par les contradictions qu'ils portent en eux et que nous avons nommé tensions.

Ainsi, nous avons pu constater chez les mêmes personnes à la fois une conviction forte en leur capacité à se maintenir en bonne santé par leurs comportements et un doute sur l'efficacité réelle de leurs actions notamment pour se prémunir de maladies graves telles que le cancer.

De même, nous avons souligné que le rapport qu'ils entretiennent avec le médecin est très contradictoire. Ainsi nous avons pu observer un besoin de s'affranchir du pouvoir du médecin tout en constatant toute la puissance qu'exerce encore cette figure.

C'est ce même paradoxe que l'on retrouve lorsqu'ils font état du savoir précieux qu'ils ont accumulé au fil des expériences vécues ou de la connaissance qu'ils ont de leur corps et sur laquelle ils se reposent tout en affirmant également que la vraie compétence c'est le médecin qui la détient.

Un phénomène est considéré comme contradictoire lorsque des dynamiques et des principes opposés coexistent alors que chacun d'entre eux a un effet opposé (Ford & Ford, 1994) et force est de constater que deux dynamiques semblent s'opposer ici entre le « subir » et le « contrôler ».

Au travers de nos différentes enquêtes, nous avons rencontré un sujet qui revendique le droit d'être considéré comme un acteur à part entière dans le processus de soin et semble vouloir prendre le contrôle sur sa santé, sans pour autant parvenir véritablement se détacher de l'influence et du pouvoir que continue d'exercer le médecin.

Ainsi, on se défend de vouloir prendre la place du médecin, on lui cache délibérément ce que l'on fait notamment lorsque l'on fait usage d'Internet.

N'y aurait-il pas dans cet exercice d'autonomie en santé, une forme de transgression par cette tentative d'empiéter sur un domaine traditionnellement réservé au médecin qui bouscule les schémas existants ?

Entre vouloir exercer un contrôle sur sa santé et subir les influences extérieures qu'il s'agisse de la fatalité ou du médecin, il y aurait donc deux forces que tout oppose, chacune porteuse de croyances contradictoires qui entrent en concurrence les unes avec les autres.

Et c'est donc l'image d'un individu régi par des forces contraires qui semble émerger à l'issue de ce travail de recherche. Faut-il pour autant s'en étonner ou plutôt constater toute la difficulté que cet exercice d'autonomie comporte dans un monde incertain, en perpétuel mouvement et qui n'offre plus des repères et des modèles solides sur lesquels il serait possible de s'appuyer ?

Peut-être faut-il voir au travers de ce qui semble à première vue défier la logique, uniquement la manifestation d'un processus en marche, celui de l'autonomisation d'un sujet dans une société encore marquée par des représentations solidement ancrées notamment dans le domaine de la santé.

Les postures observées entre agentivité et allégeance au médecin ne seraient alors que des phases de l'évolution actuelle à laquelle nous assistons avec certes des profils plus marqués qu'il s'agisse d'une forte agentivité ou à l'inverse d'une propension à s'en remettre systématiquement aux médecins ou à la fatalité.

Peut-être enfin, convient-il de considérer que ce qui semble à première vue freiner le processus d'agentivité en santé, c'est-à-dire ces tensions, contradictions ou encore paradoxes, sont en fait de véritables moteurs d'apprentissage (Rothenburg, 1979) permettant de faire émerger de nouvelles perceptions ou de nouvelles représentations.

## **6.2 Limites de ce travail**

Certes, nous avons pu observer des pratiques que l'on peut qualifier d'agentives dans le domaine de la santé, tout au long de notre travail d'enquête.

De même, nous sommes capables de décrire le processus d'agentivité avec ses différentes composantes qu'il s'agisse d'intentionnalité, d'anticipation, d'autorégulation ou encore d'autoréflexion et de l'illustrer par les nombreux témoignages que nous avons pu recueillir au fil de nos entretiens.

Nous avons également pu identifier les principaux obstacles qui semblent freiner ce processus d'autonomisation et avons été témoins de la difficulté qu'il peut y avoir à exercer un pouvoir sur sa santé. Tâtonnements et questionnements égrainent les parcours que nous avons pu observer.

Et surtout nous avons pu mesurer l'importance que revêt le rapport au savoir et à l'acte d'apprendre dans ce processus, les apprentissages accompagnant en permanence prises de décisions et postures adoptées.

Ce travail de documentation et d'intelligibilité du phénomène nous a permis de poser un modèle d'analyse des comportements qui permet d'interroger les conduites et les choix faits par les individus par rapport à leur santé.

Pour autant, que pouvons-nous dire sur ce qui sous-tend ce pouvoir d'agir ici à l'œuvre, partie en quelque sorte immergée de l'iceberg qui se nourrit à chaque instant des interactions avec le monde extérieur et donne à l'individu son statut de sujet ?

En faisant le choix de nous appuyer sur la théorie sociocognitive de Bandura et sur son modèle de causalité triadique réciproque, nous avons souhaité appréhender le processus dans son caractère dynamique et surtout étudier le jeu d'interactions à l'œuvre entre facteurs personnels, environnementaux et comportementaux. En effet, tout au long de son existence l'individu est amené à faire des choix pour se maintenir en bonne santé et ses pratiques ne peuvent s'expliquer sans observer ce jeu d'interactions qui s'autoalimentent en permanence.

D'autres théories peuvent éclairer l'étude du phénomène, telle la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985) qui vise à expliquer le comportement humain par l'étude des attitudes, des normes sociales et de la perception du contrôle. La robustesse de ce modèle a été notamment démontrée dans une série d'études sur les pratiques de santé (Godin, 2012).

De même, une approche sociologique centrée sur l'étude des dynamiques entre contextes actuels et dispositions individuelles (Lahire, 2012) ou encore anthropologique avec l'étude de l'imbrication entre processus sociaux et différences culturelles permettrait certainement d'enrichir la compréhension du phénomène de l'autorégulation dans le domaine de la santé (Fainzang, 2010a).

Et c'est probablement grâce à l'apport de différentes perspectives disciplinaires que le phénomène pourrait être encore mieux appréhendé.

# 7. Perspectives

### 7.1.1 Perspectives de recherche

Si l'on envisage de poursuivre ce travail de recherche, il peut être intéressant de revenir sur la notion d'agentivité.

Un concept pourrait enrichir notre travail de recherche, celui de l'agentivité limitée (Evans, 2007) car il nous invite à travailler sur l'articulation entre environnements et dispositions individuelles dans le processus de construction de l'agentivité.

Contrairement à une vision selon laquelle l'agentivité est essentiellement autodirigée, Evans évoque une agentivité socialement située, où l'individu reste influencé par les perceptions subjectives des contextes dans lesquels il évolue sans pour autant être déterminé par ces mêmes environnements.

*« L'agentivité limitée n'est pas déterminée par les réseaux relationnels ou les structures sociales, mais elle admet que l'imbrication des agents humains dans ces relations et ces structures contraint et étend les dispositions pour agir, conduisant ainsi à de nouvelles expressions de l'agentivité » (Evans, 2016)*

La santé est indiscutablement un domaine où les représentations, les croyances et les schémas existants pèsent encore lourdement sur les comportements individuels.

Nous en avons pris la mesure lorsque nous avons exploré le rapport au médecin. Celui-ci reste une figure forte, symbole de puissance et de savoir et malgré une remise en cause d'une relation paternaliste médecin-patient, les conduites relatées et surtout le sens que les personnes en donnent montrent toute l'ambiguïté de cette relation.

Si l'on considère comme nous le propose Evans, que les individus n'agissent pas dans des environnements mais au travers d'eux, l'angle d'observation du phénomène de l'agentivité diffère, nous permettant notamment d'intégrer les croyances entretenues par les individus sur leur capacité agentive dans ce domaine si particulier qu'est la santé, traditionnellement réservé à une élite composée d'experts.

Et dès lors que l'on envisage les « actions des individus dans les contingences du moment présent comme étant influencées par les perceptions des structures qu'ils ont à négocier et des relations sociales qui les influencent » (Evans, 2016), il peut être judicieux de distinguer une agentivité qui se voudrait structurelle d'une agentivité qui varierait en fonction des contextes.

De ce fait, si l'agentivité est la capacité à donner une direction à sa vie, certains environnements semblent néanmoins plus propices tandis que d'autres présentent indiscutablement de nombreux obstacles.

Le domaine de la santé illustre cette réalité et pour comprendre comment s'exerce l'agentivité en santé, il convient d'avoir une bonne connaissance de la réalité des environnements actuels mais également d'étudier ce que pensent les individus de leurs pratiques et de la façon dont ils utilisent « *leurs compétences, leurs savoirs et leurs émotions* » (Evans, 2016).

C'est probablement grâce à l'étude plus approfondie de cette articulation entre éléments biographiques et environnements actuels que nous pourrions avancer dans la compréhension du phénomène de l'agentivité en santé.

### **7.1.2 Vers une opérationnalisation des résultats**

Il serait illusoire de penser que l'on peut à partir d'observations individuelles généraliser pour les opérationnaliser les constats réalisés tant le processus que nous étudions est à la fois singulier et évolutif.

A chaque instant, les croyances, les perceptions, les représentations peuvent être remises en cause par les expériences vécues. C'est probablement ce caractère évolutif et dynamique qui rend difficile toute tentative de repérage et d'identification de facteurs explicatifs.

Néanmoins, l'étude compréhensive que nous avons menée auprès de 24 individus basée sur des entretiens biographiques, nous a permis de constater que les individus adoptent des positionnements vis-à-vis de leur santé le plus souvent basés sur des croyances différentes qu'ils entretiennent.

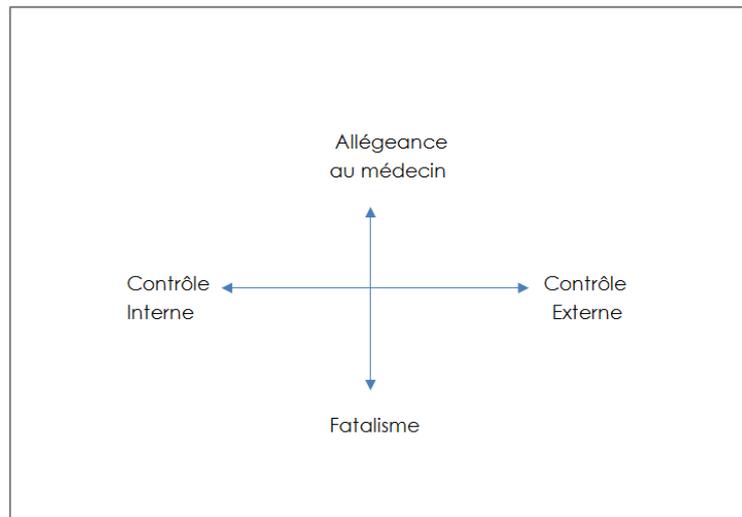
Ainsi, nous avons pu observer que certains d'entre eux considèrent qu'il existe des forces supérieures qui influencent le cours de leur existence et donc que la maladie peut s'abattre à tout moment sur eux.

Convaincus que leur santé est quelque chose qui échappe à leur contrôle, ils sont moins enclins à considérer qu'ils peuvent exercer un contrôle sur leur santé, s'en sentent moins responsables et donc autorégulent moins leur santé.

Nous avons également pu constater que certains individus se reposent de façon inconditionnelle sur le médecin symbole de toute puissance, d'expertise et de savoir.

Il semblerait donc que dans une certaine mesure une personne soumise et obéissante vis-à-vis du médecin et lui reconnaissant une certaine autorité, aura moins confiance en sa capacité à se maintenir en bonne santé, se sentira de ce fait moins responsable vis-à-vis de sa santé et aura tendance à moins s'autoréguler en s'appuyant sur elle-même pour gérer sa santé.

L'analyse statistique des données issues de notre questionnaire portant sur 451 individus a confirmé ces premières observations et nous amène à proposer une matrice explicative des comportements de santé reprenant les deux axes figurant sur l'analyse factorielle des correspondances que nous avons réalisée<sup>1</sup> :



**Figure 34 - Matrice explicative des comportements de santé**

**Un premier axe horizontal** fait référence au type de contrôle exercé, entre les individus qui sont convaincus que leur santé dépend en grande partie de leur comportement et ceux qui pensent que tomber malade relève en quelque sorte de la fatalité ou que c'est du ressort du médecin.

On trouvera sur cet axe, d'un côté les personnes qui exercent un contrôle sur leur santé en s'autorégulant et en s'impliquant activement et de l'autre celles qui préfèrent se décharger presque exclusivement sur le médecin ou encore ne rien faire, convaincues que les choses sont déterminées à l'avance.

**Un deuxième axe vertical** semble opposer, dans une certaine mesure, deux conceptions de la santé. Certaines personnes sont convaincues que tomber malade est de l'ordre de la fatalité tandis que d'autres s'en remettront systématiquement au médecin en se déchargeant de toute responsabilité vis-à-vis de leur santé.

En utilisant cette matrice explicative des comportements de santé, il serait donc possible de représenter à partir des scores obtenus d'allégeance au médecin, de fatalisme et d'agentivité dans le domaine de la santé les profils des personnes qui ont participé à la fois à notre étude compréhensive basée sur les entretiens biographiques et au questionnaire de notre étude confirmatoire.

---

<sup>1</sup> Voir figure 29 page 167 – Analyse factorielle des correspondances sans la variable apparence dans le domaine de la santé

Ainsi Solange<sup>1</sup>, 50 ans, responsable achat très impliquée dans la gestion de sa santé, remettant en question le pouvoir exercé par les médecins avait obtenu les scores suivants dans les trois domaines qui nous intéressent ici :

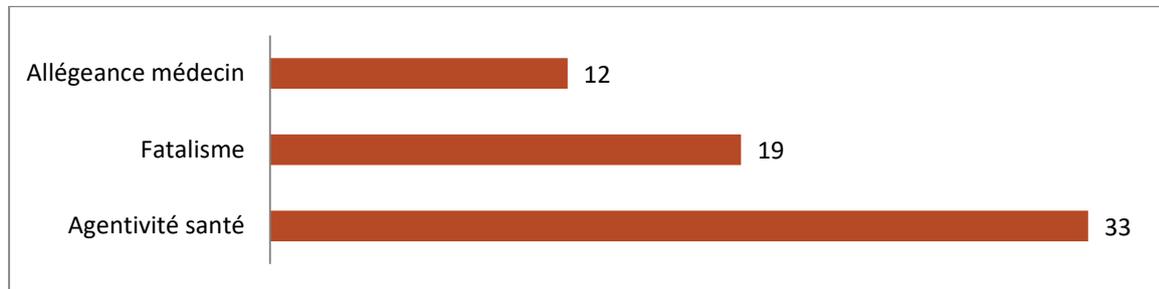


Figure 35 - Scores obtenus par Solange, 50 ans, responsable achat

Et si l'on représente ces mêmes données à l'aide de la matrice explicative des comportements nous obtenons une représentation graphique de son profil où les scores qu'elle a obtenus sont visualisés sur une échelle allant de 6 (score minimum) à 36 (score maximum) :

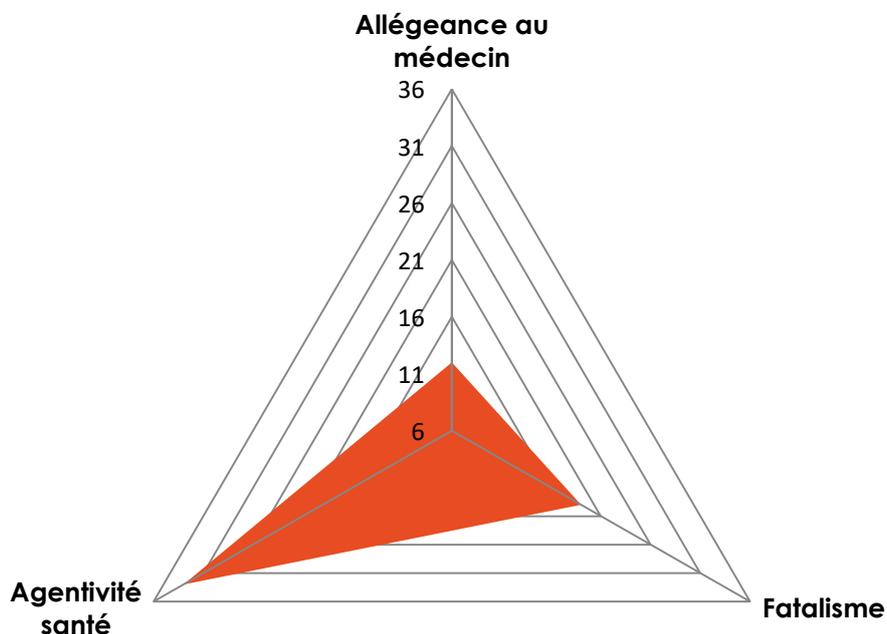


Figure 36 - Représentation graphique du profil de Solange à partir des scores obtenus

<sup>1</sup> Voir son portrait page 152

Cette représentation graphique peut ainsi être comparée à celle de Thierry<sup>1</sup>, 46 ans, informaticien qui avoue ne pas trop s'occuper de sa santé et envisage sa relation au médecin comme un partenariat, attendant de lui des informations factuelles qui lui permettront de prendre les bonnes décisions pour sa santé ou celle de ses proches :

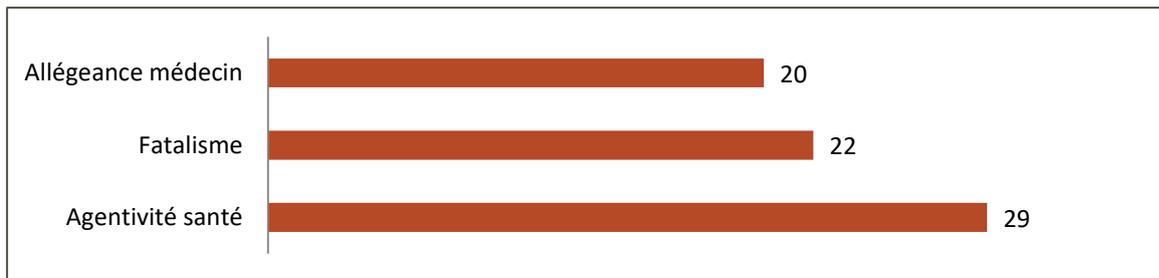


Figure 37 - Scores obtenus par Thierry, 46 ans, informaticien

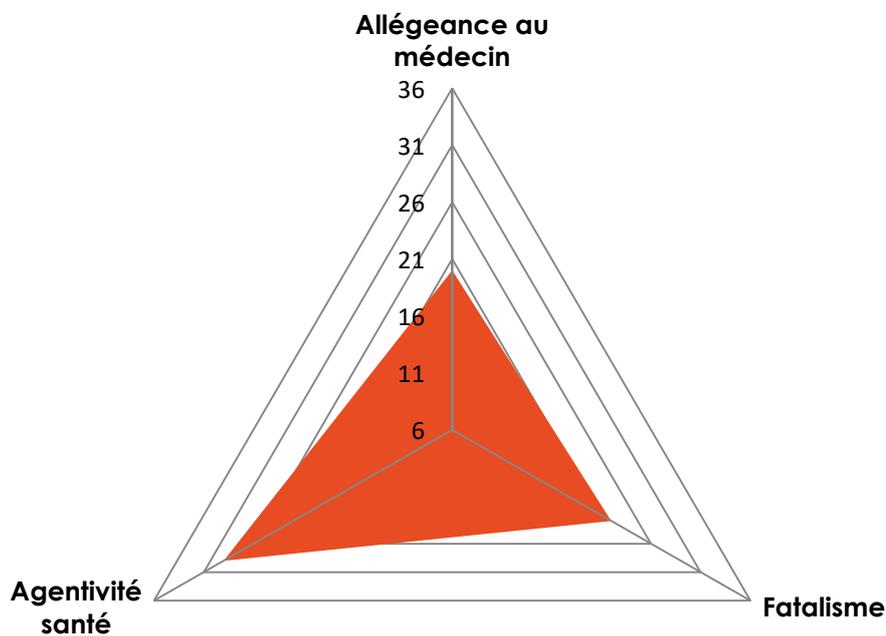


Figure 38 Représentation graphique du profil de Thierry à partir des scores obtenus

<sup>1</sup> Voir son portrait page 156

Mais les comportements et les croyances des individus sont rarement aussi contrastés et des positions intermédiaires peuvent être établies.

C'est le cas d'Adèle<sup>1</sup>, 54 ans, coiffeuse qui nous avait longuement expliqué lorsque nous l'avions rencontrée tout ce qu'elle mettait en pratique au quotidien pour rester en bonne santé. Très tôt marquée par les problèmes de santé de ses parents d'origine italienne liés selon elle à une alimentation beaucoup trop riche, elle prenait notamment grand soin de son alimentation, convaincue que cela avait une incidence sur son état de santé. Pour autant, elle nous confiait également se reposer de façon presque inconditionnelle sur son médecin traitant en qui elle avait une totale confiance :

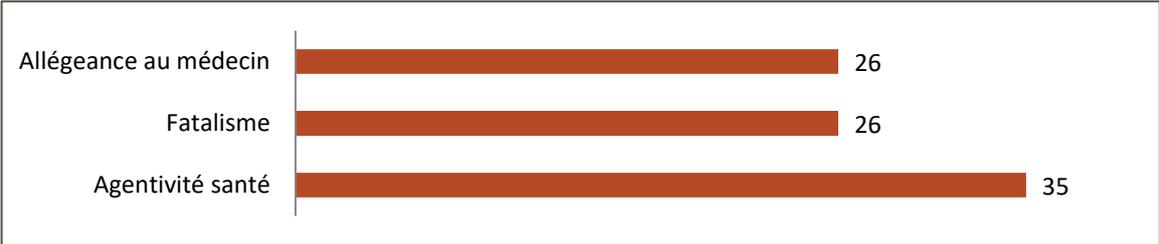


Figure 39 - Scores obtenus par Adèle, 54 ans, coiffeuse

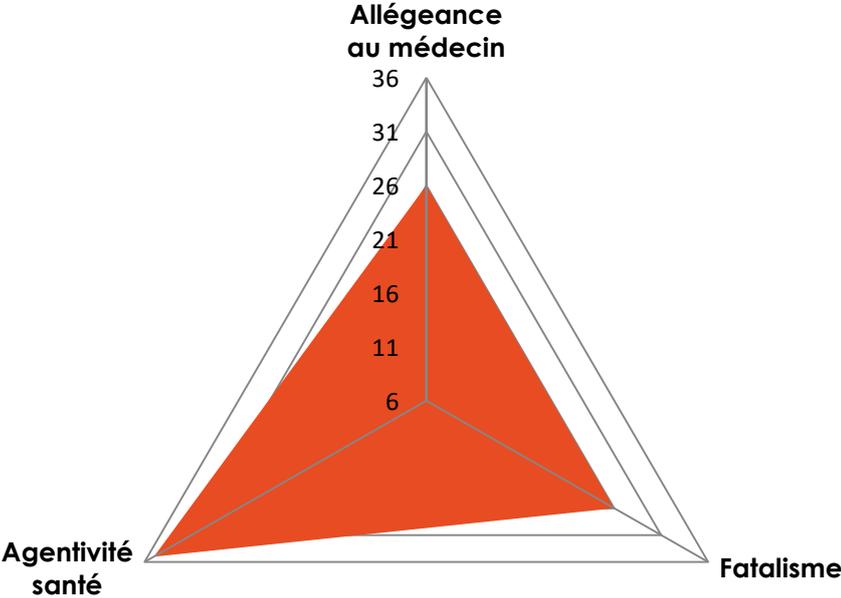


Figure 40 - Représentation graphique du profil d'Adèle à partir des scores obtenus

<sup>1</sup> Voir son portrait page 155

Le modèle d'analyse que nous avons pu élaborer et que nous venons d'illustrer avec quelques individus que nous avons rencontrés lors de nos entretiens biographiques pourrait constituer une grille de lecture et de compréhension des comportements de santé.

Agentivité, fatalisme et allégeance au médecin représentent, selon nous, des dimensions qu'il peut être judicieux d'interroger et les échelles élaborées pour mesurer ces différentes dimensions peuvent ainsi nous renseigner, à un moment précis, sur la façon dont les individus non seulement se positionnent vis-à-vis de leur santé, mais également entretiennent des croyances qui peuvent constituer un espace d'analyse et de compréhension du phénomène de l'autorégulation de la santé.

# Bibliographie

- Abric, J.-C. (2003). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Ramonville-Saint-Agne : Éres.
- Abric, J.-C. (2016). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses universitaires de France.
- Adam, P., & Herzlich, C. (2005). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Malakoff : Armand Colin.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions : A theory of planned behavior. *Action control*. New York : Springer, 11-39
- Albarello, L., Bourgeois, É., & Guyot, J.-L. (2003). *Statistique descriptive*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- Andrieu, B. (2002). *La nouvelle philosophie du corps*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Andrieu, B. (2012). *L'autosanté : vers une médecine réflexive*. Paris : A. Colin.
- Angermüller, J. (2008). Analyser les pratiques discursives en sciences sociales : Journée d'Etudes du CEDITEC à L'Université Paris XII, le 27 Avril 2007. *Bulletin de méthodologie sociologique*, 97(1), 39-47.
- Anthony, G. (1987). *La constitution de la société*. Paris : Presses universitaires de France.
- Apostolidis, T. (2003). Représentation sociales et triangulation : enjeux théorico-méthodologiques. In J.-C. Abric (Ed). *Méthodes d'études des représentations sociales* (pp. 13-36). Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Apostolidis, T. (2006). Représentations sociales et triangulation : une application en psychologie sociale de la sante. *Psicologia : Teoria E Pesquisa*, 22(2), 211-226.
- Appay, B. (2012). De l'autonomie émancipatrice à l'injonction d'autonomie. *Vie sociale*, (1), 29-40.
- Arruabarrena, B., & Quettier, P. (2013). Des rituels de l'automesure numérique à la fabrique autopoïétique de soi. *Les Cahiers du numérique*, 9(3), 41-62.

- Asselin de Beauville, J.-P., & Varin, S. (2015). *Initiation au logiciel R : premiers pas en analyse de données : survol théorique et applications avec Rcmdr et FactoMineR*. Louvain-la-Neuve : L'Harmattan.
- Astier, I., & Duvoux, N. (2006). *La société biographique : une injonction à vivre dignement*. Paris : l'Harmattan.
- Aubret, J. (2009a). Motivation et vie adulte. *Psycho Sup*, 147-165.
- Aubret, J. (2009b). Motivation et vie adulte. In *Traité de psychologie de la motivation* (p. 147-165). Dunod.
- Augé, M., & Herzlich, C. (1983). *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris : Éditions des Archives contemporaines.
- Autès, M., Daunay, B., & Champy-Remoussenard, P. (2013). *La mise en récit de soi : place de la recherche biographique dans les sciences humaines et sociales*. Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.
- Bachelard, G. (1989). *La formation de l'esprit scientifique : contribution à une psychanalyse de la connaissance*. Paris : J. Vrin.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs N.J. : Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York : W.H. Freeman.
- Bandura, A. (1998). Exploration of Fortuitous Determinants of Life Paths. *Psychological Inquiry*, 9(2), 95-99.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52(1), 1-26.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- Bandura, A. (2006). Toward a Psychology of Human Agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1(2), 164-180.
- Bandura, A. (2010). L'importance primordiale de l'autorégulation dans la promotion de la santé. *Usagers-experts : la part du savoir des malades dans le système de santé*, 95-110
- Barbot, J. (2002). Les malades en mouvements. *La médecine et la science à l'épreuve du sida*, 406-442.

- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France.
- Baudouin, J.-M. (2010). *De l'épreuve autobiographique : Contribution des histoires de vie à la problématique des genres de texte et de l'herméneutique de l'action*. Berne : Peter Lang.
- Beaud, J.-P. (1997). *L'échantillonnage. La recherche quantitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur
- Beaugrand, J.-P. (1988). Démarche scientifique et cycle de la recherche. *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, 1-35.
- Beillerot, J., Berdot, P., & Blanchard-Laville, C. (2000). *Formes et formations du rapport au savoir*. Paris : l'Harmattan.
- Benasayag, M. (1998). *Le mythe de l'individu*. Paris : Éditions la Découverte.
- Benkler, Y. (2006). *The wealth of networks: How social production transforms markets and freedom*. New Haven : Yale University Press.
- Benzécri, J.-P. (1973). *L'analyse des données*. Paris : Dunod.
- Bertaux, D. (2010). *Le récit de vie*. Paris : Armand Colin.
- Bertaux, D., & de Singly, F. (1997). *Les récits de vie : perspective ethnosociologique*. Paris : Nathan.
- Beverly, E. V. (1976). Confronting the challenge of dependency in old age. *Geriatrics*, 31(7), 112-119.
- Bézille-Lesquoy, H. (2003). *L'autodidacte : entre pratiques et représentations sociales*. Paris : L'Harmattan.
- Binder-Foucard, F., Belot, A., Delafosse, P., Remontet, L., Woronoff, A. S., & Bossard, N. (2013). *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire.
- Bizard, F., & Montagnier, L. (2012). *Une ordonnance pour la France : 10 pistes de réforme pour une santé plus juste, plus efficace et plus économe*. Vergèze : Editions Thierry Souccar.
- Blanchet, A., Bézille, H., & Florand, M. F. (1985). *L'entretien dans les sciences sociales : l'écoute, la parole et le sens*. Paris : Dunod.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2015). *L'entretien*. Paris : Armand Colin.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1992). *Réponses*. Paris : Seuil

- Boutinet, J.-P. (1998). *L'immaturation de la vie adulte*. Paris : Presses universitaires de France.
- Boutinet, J.-P. (2010). Turbulences autour des temporalités liées aux âges de la vie adulte. *Le Télémaque*, (1), 61-70.
- Boutinet, J.-P. (2013a). Les apprentissages informels dans la formation pour adultes. *Savoirs*, 32(2)
- Boutinet, J.-P. (2013b). *Psychologie de la vie adulte*. Paris : Presses universitaires de France
- Boutinet, J.-P., & Dominicé, P. (2009). *Où sont passés les adultes ? Routes et déroutés d'un âge de la vie*. Paris : Téraèdre.
- Briançon, S., Guérin, G., & Sandrin-Berthon, B. (2010). Maladies chroniques. *Actualités et Dossiers en Santé Publique*, 72, 11-53.
- Briggs, S. R., & Cheek, J. M. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of personality*, 54(1), 106-148.
- Broca, S., & Koster, R. (2012). Les réseaux sociaux de santé. *Les Cahiers du numérique*, 7(2), 103-116.
- Bromberger, C. (Éd.). (2005). *Un corps pour soi*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bronner, G. (2003). *L'empire des croyances*. Paris : Presses universitaires de France.
- Brougère, G., & Ulmann, A.-L. (2009). *Apprendre de la vie quotidienne*. Paris : Presses universitaires de France
- Burrick, D. (2010). Une épistémologie du récit de vie. *Recherches qualitatives*, (8), 7-36.
- Canguilhem, G. (2009). *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Carré, P. (2004). Bandura : une psychologie pour le XXI<sup>e</sup> siècle ? *Savoirs*, Hors-série (5), 9-50.
- Carré, P. (2005). *L'apprenance : vers un nouveau rapport au savoir*. Paris : Dunod.

- Carré, P. (2006). *L'apprenance vers une nouvelle culture de la formation*. Audition publique pour le Comité Mondial de l'Education Tout au Long de la Vie, Paris, 30 janvier 2006
- Carré, P. (2009). Les apprentissages professionnels dans les organisations. In *Apprendre de la vie quotidienne* (p. 169-181). Paris : Presses Universitaires de France.
- Carré, P. (2016). Autour de l'apprenance. *Éducation permanente*, 207
- Carré, P., & Charbonnier, O. (2003). Optimiser les apprentissages informels. *Actualité de la formation permanente*, 182, 105-113.
- Carré, P., & Fenouillet, F. (2008). *Traité de psychologie de la motivation*. Paris : Dunod.
- Carré, P., Poisson, D. & Moisan, A. (2002). *L'autoformation : psychopédagogie, ingénierie, sociologie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Castel, R. (2010). L'autonomie, aspiration ou condition ? *La Vie des idées*, 26.
- Chanvriil-Ligneel, F., & Le Hay, V. (2014). *Méthodes statistiques pour les sciences sociales*. Paris : Ellipses.
- Chaxel, S., Fiorelli, C., & Moity-Maïzi, P. (2014). Les récits de vie : outils pour la compréhension et catalyseurs pour l'action, *L'approche biographique, Interrogations*, 17.
- Chrétien, S. (2011). *L'éducation thérapeutique du patient : cadre juridique et réglementaire*. Bordeaux : Etudes hospitalières.
- Cibois, P. (1984). *L'analyse des données en sociologie*. Paris : Presses Universitaires de France
- Cibois, P. (2014). *Les méthodes d'analyse d'enquêtes*. Lyon : ENS éditions.
- Combessie, J.-C. (2007). *La méthode en sociologie*. Paris : La Découverte.
- Cornillot, P. (2009). Problématisation de la santé. *Revue française de psychosomatique*, 36(2), 101.
- Cristol, D., & Muller, A. (2013). Les apprentissages informels dans la formation pour adultes. *Savoirs*, 32(2), 11.
- D'Arripe, A., Oboeuf, A., & Routier, C. (2014). L'approche inductive : cinq facteurs propices à son émergence. *Approches inductives : Travail intellectuel et construction des connaissances*, 1(1).

- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1992). *Politiques et stratégies en faveur de l'égalité devant la santé*. Copenhague : Organisation mondiale de la santé.
- De Ketele, J.-M., & Roegiers, X. (2015). *Méthodologie du recueil d'informations : fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'étude de documents*. Louvain-La-Neuve : De Boeck Supérieur.
- De Rosnay, J., & Revelli, C. (2006). *La révolte du pronétariat. Des mass média aux médias des masses*. Paris : Fayard
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2004). *Handbook of self-determination research*. Rochester : The University of Rochester's Press.
- Dejours, C., & Pailler, J.-J. (2009). Propos sur la santé. *Revue française de psychosomatique*, 36(2), 39.
- Delory-Momberger, C. (2004). *Les histoires de vie : de l'invention de soi au projet de formation*. Paris : Anthropos.
- Delory-Momberger, C. (2014). *De la recherche biographique en éducation : fondements, méthodes, pratiques*. Paris : Téraèdre.
- Delory-Momberger, C., & Tourette-Turgis, C. (2014). *Le Sujet dans la cité, Vivre avec la maladie*. Villetaneuse : Université Paris 13-Nord.
- Demazière, D., & Dubar, C. (2004). *Analyser les entretiens biographiques : l'exemple des récits d'insertion*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Dépelteau, F. (2000). *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*. Bruxelles : De Boeck Université
- Deschamps, J.-P. (1984). Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé. *La revue du praticien*, 34(11), 485-497.
- DeVellis, R. F. (2016). *Scale development: Theory and applications* (Vol. 26). Sage publications.
- Dominicé, P. (1990). *L'histoire de vie comme processus de formation*. Paris : l'Harmattan.
- Dominicé, P. (2007). *Formation biographique*. Paris : l'Harmattan.
- Dominicé, P., & Waldvogel, F. (2009). *Dialogue sur la médecine de demain*. Paris : Presses universitaires de France.

- Dormont, B. (2011). Vieillesse et dépenses de santé. In : *La mondialisation de la recherche : Compétition, coopérations, restructurations*. Paris : Collège de France,
- Dubet, F. (2005). Propositions pour une syntaxe des sentiments de justice dans l'expérience de travail. *Revue française de sociologie*, 46(3), 495-528.
- Dubet, F. (2016). *Sociologie de l'expérience*. Paris : Seuil.
- Dumez, H. (2011). Faire une revue de littérature : pourquoi et comment ? *Le Libellio d'Aegis*, 7(2-Eté), 15-27.
- Duvoux, N. (2009). Les assistés peuvent-ils être autonomes ? *Sociologie compréhensive des politiques d'insertion. Lien social et Politiques*, (61), 97-107.
- Ehrenberg, A. (2000). *La fatigue d'être soi : dépression et société*. Paris : O. Jacob,
- Ehrenberg, A. (2005). *L'individu incertain*. Paris : Hachette.
- Ehrenberg, A. (2009). La santé mentale : transformation de la société, transformation de la psychiatrie. *Dialogues de Descartes n°3*
- Ehrenberg, A. (2011). *La société du malaise*. Paris : O. Jacob.
- Elias, N., & Etoré, J. (1991). *La société des individus*. Paris : Fayard
- Eneau, J. (2005). *La part d'autrui dans la formation de soi : autonomie, autoformation et réciprocité en contexte organisationnel*. Paris : L' Harmattan.
- Erikson, E. H. (2011). *Adolescence et crise : la quête de l'identité*. Paris : Flammarion.
- Evans, K. (2007). Concepts of bounded agency in education, work, and the personal lives of young adults. *International Journal of Psychology*, 42(2), 85-93.
- Evans, K. (2016). Apprendre tout au long de la vie : une question d'agentivité limitée. *Education permanente*, (207).
- Fainzang, S. (2001). *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris : Presses Universitaires de France
- Fainzang, S. (2006). *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris : Presses universitaires de France
- Fainzang, S. (2010a). L'automédication : Une pratique qui peut en cacher une autre. *Anthropologie et Sociétés*, 34(1).

- Fainzang, S. (2010b). Le pouvoir du patient face au médecin : entre expérience, compétence et savoir. Usagers-experts : la part du savoir des malades dans le système de santé, *Pratiques de formation*, 111-124.
- Fainzang, S. (2012). *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Fainzang, S. (2015). L'information du patient est-elle un leurre ? *Journal International de Bioéthique*, 26(1), 15-20.
- Fauré, C. (2011). *Maintenant ou jamais ! la transition du milieu de la vie*. Paris : Albin Michel.
- Fenouillet, F. (2016). *Les théories de la motivation*. Paris : Dunod.
- Fiorelli, C., Chaxel, S., & Maïzi, P. M. (2014). Les récits de vie : outils pour la compréhension et catalyseurs pour l'action. *Interrogations*, 17, 1-14.
- Flick, U. (1993). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie : théories subjectives et représentations sociales*. Paris : L'Harmattan.
- Flora, L. (2012). *Le patient formateur : élaboration théorique et pratique d'un nouveau métier de la santé*. Thèse de doctorat en Sciences de l'Education, Université Paris 8.
- Foray, D. (2009). *L'économie de la connaissance*. Paris : la Découverte.
- Ford, J. D., & Ford, L. W. (1994). Logics of identity, contradiction, and attraction in change. *Academy of Management Review*, 19(4), 756-785.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1984). L'éthique du souci de soi comme pratique de liberté. *Concordia. Revue Internationale de Philosophie Paris*, (6), 99-116.
- Foucault, M. (1997). Histoire de la sexualité. *Le souci de soi*. Paris : Gallimard.
- Fournier, M. (2004). Les canons de la beauté. *Sciences humaines*, (10), 30-30.
- Fournier, M. (2010a). Souci du corps et sculpture de soi. *Sciences humaines*, (154), 23-23.
- Fournier, M. (2010b). Tiens-toi droit. *Sciences humaines*, (132), 27-27.
- Gadenne, E. (2012). *Le guide pratique du Quantified Self : mieux gérer sa vie, sa santé, sa productivité*. Limoges : Fyp.

- Gagnayre, R., & d'Ivernois, J.-F. (2003). L'éducation thérapeutique : passerelle vers la promotion de la santé. *Actual Dossiers Santé Publique*, 43, 12-7.
- Garel, J.-P. (2006). La reconnaissance de la capacité d'agir sur et par un corps altéré, enjeu de la construction du sujet. *Recherches & éducations*, 11.
- Garrigou, A.). (2000). *La santé dans tous ses états*. Biarritz : Atlantica.
- Gaudillière, J.-P. (2006). *La médecine et les sciences : XIXe-XXe siècles*. Paris : La Découverte.
- Gaulejac, V. de. (2009). *Qui est « Je » ? sociologie clinique du sujet*. Paris : Seuil.
- Gaulejac, V. de. (2012). *L'histoire en héritage : roman familial et trajectoire sociale*. Paris : Payot et Rivages.
- Gaulejac, V. de, & Roy, S. (1993). *Sociologies cliniques*. Paris : Epi.
- Gaulejac, V. de, Hanique, F., & Roche, P. (2007). *La sociologie clinique : enjeux théoriques et méthodologiques*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Gaulejac, V. de, Hanique, F., Roche, P., & Lipiansky, E. M. (2008). La sociologie clinique. *Enjeux théoriques et méthodologiques*. *Connexions*, (89), 183.
- Gérard, L. (1969). Claudine Herzlich, Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 24(6), 1519-1521.
- Giannini, H. (1992). *La « réflexion » quotidienne : vers une archéologie de l'expérience*. Aix-en-provence : Alinéa.
- Giddens, A. (1987). *La constitution de la société*. Paris : Presses universitaires de France.
- Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris : L'Harmattan.
- Gillon, R. (1985). Autonomy and the principle of respect for autonomy. *British Med Journal (Clinical Research Ed.)* 290(6484)
- Giroux, É. (2010). *Après Canguilhem : définir la santé et la maladie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2009). *The discovery of grounded theory : Strategies for qualitative research*. New Brunswick : Aldine Transaction publishers.

- Glaser, B. G., Strauss, A. L., & Strutzel, E. (1968). The discovery of grounded theory; strategies for qualitative research. *Nursing research*, 17(4), 364.
- Godin, G. (Éd.). (2012). *Les comportements dans le domaine de la santé : comprendre pour mieux intervenir*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal,
- Goffman, E., & Kihm, A. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les éd. de minuit.
- Greacen, T., Las Vergnas, O., & Nguyễn, T.-T. (2010). La Cité de la santé, une expérience d'empowerment. *Pratiques de Formation-Analyse*, 2010(58-59), 175-187.
- Grimaldi, A. (2010). Les différents habits de l'« expert profane ». *Les Tribunes de la santé*, 27(2), 91.
- Grivel, L. (2011). *Analyse d'opinions sur internet*. Paris : Hermès Science Publications
- Gross, O. (2014). *Experts et expertise : Contribution à la caractérisation du patient-expert et de son expertise*. (Thèse de doctorat). Université Paris 13, France.
- Guienne, V. (2012). *Nos choix de santé : dilemmes et controverses*. Nantes : Atalante.
- Hanique, F., Gauléjac, V. de, & Roche, P. (Éd.). (2012). *La sociologie clinique : enjeux théoriques et méthodologiques*. Toulouse : Erès.
- Heidegger, M. (1966). *Lettre sur l'humanisme*. Paris : Aubier Montaigne.
- Herzlich, C. (1966). *La représentation sociale de la santé et de la maladie* (Thèse de 3e cycle). France.
- Herzlich, C. (1970). *Médecine, maladie et société : recueil de textes*. Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Herzlich, C. (1986). Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social. In Doise, Willem et Palmonari, Augusto *L'étude des représentations sociales*, 157-170.
- Herzlich, C., & Moscovici, S. (1969). *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*. Paris : Editions de l'École des Hautes études en sciences sociales
- Hofstein, F. (2005). *L'amour du corps*. Paris : Odile Jacob.

- Honoré, B. (2016). *Produire sa vie et son histoire. Résonances philosophiques*. Lyon : Chronique sociale.
- Houde, R. (1999). *Les temps de la vie : le développement psychosocial de l'adulte selon la perspective du cycle de vie*. Montréal : G. Morin.
- Houtaud, A. d'. (1998). *Sociologie de la santé : langage et savoirs, environnement et éthique*. Paris : L'Harmattan.
- Houtaud, A. d'. (2003). *A la recherche de l'image sociale de la santé*. Paris : L'Harmattan.
- Howell, D. C. (2008). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Bruxelles : De Boeck.
- Husson, F., Lê, S., & Pagès, J. (2016). *Analyse de données avec R*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Illich, I. (1975). *Némésis Médicale l'Expropriation de la Santé*. Paris : Seuil
- Illich, I. (1999). L'obsession de la santé parfaite. *Le Monde Diplomatique*. Mars 1999, 28.
- INCa. (2011). *Cancers et tabac. Etat des connaissances en date du 12 avril 2011. Collection Fiches Repères*
- INCa. (2014). *Les cancers en France. Editions 2014. Les données*.
- Jeunesse, C. (2016). Les technologies, alliées de l'apprenance ? *Revue éducation permanente*. 207, 179-188
- Jodelet, D. (2006). Culture et pratiques de santé. *Nouvelle revue de psychosociologie*, (1), 219-239.
- Jodelet, D. (2013). Place des représentations sociales dans l'Education thérapeutique. *Education permanente*, p. 37-46.
- Jodelet, D. (2014). A propos des jeux et enjeux de savoir dans l'éducation thérapeutique des patients. *Nouvelles coopérations réflexives en santé : De l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche*, 59.
- Jore, M. (2012). *Apprenance et proactivité : élaboration d'instruments et analyse des liens inter attitudeux*, thèse de Sciences de l'Education, Université Paris X Nanterre.

- Jouet, E., Flora, L., & Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. *Usagers-experts : la part du savoir des malades dans le système de santé, Pratiques de formations - Analyses*,
- Jouet, E., Las Vergnas, O., & Noël-Hureau, É. (2014). *Nouvelles coopérations réflexives en santé : de l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche*. Paris : Éditions des archives contemporaines.
- Juvin, H. (2005). *L'avènement du corps*. Paris : Gallimard.
- Kalampaliki, N. (2005). L'apport de la méthode Alceste dans l'analyse des représentations sociales. *Hors collection*, 147-163.
- Kaufmann, J.-C. (2011). *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin.
- Kern, D. (2015). L'éducation thérapeutique du patient et la formation des adultes dans la 2e moitié de la vie. *Education Thérapeutique du Patient*, 7(1).
- Kivits, J., Balard, F., Fournier, C., & Winance, M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Paris : Armand Colin.
- Knowles, M. S. (1990). *L'apprenant adulte : vers un nouvel art de la formation*. Paris : Les Editions d'organisation.
- Kustos, L., & Delbart, S. (2014). *Société de la connaissance, l'humain au cœur des innovations*. Collège régional de prospective Nord-Pas de Calais
- Lachman, M. E. (2004). Development in midlife. *Annual Review of Psychology*, 55, 305-331.
- Lafontaine, C. (2014). *Le corps-marché : la marchandisation de la vie humaine à l'ère de la bioéconomie*. Paris : Seuil.
- Lahire, B. (2011). *L'homme pluriel : les ressorts de l'action*. Paris : Armand Colin
- Lahire, B. (2012). *Monde pluriel : penser l'unité des sciences sociales*. Paris : Seuil
- Lainé, A. (2007). *Faire de sa vie une histoire : théories et pratiques de l'histoire de vie en formation*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Laplantine, F., & Rabeyron, P.-L. (1987). *Les médecines parallèles*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Laplantine, F., & Thomas, L.-V. (1993). *Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris : Payot.

- Las Vergnas, O. (2014). Réflexivité des malades et dialogues entre phénoménologies pragmatiques et épistémologies académiques. *Nouvelles coopérations réflexives en santé*, 101-135. Paris : Editions des archives contemporaines
- Las Vergnas, O. (2016). Apprenance, rapports aux sciences et effets de la catégorisation scientifique scolaire. *Éducation permanente*, 2016, 207, 97-104
- Las Vergnas, O. (2016). *À la recherche des variations des étoiles fixes : 2000 ans de catalogues et d'estimations d'éclats : un exemple de mélange de données qualitatives et quantitatives traitées par l'analyse des correspondances*. Paris : Editions des archives contemporaines.
- Lavelle, L. (1993). *La conscience de soi*. Paris : Bartillat.
- Le Breton, D. (2016). *La sociologie du corps*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Lebart, L., & Salem, A. (1994). *Statistique textuelle*. Paris : Dunod.
- Lecimbre, E., Gagnayre, R., Deccache, A. & d'Ivernois, J.-F. (2002). Le rôle des associations de patients dans le développement de l'éducation thérapeutique en France. *Santé publique*, 14(4), 389-401.
- Lecomte, T. (1999). Chiffres de l'autoconsommation en France et à l'étranger. *Adsp n° 27*, juin 1999
- Legrand, M. (1993). *L'approche biographique : théorie, clinique*. Paris : Hommes et perspectives EPI.
- Lesourd, F. (2009). *L'homme en transition : éducation et tournants de vie*. Paris : Anthropos Education.
- Mackenzie, C. (2012). Agency: un mot, un engagement. *Rives méditerranéennes*, 41.
- Marpsat, M. (2010). La méthode Alceste. *Sociologie*, 1, vol. 1.
- Masquelet, A. C. (2011). *Penser la relation de soin : pour une approche clinique renouvelée*. Paris : Séli Arslan
- Merrill, S. S., & Verbrugge, L. M. (1999). Health and disease in midlife. *Life in the middle: Psychological and social development in middle age*, 77-103.
- Meyer, T., & Verhiac, J.-F. (2004). Auto-efficacité : quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé ? *Savoirs, Hors-série (5)*, 117-134.

- Mezirow, J. (2001). *Penser son expérience : une voie vers l'autoformation*. Lyon : Chronique sociale.
- Mezzich, J. E., & Kipman, S.-D. (2012). *Médecine de la personne : un manifeste collectif qui s'adresse aux médecins, soignants, malades et décideurs*. Rueil-Malmaison : Doin Arnette.
- Michelat, G. (1975). Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. *Revue Française de Sociologie*, 16(2), 229.
- Millet-Bartoli, F. (2006). *La crise du milieu de la vie : une deuxième chance*. Paris : Odile Jacob.
- Molénat, X.). (2013). *L'individu contemporain : regards sociologiques*. Auxerre : Éditions Sciences humaines.
- Monneraud, L. (2011). La démocratie sanitaire au milieu du gué ? Formes problématiques de prise de parole des usagers dans le système de santé français. *Recherches en Communication*, 32(32), 87-102.
- Montalembert, P., & De Majnoni d'Intignano, B. (2012). Des dépenses de santé en constante augmentation. *Cahiers français*, n°369, 1-70.
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Édition du Seuil.
- Morin, E. (2015). *Penser global : l'homme et son univers*. Paris : Robert Laffont
- Moscovici, S. (1993). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie : théories subjectives et représentations sociales*. Paris : l'Harmattan.
- Moscovici, S., & Petrillo, G. (2000). *Santé et société : la santé et la maladie comme phénomènes sociaux*. Lausanne : Delachaux et Niestlé.
- Nagels, M., & Carré, P. (2016). *Apprendre par soi-même aujourd'hui : Les nouvelles modalités de l'autoformation dans la société digitale*. Paris : Editions des archives contemporaines.
- Nathan, T., & Stengers, I. (2012). *Médecins et sorciers*. Paris : La Découverte.
- Niewiadomski, C. (2000). Histoires de vie et enjeux de « pouvoir-savoir » avec les personnes alcooliques. *Education permanente*, (142), 169-184.
- Niewiadomski, C. (2006). L'événement : entre intra-psychique et socio-psychique. « Événements catastrophe », effets de résonances et interprétation dans les groupes. *Pensée plurielle*, no 13(3), 49-58.

- Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative : entendre et écouter le sujet contemporain*. Toulouse : Eres.
- Niewiadomski, C. & Villers, G. de (2002). *Souci et soin de soi : liens et frontières entre histoire de vie, psychothérapie et psychanalyse*. Paris : L'Harmattan.
- Noël-Hureaux, E. (2010). Quels savoirs « en jeu » (enjeux) autour de la maladie chronique. *Pratiques de formation/Analyses*, (58-59), 111-123.
- Nóvoa, A. (1998). Paulo Freire (1921-1997): A "inteireza" de um pedagogo utópico. *Paulo Freire: Política e Pedagogia*. Porto: Porto Editora, 167-191.
- Ogden, J. (2014). *Psychologie de la santé*. Bruxelles : De Boeck.
- OMS. (1998). *Glossaire de la promotion de la santé*.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e édition). Paris : Armand Colin.
- Pain, A. (1990). *Éducation informelle : les effets formateurs dans le quotidien*. Paris : L'Harmattan.
- Peretti Watel, P., Seror, V., Du Roscoat, E., & Beck, F. (2009). La prévention en question: attitudes à l'égard de la santé, perceptions des messages préventifs et impact des campagnes. *Evolutions* n° 18.
- Pierron, J.-P. (2007). Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé*, 25(2), 43-66.
- Pineau, G. (1983). *Produire sa vie : autoformation et autobiographie*. Montréal : Editions Saint-Martin.
- Pineau, G. (2013). Les réflexions sur les pratiques au cœur du tournant réflexif. *Éducation permanente*, 196, 9-23.
- Quintin, J. (2014). *Vérité de soi et quête de sens : le récit de vie dans la relation de soin*. Montréal : Liber.
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Renahy, E., Parizot, I., Lesieur, S., & Chauvin, P. (2007). *Whist : enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur Internet*. Paris : Inserm

- Reuchlin, M., & Piéron, H. (1975). *Les méthodes quantitatives en psychologie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Ricœur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance*. Paris : Stock.
- Ricœur, P. (2015). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil
- Riverin-Simard, D. (1984). *Etapas de vie au travail*. Montréal : Saint-Martin.
- Robert, C. (2010). L'autonomie, aspiration ou condition ? *La Vie des idées*, 26.
- Robert-Bobée, I. (2007). Projections de population 2005-2050 : vieillissement de la population en France métropolitaine. *Economie et statistique*, 408(1), 95-112.
- Robin, J.-Y., Maumigny-Garban, B. & de, Soëtard, M. (2004). *Le récit biographique*. Paris : L'Harmattan.
- Rosa, H. (2010). *Accélération : une critique sociale du temps*. Paris : La Découverte.
- Rothenburg, A. (1979). *The emerging goddess*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rouré, H., & Reinert, M. (1993). Analyse d'un entretien à l'aide d'une méthode d'analyse lexicale. In *Actes du Colloque des Secondes Journées Internationales d'Analyse de Données Textuelles*, 418-428
- Rueff Escoubès, C. (2009). *La santé*. Paris : Presses universitaires de France.
- Sandrin Berthon, B. (2000). *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris : Presses universitaires de France.
- Sauvayre, R. (2013). *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Sfez, L. (2001). *L'utopie de la santé parfaite : colloque de Cerisy, du 11 au 19 juin 1998*. Paris : Presses universitaires de France.
- Simon, D., Traynard, P.-Y., Bourdillon, F., Gagnayre, R., & Grimaldi, A. (2013). *Education thérapeutique : prévention et maladies chroniques*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Singly, F. de. (2011). *L'individualisme est un humanisme*. La Tour-d'Aigues : Edde l'aube.
- Strauss, A. L. (1992). *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan.

- Sultan, S., & Varescon, I. (2012). *Psychologie de la santé*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Tabuteau, D., Benkimoun, P., & Saout, C. (2006). *Les nouvelles frontières de la santé : comment serons-nous soignés demain ?* Paris : Odile Jacob
- Tenand, M. (2014). Vieillesse démographique : la hausse des dépenses de santé est-elle inexorable ? *Informations sociales*, (183), 74-82.
- Thill, E., & Vallerand, R. J. (1993). *Introduction à la psychologie de la motivation*. Laval : Éditions Études vivantes.
- Tourette-Turgis, C. (2015a). *L'éducation thérapeutique du patient : la maladie comme occasion d'apprentissage*. Bruxelles : De Boeck.
- Tourette-Turgis, C. (2015b). Les patients experts et les soignants, vers des relations de réciprocité, *soins n° 796*
- Tourette-Turgis, C., & Thievenaz, J. (2014). L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche. *Savoirs*, (35), 9-48.
- Travaillet, Y. (2002). Les Français à la conquête de leur corps. *Sciences humaines*, (11), 24-24.
- Vailly, J., Kehr, J., & Niewöhner, J. (2011). *De la vie biologique à la vie sociale : approches sociologiques et anthropologiques*. Paris : la Découverte.
- Varela, F. J. (1989). *Autonomie et connaissance : essai sur le vivant*. Paris : Seuil.
- Vermersch, P. (2014). *L'entretien d'explicitation*. Issy-les-Moulineaux : ESF.
- Viau, R. (1994). Vallerand, R. J. et Thill, E. E. (1993). Introduction à la psychologie de la motivation. *Revue des sciences de l'éducation*, 20(2), 411. Laval : Éditions Études Vivantes.
- Vigarello, G. (1978). *Le corps redressé*. Paris : Delarge.
- Vigarello, G. (2004). *Histoire de la beauté : le corps et l'art d'embellir (XVIe–XXe siècle)*. Paris : Seuil
- Vigarello, G. (2016). *Histoire des pratiques de santé : le sain et le malsain depuis le Moyen Age*. Paris : Seuil
- Von Benedek, L. (2010). *La crise du milieu de vie : un tournant, une seconde chance*. Paris : Eyrolles.

- Vrancken, D., & Macquet, C. (2006). *Le travail sur soi : vers une psychologisation de la société ?* Paris : Belin.
- Waissman, R. (2001). Sylvie Fainzang, Médicaments et Société. Le patient, le médecin, et l'ordonnance. *Archives de sciences sociales des religions*, (116), 93-156.
- Waldvogel, F. (2009). Le rapprochement entre sciences naturelles et sciences humaines est devenu une urgence pour la pratique médicale. *Savoirs*, (19), 53-56.
- Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches qualitatives*, 3, 243-272.
- Whitbourne, S. K. (2001). The physical aging process in midlife: Interactions with psychological and sociocultural factors. *Handbook of midlife development*, 109-155.
- Zaltman, G., Pinson, C. R., & Angelmar, R. (1973). *Metatheory and consumer research*. New York : Holt, Reinhart and Winston.
- Zimmerman, B. J., Kovach, R., & Bonner, S. (2000). *Des apprenants autonomes : autorégulation des apprentissages*. Bruxelles : De Boeck.
- Zimmermann, F. (1995). *Généalogie des médecines douces : de l'Inde à l'Occident*. Paris : Presses universitaires de France.

# Webographie

- ADSP (2010) - *Les maladies chroniques*. 72.  
Consulté le 27 mars 2017 :  
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=112>
- CREDOC (2014) *La diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française*.  
Consulté le 27 mars 2017 :  
<http://www.credoc.fr/pdf/Rapp/R317.pdf>
- INCa. (2016). *Rapport scientifique 2014-2015*.  
Consulté le 27 mars 2017 :  
<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Institut-national-du-cancer-rapport-scientifique-2014-2015>
- INPES - *Communication et promotion de la santé*.  
Consulté 27 mars 2017 :  
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/campagne-communication/>
- INPES - *Les Baromètres santé, un observatoire des comportements des Français pour orienter les politiques de santé publique*.  
Consulté le 27 mars 2017 :  
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/index.asp>
- Molénat, X. (2010). *Autonomie : de l'idéal à la norme*.  
Consulté le 27 mars 2017 :  
[http://www.scienceshumaines.com/autonomie-de-l-ideal-a-la-norme\\_fr\\_26205.html](http://www.scienceshumaines.com/autonomie-de-l-ideal-a-la-norme_fr_26205.html)

# Table des tableaux

Tableau 1 – Composition de l'échantillon de l'étude compréhensive .....	85
Tableau 2 - Population active en 2013 - INSEE.....	148
Tableau 3 - Matrice de corrélation sur échantillon 24EC .....	159
Tableau 4 - Matrice de corrélation sur échantillon 451Q .....	160
Tableau 5 - Comparaison matrices de corrélation échantillons 24EC et 451Q.....	161
Tableau 6 - Tableau de contingence questionnaire confirmatoire sur échantillon 451Q.....	162
Tableau 7 – Scores moyens variable fatalisme selon CSP sur échantillon 451Q.....	172
Tableau 8 - Scores moyens variables agentivité et apprenance selon la CSP sur échantillon 451Q .....	173

# Table des figures

Figure 1 - Dépenses de santé annuelles par tranche d'âge pour les années 1992 et 2000 .....	20
Figure 2 – Représentation des déterminants de santé – Modèle de Whitehead & Dahlgren....	42
Figure 3 - La causalité triadique réciproque de Bandura .....	43
Figure 4 - Questionnaire exploratoire - Répartition selon le sexe .....	61
Figure 5 – Questionnaire exploratoire – Répartition selon la variable âge .....	61
Figure 6 – Questionnaire exploratoire - Répartition selon la variable niveau d'études .....	61
Figure 7 - Questionnaire exploratoire - Répartition selon la catégorie socioprofessionnelle .....	62
Figure 8 - Grille d'entretien - Entretiens exploratoires.....	64
Figure 9 - Résultats du questionnaire exploratoire .....	67
Figure 10 – Représentation graphique des résultats du questionnaire exploratoire .....	68
Figure 11 - Analyse lexicale du corpus des entretiens réalisée avec le logiciel IRaMuTeQ®....	93
Figure 12 - Analyse factorielle des correspondances réalisée avec le logiciel IRaMuTeQ® .....	94
Figure 13 - Analyse factorielle des correspondances sur corpus entretiens compréhensifs .....	95
Figure 14 - La causalité triadique réciproque de Bandura .....	96
Figure 15 - Analyse factorielle des correspondances sur corpus entretiens compréhensifs ....	107
Figure 16 - Analyseurs de comportements de santé.....	119
Figure 17 - Evolution des réponses au questionnaire.....	144
Figure 18 - Répartition de la population par sexe – Questionnaire Etude Confirmatoire .....	145
Figure 19 - Répartition de la population française suite au recensement de 2013 - INSEE .....	146
Figure 20 - Répartition de notre échantillon selon la situation familiale .....	146

Figure 21 - Répartition de notre échantillon selon composition de la famille .....	147
Figure 22 – Répartition de notre échantillon selon la CSP .....	147
Figure 23 - Répartition de notre échantillon par niveau d'études .....	148
Figure 24 -Population non scolarisée de 15 ans ou plus par sexe, âge et diplôme- INSEE .....	149
Figure 25 - Répartition de notre échantillon selon le lieu de résidence .....	149
Figure 26 - Répartition de notre échantillon selon la tranche d'âge .....	150
Figure 27 - Analyse factorielle des correspondances réalisée sur notre échantillon 451Q .....	164
Figure 28 - Analyse factorielle des correspondances variables apprenance et d'agentivité	165
Figure 29 - Analyse factorielle des correspondances sans variable apprenance santé.....	167
Figure 30 - Analyse factorielle des correspondances avec variable niveau d'études .....	169
Figure 31 - Analyse factorielle des correspondances avec variable CSP .....	170
Figure 32 - Moyenne scores obtenus variable allégeance au médecin selon CSP .....	171
Figure 33 - Analyse factorielle des correspondances sur échantillon 24EC .....	174
Figure 34 - Matrice explicative des comportements de santé .....	188
Figure 35 - Scores obtenus par Solange, 50 ans, responsable achat .....	189
Figure 36 - Représentation graphique du profil de Solange à partir des scores obtenus.....	189
Figure 37 - Scores obtenus par Thierry, 46 ans, informaticien .....	190
Figure 38 - Représentation graphique du profil de Thierry à partir des scores obtenus .....	190
Figure 39 - Scores obtenus par Adèle, 54 ans, coiffeuse .....	191
Figure 40 - Représentation graphique du profil d'Adèle à partir des scores obtenus .....	191