



HAL
open science

Ch6 La production profane des réputations dans les réseaux de discussion et Ch7 Différences sociales, différences locales dans la production des jugements sur les offres de soins

Alexis Ferrand

► To cite this version:

Alexis Ferrand. Ch6 La production profane des réputations dans les réseaux de discussion et Ch7 Différences sociales, différences locales dans la production des jugements sur les offres de soins. G.Cresson, A.Ferrand, P.Lardé. Les systèmes locaux de santé,, Lille, CNRS CLERSE, pp.92-149, 2001. halshs-00252973

HAL Id: halshs-00252973

<https://shs.hal.science/halshs-00252973>

Submitted on 12 Feb 2008

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LES SYSTEMES LOCAUX DE SANTE :

**« Modèles médicaux » des généralistes ;
Relations de confiance et production des réputations dans la population.
Etude de deux localités.**

Rapport final de recherche au
PROGRAMME CNRS « SANTÉ-SOCIÉTÉ »
AXE : « DEVENIR DES SYSTEMES DE SANTE »

Geneviève CRESSON, Alexis FERRAND, Philippe LARDÉ

Contact : Alexis.ferrand@univ-lille1.fr

NB La pagination de ce fichier ne correspond pas à celle du rapport imprimé

On trouvera la méthodologie d'ensemble de l'enquête dans le rapport imprimé

Plan du rapport

1. De la pertinence d'une analyse des systèmes locaux de santé

- 1.1. La problématique du système local de santé
- 1.2. Présentation des deux localités retenues

2. Méthodologie de l'approche

- 2.1. Le concept de "modèle médical local" et les hypothèses de la recherche
- 2.2. L'enquête auprès des médecins généralistes.
- 2.3. La méthodologie de traitement des données
- 2.4. Conclusion

3. Essai de construction de modèles médicaux locaux

- 3.1. Le modèle médical local dominant
- 3.2. La construction d'une typologie des opinions
- 3.3. L'information du médecin et le modèle médical local
- 3.4. Conclusion

4. méthodologie de l'enquête " population "

- 4.1. Questionnaire et analyse des réseaux.
- 4.2. Méthode d'échantillonnage
- 4.3. Présentation de notre échantillon raisonné.

5. Réseaux de recours et confiance

- 5.1. La santé des enquêtés, généralités.
- 5.2. Peur des maladies et évaluation des soins.
- 5.3. Opinions sur les établissements de soins connus
- 5.4. Attentes vis à vis des médecins.
- 5.5. Les contacts avec l'ensemble des soignants.
- 5.6. Les contacts avec les médecins.
- 5.7. La question de la confiance
- 5.8. La confiance est-elle une relation réciproque ?
- 5.9. Conclusion

6. La production profane des réputations dans les Réseaux de discussions

- 6.1. La régulation « par en bas » des systèmes de santé
- 6.2. Les relations de discussions sur la santé et les soins
- 6.3. Les types de relations normativement préférées pour les discussions
- 6.4. L'effet des discussions sur la formation des opinions

7. Différences sociales, différences locales dans la production des jugements sur les offres de soins

- 7.1. Localités et possibilités de parler
- 7.2. Localités et formation des opinions sur les prises en charge
- 7.3. Les ressources mobilisables à travers les relations qui facilitent la formation des opinions ?
- 7.4. Localité et réseau : des effets spécifiques et indépendants sur la formation des opinions
- 7.5. Le partage des opinions dans les relations de discussion
- 7.6. Conclusions

8. Conclusion générale

6. LA PRODUCTION PROFANE DES REPUTATIONS DANS LES RESEAUX DE DISCUSSIONS

“ Comment faire du client, donc du patient, un acteur, sinon un sujet du système de santé ? Comment ne pas en faire un bénéficiaire passif, exclu, et malgré tout reconnaissant ? ” J. Saliba (1994)

6.1. LA REGULATION “ PAR EN BAS ” DES SYSTEMES DE SANTE

Les activités médicales sont principalement “ autorégulées ”, contrôlées par ceux-là même qui les exercent, et non par une instance extérieure. Cette autorégulation caractérise leur exercice en tant qu’activités *professionnelles*. Les compétences requises, les diagnostics, les choix thérapeutiques effectués, les réserves qu’impose le code de déontologie, sont en principe surveillés par la profession elle-même (Freidson, 1970). Cependant la limitation des ressources économiques a introduit un enjeu financier dans le contrôle des activités médicales. La difficulté rencontrée pour parvenir à endiguer la croissance des dépenses de santé témoigne de la crise d’un des processus de régulation du “ système de santé ”. L’approche politico-administrative considère que cette régulation économique du système doit mettre en jeu la définition d’objectifs globaux, un auto-contrôle des prestataires (individus ou organismes) suivi de sanctions ex-post imposées par une autorité globale. Dans cette approche, les professionnels, les organismes payeurs, et les pouvoirs politiques sont les acteurs essentiels de la régulation économique du système. Aux usagers on demandera au mieux d’être des demandeurs de soins moins déraisonnables et de veiller à ne pas être inutilement malades. Les échecs répétés des efforts et des plans engagés dans cet esprit sont dus au fait qu’ils laissent entières les contradictions propres à d’autres niveaux de régulation du système de santé (Johanet, 1998). Mais on peut se demander si ces échecs ne tiennent pas aussi au caractère exclusivement “ top down ” des contrôles que les politiques de réforme ont mis en oeuvre. D’autres logiques de régulation existent simultanément. Deux d’entre elles concernent plus particulièrement les usagers, et les réseaux relationnels qui les unissent, en tant que composante des “ systèmes de santé ”. Elles constituent des régulations “down – top” .

6.1.1. REGULATION PAR LE “ MARCHÉ ” : LA PRODUCTION DES REPUTATIONS DES SOIGNANTS

La première régulation est inhérentes à la dynamique des rapports offre/demande de soins, à la “ consommation ” des biens de santé. Le modèle normatif du système “ libéral ” d’accès aux soins suppose le choix “ libre ” par le patient de son soignant au sein d’une palette d’offres concurrentes. Nous dirons que le fait qu’un acteur envisage de consulter ou de continuer à consulter un soignant relève d’un modèle d’action rationnelle complexe. Mais le patient est dans une situation d’information très imparfaite : que sait-il des qualités des soignants et comment peut-il les juger ? C’est la circulation d’informations et la production de jugements sur les offres de soins au sein de réseaux de discussion entre acteurs, c’est à dire les processus inter-individuels de production des réputations, qu’il convient de formaliser et décrire. Bien que les honoraires d’une partie des médecins soient fixés, la situation “ de marché ” est assez analogue à celle des avocats examinée par L.Karpik (1989). Nous ferons ici une analyse beaucoup plus précise qu’il ne le fait du fonctionnement de ce qu’il nomme “ réseau-échange ”.

On propose un modèle où la réputation n’est pas une information qui circule dans des canaux, mais le produit toujours redéfini de confrontations d’opinions que réalisent les discussions situées dans des structures relationnelles variées. Les modèles d’organisation des réseaux sont des faits sociaux. On suppose que des réseaux ayant des types d’organisation différents produisent des effets de régulation différents sur les systèmes locaux de santé.

Pour développer ce modèle on examine deux questions :

1. Comment sont organisées des relations de discussion entre usagers sur les offres de soins? L'organisation des relations présente des régularités (plus ou moins fortes¹) qu'on appellera ici "modèles sociométriques" ou "structures", et on doit examiner les propriétés structurales des réseaux de discussion sur les offres de soins et chercher quels processus conditionnent leur existence².
2. Comment ces discussions permettent-elles des jugements sur ces offres? Dans quelle mesure permettent-elles aux acteurs de se prononcer en situation d'information très lacunaire? De quelles manières contribuent-elles à l'émergence d'opinions partagées, et donc contribuent-elles à la construction de réputations des soignants et des services?

6.1.2. REGULATION POLITICO-ADMINISTRATIVE : LA PRODUCTION D'UNE OPINION PUBLIQUE EN MATIERE DE POLITIQUE SANITAIRE

La deuxième forme de régulation résulte des orientations politiques récentes en matière de régionalisation des politiques de santé : celles-ci invitent les citoyens ou les usagers à contribuer aux débats qui sont supposés définir les orientations des politiques régionales de santé, et plus largement des politiques qui sont envisagées à différents échelons territoriaux infra-régionaux.

Quelle que soit l'évaluation portée par des observateurs sur le caractère plus ou moins "démocratique" ou "représentatif" des processus de consultation et de participation (Vedelago, 2000) deux tendances semblent durables : celle qui fait de la santé un enjeu de politiques de plus en plus locales, et celle qui en fait un enjeu autour duquel les responsables politiques souhaitent construire des consensus à partir d'une "participation" spécifique des citoyens. L'émergence de ce type de consensus suppose évidemment des procédures politico-administratives particulières permettant aux citoyens-usagers-patients d'exprimer leurs opinions, mais l'émergence d'un consensus suppose d'abord que les gens soient *capables de formuler des opinions*, des formes quelconques de jugements sur ces enjeux, et soient capables de concevoir quelques objectifs privilégiés. En somme il faut définir les processus de production d'une "opinion publique locale" en matière de santé, qui puissent simplement donner des contenus aux processus participatifs ou plus fortement qui soient capables d'entraîner des mobilisations collectives³.

6.1.3. LES CADRES COGNITIFS ET NORMATIFS RELATIFS A LA SANTE

Les deux processus - jugement des soignants et production d'opinions sur les enjeux collectifs de santé - activent différents cadres cognitifs dont certains sont vraisemblablement globaux (croyances, savoirs, stéréotypes, valeurs) au "domaine de la santé", d'autres étant plus spécifiques. Il faut définir une théorie de la production de ces cadres cognitifs et normatifs au sein de laquelle l'émergence d'objectifs collectifs de santé, et la construction des réputations des soignants, seront des problèmes particuliers.

Nous choisissons une théorie qui situe l'individu comme terme de différentes relations, et notamment de relations dans lesquelles les cadres cognitifs et normatifs d'un acteur sont confrontés à ceux d'autrui, confortés ou contestés, en tous cas inscrits dans l'interaction. Nous supposons que ce sont *des discussions*

1 Les structures sociométriques ne sont pas mécaniquement déductibles des normes. L'idée de différents types "d'ordres" relationnels est banale : on sait bien que certaines relations sont régulées par des normes impersonnelles, et d'autres en fonctions d'informations très personnelles des acteurs les uns sur les autres. Nous mettons l'accent ici sur l'opposition entre contrainte normative et contrainte sociométrique ou triadique : une relation dépend parfois plus de ce que des *tiers* disent des partenaires que de ce qu'ils savent l'un de l'autre. On trouve dans Clyde Mitchell 1973, p.2 une formulation liminaire de ce problème. Voir aussi Ferrand 1993.

2 Dans un domaine proche, on a cherché à montrer les propriétés des relations de discussion sur les questions affectives et sexuelles. Cf A.Ferrand, L.Mounier 1993 ; 1998.

3 Cf Chazel F. (1997) Notons que les processus de mobilisation dans le domaine de la santé sont très variés : "Don de sang", "Lutte contre le cancer" ; "Act Up", Certaines branches du mouvement écologiste, comités locaux de lutte en faveur du maintien d'un service médical de proximité, etc

interpersonnelles qui donnent forme et contenu aux jugements des acteurs⁴. Nous ne nous intéressons pas ici au fonctionnement des jugements comme processus individuels, internes à un acteur. Nous supposons que des discussions interpersonnelles sont un des processus essentiels – bien que non exclusif – de définition et d'émergence des cadres cognitifs et normatifs permettant de penser et juger les événements dans le domaine de la santé.

Nous sommes proches de la définition générale des représentations sociales avancée par Denise Jodelet (1994, p.36) qui voit en elles “ une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ” en insistant avec Willem Doise sur le fait qu'elles “ sont en quelque sorte autonomes par rapport à la conscience individuelle ” dans la mesure où “ ce sont des individus qui les pensent et les produisent, mais au cours d'échanges, d'actes de coopération, non pas de manière isolée. C'est à dire qu'il s'agit de réalités partagées. ” (Doise et Palmonari 1986, p.15). Ces réalités sont moins des contenus typiques que des références ou des opérateurs, elles “ sont des principes générateurs de prises de position liées à des insertions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux et organisant les processus symboliques intervenant dans ces rapports ” (id. p.85).

Ce caractère partagé a une forme spécifique ; il ne s'agit pas de pensées similaires chez différents acteurs, mais bien de pensées qu'ils détiennent du fait d'un processus d'interaction. Cette distinction est bien posée par F. Chazel lorsqu'il écrit “ alors que Boudon s'intéresse essentiellement au transsubjectif, c'est à dire aux croyances susceptibles de devenir celles d'un grand nombre... dans la mesure où elles font l'objet d'une adhésion individuelle de chacun, notre objet nous amène à privilégier plutôt l'intersubjectif. Les processus d'appropriation et de réappropriation des cadres, les ajustements cognitifs se déroulent en effet sur un fond d'interaction : ils s'opèrent d'autant plus aisément que l'interaction est plus forte entre membres d'un même réseau, voire d'une même collectivité, ils tendent de ce fait à être partagés ” (F. Chazel 1997, p.205).

Plusieurs effets des réseaux de discussion interpersonnelle doivent donc être envisagés :

1. Ils assurent la *production des cadres cognitifs et normatifs* (frames) à partir desquels les individus interprètent les situations. En ce sens ils encadrent la production des contenus des représentations sociales des acteurs sur leur propre état de santé, les soins, les relations soignant-soigné, etc.
2. Ils assurent l'interprétation, la certification et la *validation “ pour nous ” des contenus* des messages des media.
3. De manière plus spécifique, les réseaux de discussion assurent la *circulation d'informations* sur l'offre de soins. Ils permettent l'échange informel plus ou moins développé d'informations entre habitants.
4. Ils assurent la *production des jugements* sur les offres, *et la stabilisation des notoriétés*.
5. Ils permettent la formation d'une opinion publique locale sur les questions de santé.

La recherche actuelle met en évidence les effets 3 et 4 :

- comment des réseaux permettent ou non des discussions sur la santé, assurant des échanges d'informations ?

- comment ils favorisent l'expression de jugements, la formation d'opinions, sur les offres de soins qui contribuent à une régulation “ par le bas ” des systèmes (locaux) de santé.

Ces *effets*⁵ des réseaux ne peuvent être considérés – sauf au prix d'un téléologisme un peu simplet – comme expliquant *l'existence* des discussions. La théorie doit définir ce qui rend possible, mais aussi impossible, des discussions interpersonnelles sur la santé et l'émergence de jugements sur les soins.

Au cours des réflexions, ces deux problèmes sont restés assez longtemps disjoints. D'un côté nous avons abordé le problème des échanges de parole sur la santé : peut-on discuter de sa santé, des médecins, des

⁴ Cf Rogers et Kincaid 1981

⁵ On peut substituer le terme de fonction à celui d'effet, pourvu qu'on se donne la peine d'écrire a) “ pour quoi ”, “ pour quelle entité ” ça fonctionne, b) la manière précise dont ça fonctionne.

maladies...? D'un autre coté nous avons abordé le problèmes des paroles qui arrivent à être des jugements : peut-on avoir une opinion, évaluer, apprécier, critiquer... ? La distinction entre possibilité de parler et possibilité de juger n'est pas vide dans la mesure où nous pouvons concevoir des discussions qui n'impliqueraient pas l'expression d'une prise de position, d'une opinion. Mais nous savons aussi que les discussions les plus "naturelles", celles qui ne font que raconter des "faits", sont précisément celles qui utilisent les catégories les plus "naturalisées", c'est à dire celles qui ont transformé les jugements sur les caractéristiques de la chose en substance de la chose elle même. Cette petite contradiction disparaît si on considère bien d'un coté la forme de la discussion comme *interaction sociale* (apparemment on ne juge pas), et d'un autre coté les *processus cognitifs* mobilisés (nos catégories sont des jugements substantialisés sur lesquels nous sommes tous d'accord). Ce n'est qu'en apparence qu'il n'y aurait pas de jugement, et le regard objectivant du sociologue pourrait "démasquer" les jugements sous-jacents et toujours présents. Donc la distinction entre possibilité de parler et possibilité de juger est inconsistante : toute parole implique un jugement.

Mais le problème rebondit si nous demandons bien à la théorie d'expliquer dans quelles conditions les acteurs vont *exprimer* un jugement. Dans les processus politico-administratifs envisagés on demande de manière très explicite aux acteurs de s'exprimer en tant que porteurs d'opinions. De manière moins explicite, mais cependant décisive dans le choix d'un soignant l'acteur met en jeu une opinion. Si nous désignons par le terme général de stéréotype toute catégorie du langage qui est puissamment liée à une évaluation ou à un jugement – sans que les acteurs qui les emploient en soient conscients - nous devons admettre que pour les acteurs ce n'est pas la même "posture" d'utiliser des stéréotypes pour "dire ce qui se passe", et de donner leur avis ou exprimer leur opinion comme jugement conscient et explicite. Cette seconde posture pose le problème crucial de la domination idéologique et symbolique qui peut "interdire" à l'acteur d'avoir l'audace d'exprimer explicitement un jugement personnel. On ne peut donc pas écrire que toute discussion comporte *l'expression* de jugements ou d'opinions.

Par contre nous admettons que les processus et les contraintes sociales qui limitent spécifiquement les possibilités de parler, limitent aussi *toujours* les possibilités de juger, et qu'il existe, par ailleurs et en plus, des processus et des contraintes sociales qui limitent les possibilités de juger, *sans limiter toujours* les possibilités d'échanges et de discussions, qui mobiliseraient alors essentiellement des stéréotypes.

6.2. LES RELATIONS DE DISCUSSIONS SUR LA SANTE ET LES SOINS

Dans les paragraphes qui suivent nous n'approfondissons pas ces distinctions théoriques entre stéréotypes comme jugements non conscients et expressions explicites des opinions. Nous définissons de manière générale des conditions de possibilité des discussions entre des acteurs dans des types particuliers de relations, qui résulteraient à la fois de normes sociales et de l'organisation du réseau à un moment donné, cette organisation offrant plus ou moins d'opportunités relationnelles d'actualisation des normes.

6.2.1. DES POSSIBILITES DE DISCUTER CONDITIONNEES PAR DES NORMES ET PAR DES OPPORTUNITES SOCIOMETRIQUES

Les possibilités de discuter résultent de deux niveaux de conditionnement :

- 1) Celui du *conditionnement normatif*. Des normes indiquent dans quel type de relation, entretenue avec quel type de partenaire, on peut discuter telle question, ou indiquent au contraire qu'on ne doit pas discuter telle question. Cette spécialisation est notamment sensible dans le cas des relations de discussion où il existe des distinctions par domaines (Laumann, E.O. 1973), mais aussi des distinctions fines dans un domaine⁶. Deux réserves générales doivent être faites. En matière de relations - comme dans tous les domaines - les prescriptions normatives sont préférentielles et peuvent comporter des clauses conditionnelles : si aucune relation du type préférentiel n'est disponible, alors on peut se "rabattre" sur un autre type de relation. Deuxièmement, s'agissant ici de

⁶ Dans le domaine des confidences affectives et sexuelles, les relations où on parle des sentiments ne sont fréquemment pas les mêmes que celles où on parle de maladies sexuelles ou de contraception (A.Ferrand, 1991). De même dans le domaine professionnel, "certaines relations permettent de parler profession, mais parler seulement, d'autres autorisent également l'éventualité d'un "risque" : monter une affaire ou prêter de l'argent" (A.Ferrand, 1993)

contrôle de l'information sur soi, les caractéristiques normatives des relations sont renforcées / contrariées par les caractéristiques sociométriques du réseau qui garantit plus ou moins à l'acteur un contrôle de l'information sur lui-même.

- 2) Celui du *conditionnement sociométrique* ou structural résultant du nombre de relations de différents types disponibles pour l'acteur, des positions respectives de ces relations et de la manière dont elles dépendent les unes des autres. Ces propriétés du réseau ouvrent à l'acteur des choix, des opportunités, plus ou moins importants pour répondre aux suggestions normatives. Les réseaux présentent des régularités plus ou moins fortes dans l'organisation sociométrique des relations. On appellera ici "modèles sociométriques" ou "structures" ces formes d'organisation. Les structures sociométriques ne sont pas mécaniquement déductibles des normes. L'idée de différents types "d'ordres" relationnels est banale : on sait bien que certaines relations sont régulées par des normes impersonnelles, et d'autres en fonctions d'informations très personnelles des acteurs les uns sur les autres. Nous mettons l'accent ici sur l'opposition entre contrainte normative et contrainte sociométrique ou triadique : une relation dépend parfois plus de ce que des *tiers* disent des partenaires que de ce qu'ils savent l'un de l'autre. On trouve dans Clyde Mitchell (Boissevain J. Mitchell J.C., 1973) une formulation liminaire de ce problème.

Le premier objectif est de montrer dans quels types de relations des discussions sur la santé peuvent avoir lieu. On supposera que les discussions sont un contenu supplémentaire de relations qui existent par ailleurs et pour d'autres propos, et il convient de montrer comment certaines relations sont choisies, mobilisées, et pas d'autres. A partir du constat des choix préférentiels, des hypothèses peuvent être avancées pour expliquer pourquoi ce sont ces relations là qui sont choisies.

Le second objectif serait de *décrire* certaines caractéristiques des *structures* des réseaux⁷. Mais ceci n'est pas possible ici, vu le type d'enquête qui pouvait être mené. Un troisième objectif de ce type de recherche serait ensuite d'*expliquer* les caractéristiques observées de ces réseaux par les contextes sociaux locaux des collectivités examinées. Il s'agirait alors de montrer comment ces structures relationnelles particulières sont conditionnées par les propriétés des structures sociales locales.

6.2.1.1. *Différents systèmes de représentations et de normes*

Les normes de discussion sur la santé et les maladies, les soignants et les soins, ne peuvent être traitées comme des particularités relativement anodines des "cultures" propres à différents milieux sociaux⁸. Deux questions se posent :

- 1) Comment sont *spécifiés*, les systèmes de représentations, *les cadres cognitifs et normatifs* "du domaine de la santé" ? Des "objets" tels que la santé, les maladies ou certaines maladies, les soins, les médecins, les services médicaux, forment-ils un seul système, des systèmes variés ? ... Quel est le degré de spécialisations et d'autonomie de chacun de ces systèmes ? Nous supposons qu'il existe une hétérogénéité et une multiplicité de systèmes de représentations qui sont mobilisés et *combinés* pour produire des représentations et des prescriptions dans le domaine de la santé.
- 2) Nous devons plus particulièrement savoir comment des cadres normatifs régulent les discussions sur la santé. Ces échanges forment-ils un ensemble unifié ? ou bien doit-on concevoir que des principes variés gouvernent les échanges interpersonnels selon les sujets comme la santé en général, ou les maladies, ou les soignants, etc. Plus précisément, avec quels partenaires, dans quels types de relations, des discussions sur chacun de ces sujets sont-elles encouragées, tolérées, proscrites ? Nous penchons

⁷ Nous rencontrons ici une difficulté sur laquelle nous reviendrons : *a priori* de tels réseaux n'ont pas de limites spécifiquement locales, mais nous pouvons cependant supposer que parmi les habitants de différentes localités les liens s'organisent selon des modalités différentes et spécifiques : ici les uns seront plus orientés sur la famille que sur les amis, là "on se connaît tous" et la densité sera plus forte, ailleurs on rendra souvent visite hors de la localité, etc

⁸ Aborder les questions normatives relatives à la maladie, aux malades, aux soignants, etc invite à donner du souffle intellectuel au propos en évoquant quelques "données anthropologiques". Mais ce ne sont souvent que des ornements culturalistes particuliers cueillis dans la littérature et cités habilement. Nous allons nous limiter à une approche "occidentale développée" et très contemporaine. Les crises récentes sont suffisamment riches de sens en elles mêmes.

pour une hypothèse de *spécialisation des conditions de discussion* selon les sujets abordés. On peut supposer, par exemple :

- que des discussions qui concernent la santé “ des gens en général ” ne sont pas soumises aux mêmes normes que celles qui concernent la santé personnelle des interlocuteurs ou de leurs proches. Entre les deux passe la frontière qui institue la vie privée ;

- qu’une discussion évoquant les prescriptions d’un professionnel de santé se déroule de manière différentes de celles explicitant – avouant ? – comment on applique effectivement cette prescription et comment on décide de se soigner soi même. Cette seconde distinction met en jeu la frontière instituée entre professionnels et profanes.

- qu’à l’inverse il soit délicat de parler d’un de ses soignants sans aborder la relation soignant-soigné, et sans parler aussi de sa propre santé ou de sa maladie. Si nous concevons la réputation d’un soignant comme un jugement sur la manière dont il est capable de prendre en charge les maladies des acteurs, juger un soignant implique vraisemblablement que les acteurs parlent de leur propre santé (à moins que, précisément, les gens parviennent à construire des réputations de soignants sans parler ni de maladie ni de soins...).

En toute hypothèse, il convient d’examiner de manière ouverte les conditions normatives de discussion aussi bien sur les maladies des gens que sur leurs soignants.

6.2.1.2. *Peut-on discuter de maladies ?*

La maladie est très marquée socialement, et nous pouvons supposer plus facilement l’existence de normes qui interdisent / favorisent l’évocation des maladies, des handicaps, de la mort, que de normes qui orienteraient les discussions relatives à la santé. Peut-on parler de ses propres maux ? Est-ce un sujet abordable ?

On peut d’abord remarquer que la recevabilité de la discussion est volontiers liée à la recevabilité de la situation dont on discute : il peut être interdit de parler des conduites interdites. Il est fréquent que l’évaluation d’un comportement ou d’une situation soit analogue à l’évaluation des discussions sur ce comportement ; il peut même, comme le suggère D.Jodelet à propos de la folie, être interdit de penser une maladie interdite, des censures puissantes faisant que “ certaines dimensions de la représentation de la folie seraient repérables.. dans les gestes de la pratique quotidienne, sans avoir toujours un correspondant verbal, ni même chez certains, mentalisé ” (1989, P.307). Le tabou qui pèse sur la situation iraient jusqu’à en faire un impensé, et a fortiori un incommunicable.

Dès lors se demander si on peut parler de ses propres maux impliquerait de se demander si c’est “ bien ” d’être malade ? Cette question pourrait concerner tout ce que nous savons sur les représentations de la maladie et de la santé. Mais au stade actuel, seuls nous importent les effets normatifs de ces représentations sur la possibilité d’une discussion, et nous nous contenterons de réponses très grossières.

Donc, “ est-ce bien d’être malade ? ” Oui et non, tout dépend non de ce qu’est la maladie, mais de ce qu’elle révèle. Les représentations dominantes des maladies, bien que puissamment cadrées par des interprétations physiologiques positivistes⁹, articulent parfois désordre organique et désordre social, mal corporel et trouble de l’âme. Si on peut, avec Freidson, considérer que la maladie est toujours une déviance¹⁰, elle est aussi jugée selon les cas plus ou moins “ légitime ”.

1. Certaines maladies sont jugées “ présentables ” ; expressions d’injustes coups du sort, ce sont des maladies franches et limitées, des parenthèses qui affirment la bonne santé habituelle.
2. D’autres maladies sont jugées “ pas bien ”, punitions vraisemblables de comportements déviants. Si le mal peut être interprété comme conséquence d’une conduite moralement réprochée (sexualité vagabonde, conduite automobile risquée, toxicomanie..) ou d’une conduite qui ne respecte pas l’obligation de préserver sa santé (alcoolisme, tabagisme, etc), il n’est pas bien d’être malade.

⁹ “ La maladie est considérée comme une entité exogène pénétrée par effraction dans le corps d’un individu qui n’y est pour rien, et la guérison consiste dans la jugulation d’une positivité ennemie. ” F. Laplantine, 1994, p.280 Voir également la recherche importante de C.Herzlich (1969).

¹⁰ “ la maladie est toujours une catégorie de déviation, ou une déviance, par rapport à un ensemble de normes qui représentent la santé ou la normalité ”, Freidson, (1970, Trad.française 1984, p.213)

3. Sans qu'il y ait faute de l'individu, d'autres maladies sont stigmatisantes du fait des pertes de capacité sociale qu'elles impliquent (maladies invalidantes plus ou moins chroniques..), ou du caractère plus ou moins " honteux " des parties du corps qu'elles concernent.
4. Enfin certaines maladies sont jugées dangereuses parce que contagieuses ou transmissibles.

Le point important est que si la maladie doit être cachée l'individu bénéficie d'un relatif droit au secret constitutif de sa sphère privée tel qu'il est seul à pouvoir la révéler à des tiers choisis : il fait des confidences¹¹. Si son état concerne la santé publique – notamment s'il est atteint d'une maladie contagieuse à déclaration obligatoire - ce droit au secret sera limité, mais non aboli : des professionnels doivent avertir des autorités qui peuvent exercer une forme quelconque de contrôle sanitaire.

Un premier ensemble de normes relatives aux discussions sur la santé et les maladies PEUT ainsi être situé à l'intersection de deux cadres : a) Celui qui définit les maladies plus ou moins légitimes, acceptables, notamment comme effet des bonnes et mauvaises conduites ; b) Celui qui reconnaît un droit à l'autonomie de l'individu, dans sa vie privée, mais soumet ce droit aux exigences supérieures de l'intérêt collectif (prévention et contrôle des épidémies). Chacun de ces domaines est crucial dans l'organisation sociale et on voit en quelques mots comment les discussions sur un état de santé personnel, sur la maladie d'un individu, mettent en jeu des propriétés très fondamentales de l'ordre social¹².

Dès lors, pour l'individu, contrôler l'information sur des maux révélateurs et potentiellement stigmatisants constitue un enjeu majeur au service duquel il va déployer les trésors d'ingéniosité tactiques que I. Goffman décrit remarquablement. Beaucoup de malades sont " discréditables ", mais chacun peut délimiter " ses risques en deux groupes : l'un nombreux, auquel il ne révèle rien, et l'autre, restreint, auquel il dit tout et dont il espère le soutien " (I.Goffman, 1963, p.116). En conclusion nous pouvons formuler l'hypothèse que plus une maladie est potentiellement stigmatisante, plus rares sont les personnes auxquelles on tendra à se confier.

La maladie comporte une perte de moyens et d'autonomie de l'individu, qui se trouve, dans différents domaines, en situation de demande. Ainsi un second ensemble de normes régissant plus ou moins directement les discussions sur la santé est celui relatif aux échanges d'aide. D'un côté certaines discussions prennent la forme de demande d'information, et vont répondre aux principes de la recherche des liens pertinents ; d'un autre côté en parlant de la maladie, l'acteur peut être conduit à demander, directement ou non, une aide pratique.

6.2.1.3. Peut-on discuter de son médecin ?

La seconde question générale concerne les discussions sur la relation soignant-soigné : Peut-on discuter de la manière dont se comporte le professionnel, du traitement qu'il prescrit, etc. Peut-on le juger ? La compétence médicale est affirmée dans un rapport de domination idéologique extrêmement puissant. Comme le souligne L.Karpik (ibid.) les professions réalisent un travail soutenu de légitimation macro-sociale de leurs conditions de fonctionnement, des droits et des devoirs qui fondent leur autonomie. La soumission à l'autorité du savoir, qu'ont démontrée les célèbres et inquiétantes expériences de S.Milgram¹³, pourrait se traduire ici par une suspension de tout commentaire sur la pratique du médecin.

11 Ce droit a notamment trouvé son expression dans l'institution d'une infraction de " violation du secret professionnel ". " Le droit moderne... considère l'être humain à la fois comme citoyen et comme individu ; à ce titre il entend protéger l'individu dans sa sphère privée contre les empiètements d'autres individus. Cela explique qu'au début du XIX' siècle les rédacteurs du Code pénal aient entendu protéger les individus contre les indiscretions des professionnels. Et ce n'est vraiment qu'à partir de cette date que l'on peut être autorisé à dire qu'une disposition juridique, en prévoyant des sanctions contre des professionnels trop bavards, entendit effectivement protéger les personnes privées. " D.Thouvenin, 1982, p.38

12 Les débats politiques et éthiques relatifs au droit au secret dont devaient bénéficier les citoyens infectés par le VIH ont bien été des " débats de société ".

13 Des citoyens quelconques, acceptant de participer à des expériences scientifiques sur l'apprentissage et la mémoire, sont capables d'infliger des décharges électriques mortelles à un de leurs semblables pourvu qu'un scientifique le demande. " L'idée de la science et la reconnaissance de son utilité en tant qu'entreprise sociale légitime fournissent à l'expérience la justification de l'idéologie dominante../. L'homme est enclin à accepter les définitions de l'action fournies par l'autorité légitime... bien que le sujet accomplisse l'action, il permet à l'autorité de décider de sa signification." S. Milgram (1974) p.178, 181

Et cet interdit serait d'autant plus puissant que le patient appartiendrait à un milieu culturellement dominé. Mais c'est aussi, comme le souligne Saliba, les qualités morales des médecins qui les mettraient à l'abri des évaluations : dans la mesure où "l'individu dans la profession se trouve guidé par l'idéal de l'obligation morale, production de l'association de la science à l'éthique puritaine..", il ne saurait être mis en doute (Saliba, 1994, p.55).

D'autres types de raisons – qui nous font revenir sur la recevabilité des maladies - peuvent également limiter les discussions sur les médecins. Si nous admettons que les discussions sur certaines pathologies ont toutes chances d'être inexistantes ou extrêmement limitées, on peut s'attendre, dans ces cas particuliers, à ce qu'il soit délicat de parler de son soignant, car il faudrait réussir à dire comment il soigne sans dire ce pour quoi il soigne. On peut penser que plus une maladie est stigmatisante, plus rares sont les discussions sur les soignants spécialisés dans sa prise en charge.

En dehors de ces cas particuliers, on sait qu'un médecin ne doit pas parler à un tiers de son patient¹⁴ et que le code pénal punit la divulgation par un soignant d'informations sur le patient acquises par l'exercice de son art. Cependant, au terme d'une analyse détaillée des jugements portant sur le secret médical D.Thouvenin suggère le caractère totalement paradoxal de l'utilisation de l'article du code pénal relatif à la violation du secret professionnel. Au total c'est quasiment une situation de non droit qui est créée dans la mesure où c'est au praticien qu'il revient de définir ce qui est secret, et donc ce qui peut être l'objet de sa propre infraction. Par ailleurs il arrive que des droits s'opposent permettant au praticien d'être dans la légalité s'il ne parle pas, et d'être dans la légalité s'il parle. Finalement Thouvenin montre que ces incohérences renforcent l'autonomie et le pouvoir des médecins, et que le secret ne protège plus le patient, mais le praticien. Si le caractère absolu du secret professionnel au bénéfice du client devient incertain, si sa garantie juridique est ambivalente, on peut se demander si la confiance fondée sur le silence du praticien n'exigerait pas une sorte de réciprocité scellée dans une convention plus interpersonnelle : si le médecin se tait sur son patient, le patient devrait se taire sur son médecin.

Enfin le silence vaut également entre pairs. Comme le rapporte Friedson à propos d'une enquête dans une clinique "personne.. ne racontait volontiers ses déboires avec un collègue". Et il décrit un processus intéressant de production des réputations : un médecin stocke les informations qu'il reçoit sur des confrères "jusqu'à ce que son indignation finisse par éclater ou qu'il s'aperçoive à certaines allusions que ses doutes sur telles personnes étaient partagés... Une coalescence d'opinions pouvait se produire, mais dans des cas exceptionnels, quand une quantité suffisante de médecins avaient observé et emmagasiné un stock de faits suffisamment fourni." (Freidson, 1970, p.157). Le contrôle latéral entre égaux (Lazega, 1992, 2001) qui suppose discussions, informations jugements, intervention semble avoir bien du mal à fonctionner.

6.2.2. LES GENS PARLENT PLUS FACILEMENT DE LEUR SANTE QUE DE LEUR MEDECIN

L'enquête réalisée dans le NPDC à Lens et à Tourcoing, permet d'approcher ces contraintes normatives pesant sur les discussions relatives à différents sujets. On présente les questions utilisées, puis des résultats généraux.

6.2.2.1. *Un faible nombre de confidentes*

Le questionnaire comportait trois questions destinées à faire citer les connaissances personnelles avec lesquelles on évoque différentes questions relatives au domaine de la santé au cours des 6 derniers mois :

1. Les personnes avec lesquelles l'enquêté(e) discute de questions relatives à sa propre santé, et de ses maladies ou traitements. La question concerne Ego.

¹⁴ De nombreuses situations l'imposent ou le permettent cependant, comme l'a analysé en détail Cf. D.Thouvenin, 1982, p.96 sq.

2. Les personnes avec lesquelles l'enquêté(e) discute d'un médecin, des traitements qu'il prescrit ou des soins qu'il donne... La question concerne le médecin, dont il connaît les prescriptions, celui qui prend en charge sa santé ou celle d'un proche, celui qu'il a choisi au sein de quelques alternatives
3. Les personnes avec lesquelles l'enquêté(e) discute de questions relatives à une des trois maladies : cancer, maladies cardiaques, dépression. La question concerne les maladies, les choses connues-inconnues, qui constituent le cadre cognitif général, universaliste, de ses détresses ou de sa maladie comme événement particulariste

Un même personne peut-être citée pour un ou plusieurs sujets de discussion.

Il peut vous arriver de discuter de **votre propre santé** avec des connaissances personnelles, famille, collègues, amis... Par exemple de discuter d'une maladie que vous venez d'avoir, de médicaments que vous prenez, ou d'un régime que vous suivez avec des gens qui ne sont pas vos soignants.... Au cours des six derniers mois, vous est-il arrivé de discuter avec quelqu'un de votre propre santé ?..

Si non => question suivante

Si Oui => [L'enquêteur tend une feuille, une sorte de formulaire, intitulé " Personnes avec lesquelles on discute " et de quoi écrire]

Je vous demande de mettre sur cette feuille les initiales ou le prénom de chaque personne avec laquelle vous avez discuté de votre santé pour qu'on se souvienne bien par la suite de qui vous parlez.

[Ecrire ou faire écrire les prénoms et cochez la colonne 7 du tableau. Quand l'enquête a fini sa liste, reprendre chaque nom et poser la question suivante]

Avec chacune de ces personnes vous discutez *[Mettre le code en colonne 8 du tableau]*

plutôt de votre santé	1
un peu de votre santé et un peu de la sienne	2
plutôt de sa santé	3

Il peut aussi vous arriver de discuter d'un **médecin**, des traitements qu'il prescrit ou des soins qu'il donne... Au cours des six derniers mois, vous est-il arrivé de discuter avec quelqu'un d'un médecin, des traitements qu'il prescrit, de ses consultations ?

Si non => question suivante

Si Oui =>

Je vous demande de mettre sur la feuille " Personnes avec lesquelles on discute " les initiales ou le prénom de chaque personne avec laquelle vous avez discuté d'un médecin [cocher colonne 9 du tableau]. Si vous pensez à une personne que vous avez déjà citée, dites moi ses initiales ou son prénom. *[Et cocher colonne 9]*

Enfin je vais vous demander s'il vous arrive de discuter de **maladies particulières**... Au cours des six derniers mois, vous est-il arrivé de discuter avec quelqu'un d'une des trois maladies suivantes, 1) le cancer 2) les maladies cardiaques 3) la dépression nerveuse?

Si non => question suivante

Si Oui => Je vous demande de mettre sur la feuille " Personnes avec lesquelles on discute " les initiales ou le prénom de chaque personne avec laquelle vous avez discuté de ces maladies. [Et cocher colonne 10 du tableau]. Si vous pensez à une personne que vous avez déjà citée, dites moi ses initiales ou son prénom. [Et cocher colonne 10 du tableau]

La première caractéristique de ces discussions qu'il nous faut examiner est tout simplement de savoir si elles existent et avec combien de partenaires¹⁵ en moyenne. Si on groupe les trois types de relations que le questionnaire invitait à citer, en moyenne, le réseau de discussion des enquêtés comporte une personne et demi (1.5).

Le réseau de discussion sur sa propre santé (ou parfois ceux de la personne avec laquelle on discute) comporte 1.3 personnes, celui sur les médecins presque moitié moins (0.7 personnes), et celui sur les maladies à peu près autant (0.8). *Ces réseaux sont étroits, limités* : les domaines de la santé personnelle, des médecins, des maladies, ne constituent pas des univers de discussion support d'une sociabilité ouverte et extensive. Nous voulons dire par là que ces sujets ne semblent pas être des *prétextes* à discussion. Ils seraient alors abordés avec plus de personnes. Le petit nombre de partenaires constaté laisse plus imaginer des relations et des discussions ad hoc, recherchées pour ces échanges, de manière intentionnelle, ni occasionnelle ni fortuite.

¹⁵ Pour faciliter les commentaires, nous utiliserons indistinctement les termes de " personnes " " confidentes " " partenaires " pour désigner les personnes que les enquêtés ont cité en réponse aux questions.

Mais des tailles moyennes constituent des indicateurs qui peuvent être trompeur. Il convient également d'examiner les proportions d'enquêtés qui ont aucune, une seule, ou deux personnes et plus, avec qui aborder les questions de santé. Ces tailles ne sont pas de simples commodités numériques. Elles distinguent des réseaux dont les propriétés formelles gouvernent à la fois des fonctionnalités cognitives différenciées et des types de confrontations de jugements.

Tableau 6-1 Effets des réseaux de différentes tailles

Types d'effets induits par la taille des réseaux	Ego + 0 personne	Ego + 1 personne	Ego + 2 personnes
Possibilités fonctionnelles	Parole interdite	Parole possible Symbolisation Information Confrontation	
Différents types de confrontations de jugements	Isolement	Dyade Miroir Conflit ou consensus	Triade Pluralisme Tiers arbitre

Les seuils franchis pour passer de zéro à une personne citée, c'est à dire de la solitude à la dyade, de une à deux personnes citées, c'est à dire de la dyade à la triade, n'ont évidemment rien de numérique, ils n'indiquent pas des quantités, mais des qualités structurales auxquelles sont attachées des potentialités fonctionnelles différenciées. En introduction à notre analyse, la qualité première d'un réseau de discussion que nous devons examiner est... son absence. Zéro, aucune personne, citée... Silence, secret, interdit, tabou, refoulement, censure,... l'absence de parole peut-être un indicateur puissant de l'imposition d'un ordre, et le plus souvent d'une privation imposée au moyen des violences symboliques centrales qui instituent le social dans le double geste de donner la parole et de l'interdire.

Tableau 6-2 Proportions d'enquêtés ayant cité 0, 1, ou 2 et plus personnes, selon les sujets de discussion.

Les trois sujets de discussion proposés	Nombre de personnes citées			N=516
	0	1	2 et +	
Discuter de sa propre santé	28	38	34	100
Discuter " d'un médecin, des traitements qu'il prescrit, de ses consultations "	57	25	18	100
Discuter " d'une des trois maladies suivantes : du cancer, des maladies cardiaques, de la dépression nerveuse "	55	25	20	100

La donnée majeure qui apparaît immédiatement est *la proportion très importante d'enquêtés qui sont incapables de citer un partenaire de discussion pour l'un ou l'autre des sujets évoqués*. Un enquêté sur quatre (28%) ne parle à personne de sa santé ou de ses maladies. C'est déjà considérable. Mais on constate ensuite que plus d'un enquêté sur deux (57%) ne parle à personne d'un médecin ; et qu'un enquêté sur deux (54%) ne parle à personne des trois maladies évoquées.

Pour clarifier la discussion nous allons expliciter notre interprétation de ces résultats : nous considérons ces proportions comme considérables, " excessives ". Et ceci suppose que nous puissions penser que ces résultats ne résultent pas d'un défaut de la procédure d'enquête, puis que nous indiquions à quelles références nous comparons ces fréquences pour les juger excessives.

Le type de questions employé ici pour demander aux enquêtés de citer les personnes avec lesquelles ils parlent est classique et éprouvé dans le domaine de l'analyse des réseaux personnels. Après des travaux pionniers qui ont fait date (Fischer, 1978 ; Wellman, 1979 ; Le G.S.S de l'Université de Chicago en 1985), des évaluations méthodologiques ont précisé l'efficacité des différents types de " générateurs de noms " (Sudmans, 1988 ; Marsden, 1990 ; Campbell, 1991). Ces enquêtes constituent désormais une composante importante du courant d'analyse des réseaux personnels (Ferrand, 1993c). On ne voit pas comment mettre en cause le type de question employé. Peut-être la place de ce module à la fin du

questionnaire fait-elle qu'une lassitude apparaît chez le répondant. Mais ceci pourrait accroître les NSP au plus de quelques pourcents.

Nous appellerons comparables des données provenant d'enquêtes qui, avant tout, ont cherché à faire citer des relations interpersonnelles qui pourraient servir à des discussions, en gros de même nature que celles évoquées ici. Réalisé aux USA, le module "réseau" de l'édition 1985 du GSS est dans ce cas¹⁶. Un échantillon national représentatif de 1500 enquêtés ne comporte que 9% de personnes qui ne citent aucun confident (Marsden, 1987). De même l'enquête de C.S. Fischer dans la région de San Francisco qui invitait à citer les personnes avec lesquelles on peut discuter de problèmes personnels ou auxquels on peut demander un avis¹⁷ montre que 15% des enquêtés (Fischer, 1982, p.126) ne citent aucun interlocuteur pour ces deux thèmes de discussion.

Dans le cadre de l'enquête "Analyse des Comportements Sexuels en France", une question était posée sur les confidents en matière affective et sexuelle¹⁸ (Ferrand, Mounier 1993a, 1993b). Les résultats s'approchent ici de ceux constatés à Lens et à Tourcoing : 40% des personnes ne citent aucun confident. Mais on doit bien considérer que ce thème de discussion est plus intime, privé, et tabou, que des discussions sur la santé, des médecins ou des maladies.

6.2.2.2. *Un enquêté sur deux ne parle à personne du médecin qu'il consulte*

Revenons à la comparaison des résultats pour les trois sujets de discussion. Les différents thèmes de discussion ne sont pas aussi facilement abordés les uns que les autres :

- 1) un enquêté sur quatre (28%) ne parle à personne de sa santé ou de ses maladies,
- 2) un peu plus d'un enquêté sur deux (57%) ne parle à personne d'un médecin,
- 3) un enquêté sur deux (55%) ne parle à personne des trois maladies évoquées.

Nous pouvons interpréter ces différences de fréquences de deux manières. Soit nous supposons que des acteurs ne sont pas *concernés*, n'ont pas matière à discussion (voir ci dessous), soit nous supposons que ces sujets sont plus ou moins légitimes, et que certains sont normativement mieux admis que d'autres, qui, sans être absolument interdits, sont l'objet d'une réserve certaine.

Ils sont deux fois plus nombreux à ne pas parler d'un médecin qu'à ne pas parler d'eux mêmes. Quels que soient les éventuels effets de questionnaire (les gens ayant déjà cité une personne avec laquelle ils discutent de leur santé peuvent ne pas la re-citer en réponse à la question relative aux discussions sur les médecins, malgré la relance explicite), il est clair que le réseau des discussions portant sur soi même est plus large que le réseau des discussions portant sur un médecin ou sur les maladies particulières envisagées.

La question sur la possibilité de discuter avec un partenaire à propos d'"un" médecin renvoie assez précisément à sa fonction de prescripteur, "aux traitements qu'il prescrit" et à "ses consultations", il est donc exclu que les enquêtés aient perçu la question comme se rapportant à un personnage social, vague et général. Il ne peut s'agir que d'une discussion relative à un médecin connu de l'enquêté ou de son interlocuteur, dont l'un ou l'autre a l'expérience, au plus dont un proche de l'un ou l'autre aurait parlé. En ce sens, nous supposons que la discussion sur "un" médecin est une discussion qui concerne personnellement et directement au moins un des deux protagonistes.

¹⁶ Le générateur de nom était formulé dans les termes suivants : " La plupart des gens ont de temps en temps l'occasion de discuter des questions importantes avec quelqu'un. Au cours des six derniers mois, quelles sont les personnes avec lesquelles vous avez eu l'occasion de discuter un problème important pour vous ? " Marsden, 1987.

¹⁷ Les questions étaient formulées dans les termes suivants " Quand vous vous faites du souci pour une question personnelle - par exemple à propos de quelqu'un qui vous est proche, ou de quelque chose qui vous tracasse ; est-ce que vous en parlez avec quelqu'un... ? " et " Citez la ou les personnes dont l'opinion est réellement importante pour vous lorsque vous devez prendre une décision importante pour votre vie. "

¹⁸ " Il y a des gens avec lesquels on discute de questions personnelles, en dehors de la personne avec laquelle vous vivez, avec combien de personnes discutez-vous d'aventures amoureuses, de problèmes ou de maladies sexuelles, ou de votre vie de couples " Ferrand A. Mounier L. Groupe ACSF. (1993a,p. 171-179).

Si on admet cette compréhension des questions, qu'elles portent sur sa santé ou sur un médecin, elles concernent de la même manière la vie personnelle de l'enquêté dans le domaine de la santé. Alors le contraste entre les deux possibilités de discussion, le fait que deux fois plus de personnes ne peuvent parler de leur médecin, apparaît pleinement significatif, c'est à dire apparaît comme l'effet d'une *censure spécialisée, spécifique*. En gros tout le monde (92% des enquêtés) a au moins un médecin généraliste consulté lors des 6 derniers mois. Ainsi tout le monde *pourrait* parler d'un médecin particulier en référence à une expérience effective. Or ce n'est pas le cas, et de loin, il existe bien *un interdit portant sur les discussions avec un tiers relatives aux pratiques de son soignant, ou un tabou sur la transmission d'information relative à ses manières de faire*.

6.2.3. LES MOTIFS DES DISCUSSIONS SUR LA SANTE ET LES SOINS

Les orientations ou les contraintes normatives que nous venons d'évoquer ne peuvent à elles seules rendre compte des raisons qui poussent les individus à s'engager dans un plus ou moins grand nombre de relations de discussion. Ceux-ci peuvent aussi avoir des *motifs* plus ou moins pressants de le faire, et il faut aussi examiner comment ceux-ci peuvent intervenir.

Les maladies et les soins sont des expériences qui, pour n'être pas absolument générales, n'en sont pas moins largement répandue chez les individus. Et, comme nombre de sources d'incertitudes et de souffrances, elle peuvent faire l'objet de discussions. On peut ainsi se demander dans un premier temps si le fait d'être soi même mal portant modifie la tendance que l'on aurait à parler avec des confidents à propos des trois maladies typiques étudiées. On peut imaginer que des gens qui se portent comme des charmes n'auront jamais l'envie de discuter de ces questions.

D'un autre côté on peut se sentir "concerné", parce qu'un proche est atteint, ou parce que l'on a personnellement peur d'une maladie. Dans quelle mesure cette peur stimule les discussions ? Ou bien n'arrive-t-il pas que trop d'inquiétudes et d'anxiétés interdisent tout échange ? Et s'il ne s'agit pas de soi, au moins aura-t-on dans son entourage proche quelqu'un qui souffre d'un mal quelconque : mais est-on porté à en parler ? Ce second ensemble de raisons qui peuvent nous pousser à parler est que nous nous sentons *concernés*.

6.2.3.1. *Pas d'influence de l'état de santé personnel, mais influence de la prise en charge de proches gravement malades*

Un enquêté sur deux ne parle à personne de cancer, de maladie cardiaque, ou de dépression. Que dire de ces enquêtés ? Peut-on penser qu'ils ne parlent pas parce qu'ils ne sont pas personnellement concernés ? Les trois pathologies évoquées par la question, tout en étant assez répandues, ne sont souvent pas pour les enquêtés du domaine des expériences vécues. A défaut d'expérimenter directement ces maladies *particulières*, nous nous sommes demandés si une expérience d'une maladie quelconque, si l'expérience de "problèmes de santé" au cours des 5 dernières années¹⁹, seraient susceptibles d'accroître la propension à discuter de ces sujets. L'enquête montre que parmi ceux qui ont connu des problèmes de santé importants (n = 36) on trouve exactement la même proportion d'individus qui déclarent ne parler à personne de ces trois maladies que parmi ceux qui ont déclaré avoir une santé comme tout le monde (56% contre 54%). Donc avoir connu des problèmes de santé ne prédispose pas à parler de ces trois maladies particulières. Et ceci ne prédispose pas davantage à parler de sa santé en général. En effet, ceux qui ont connu de gros problèmes de santé sont moins nombreux que les autres à ne

¹⁹ Q20 : Au cours des cinq dernières années, avez vous eu un problème de santé ?

- aucun ou juste des petits problèmes passagers comme tout le monde
- des problèmes importants.

Ce type d'évaluation subjective de la morbidité – dont on connaît les limites pour décrire l'état de santé effectif des enquêtés - est suffisant ici puisque nous cherchons à observer des motifs subjectifs de discussion.

parler à personne (14% contre 29%) mais ces différences ne sont toujours pas significatives²⁰. Il n'y a donc *pas* d'effet évident de l'état de santé de l'enquêté sur sa propension à en discuter avec des tiers.

Un autre type d'expérience – indirecte - de la maladie peut exister : certain(e)s enquêté(e)s ont pu avoir l'occasion “ au cours des cinq dernières années de prendre en charge personnellement quelqu'un de gravement malade, un parent atteint du cancer, un enfant touché par une maladie grave ”. Comme on le voit, la question nomme explicitement le cancer comme exemple, qui est aussi une des trois pathologies mentionnées pour faire citer des confidents. On constate que, parmi les 38 enquêté(e)s qui ont pris en charge un proche, 37% ne discutent des maladies avec personnes, contre 55% dans le reste de la population (Chi2 significatif). Ainsi, être concerné par le biais d'un tiers, être en charge de la santé d'un tiers, accroît la propension à discuter de ces trois maladies. Mais, et c'est une cohérence attendue des réponses, ceci n'a aucun effet sur le nombre de personnes avec lesquelles l'enquêté(e) discuterait de sa propre santé : les problèmes rencontrés par des tiers, et que l'acteur gère directement, peuvent l'amener à parler à plus de partenaires des maladies mais ils ne l'amène pas à parler plus souvent de sa propre santé²¹.

6.2.3.2. *Les peurs des maladies : des représentations partagées*

A défaut d'expériences personnelles ou indirectes de maladies l'enquêté a toujours certaines “ idées ” ou certaines “ représentations ” sur les maladies. On sait que l'étude des représentations sociales des maladies est centrale en sociologie de la santé (Aïach, 1980, 1991 ; Herzlich C. 1969 ; Jodelet D. 1994 ; Laplantine F.1994). Outre à la description globale du “ système ” plus ou moins structuré formé par ces représentations, les travaux s'intéressent particulièrement à un domaine de contenu : comment les causes, les origines, les évolutions de la maladie sont “ interprétées ” et expliquées dans un savoir profane et comment elles sont l'objet de jugements moraux ou de catégorisation référant à l'ordre social. Les peurs des maladies sont une composante de ce champ représentationnel.

La “ peur d'une maladie ” peut apparaître dans différents contextes répartis sur un continuum entre deux pôles typiques. D'une part la peur de la maladie serait un ressort puissant des comportements de prévention. Que l'on soit ou non d'accord avec les manières plus ou moins rationalisantes de modéliser les réponses de l'acteur n'a pas d'importance relativement au problème de la prise de conscience du risque pour soi. Il faut d'abord que l'acteur “ se sente personnellement concerné ” par ... le risque de tomber malade, c'est à dire qu'il ait de quelque manière “ peur ” de tomber malade, avant qu'il envisage ou non de réagir. La peur est ici à la fois un état psychologique – impression déplaisante d'incertitude, une anticipation de douleurs possibles – et un processus cognitif complexe d'attributions causales : certaines de mes dispositions personnelles ou certains de mes comportements pourraient faire que j'attrape cette maladie et cette maladie pourrait être cause de souffrances. J'ai une part possible de responsabilité. Cette peur est un processus plutôt individuel, et plutôt individualisant en ce qu'elle renvoie l'acteur à ses devoirs sanitaires.

D'autre part la peur de la maladie apparaît dans un contexte d'épidémies. La peur est ici aussi une crainte pour son avenir et les souffrances qu'il peut comporter mais les dimensions psychologiques et cognitives du processus sont plus collectives. La crainte est socialisée, elle est dite dans le langage, parlée, colportée, exemplifiée, les affects sont en circulation dans la collectivité. Les processus cognitifs élaborent des chaînes causales ayant des contenus différents : si je dois individuellement adopter certains comportements, il n'en reste pas moins un risque qui vient de mon appartenance à la collectivité dans laquelle l'épidémie est en cours. Plus radicalement, la faute est en dehors de moi : par nature l'infection vient de l'autre, qui est le coupable initial.

²⁰ Une autre question demandant d'évaluer globalement comment on se porte, montre les mêmes tendances : Parmi ceux qui ont déclaré avoir en ce moment un état de santé pas trop bon ou pas bon du tout il y en a 13% qui ne parlent à personne de cette mauvaise santé, contre 28% pour les autres. Mais, au total, cette différence n'est pas significative.

²¹ Il y a bien sur un léger effet de sexe dans la mesure où parmi les femmes 9% sont en charge d'un proche, et parmi les hommes 6%. Pour une discussion du rôle des femmes dans la prise en charge des malades, voir Cresson 1995.

On a là des problématiques qui correspondent à deux situations socio-sanitaires distinctes. Même si on a pu montrer que les interprétations sociales spontanées peuvent étendre considérablement le domaine de validité d'un modèle de contagion à des maladies simplement transmissibles ou strictement non contagieuses, il me semble préférable de conserver la distinction entre les deux types de peurs. Dans ce cadre, les maladies dont nous examinons les peurs appartiennent au premier type puisque nous avons retenu les cancers, les maladies cardiaques, et les dépressions.

Nous avons questionné les gens sur les craintes qu'ils pouvaient ressentir à l'égard de maladies précises, et supposées relativement connues.

Il arrive que l'on craigne pour soi même certaines maladies...

Est-ce qu'il vous arrive d'avoir peur de commencer un cancer, est-ce que

Vous n'y pensez pas,

Ca vous préoccupe parfois,

Vous êtes directement concerné ou vous l'avez été

La même question était aussi posée :

Est-ce qu'il vous arrive d'avoir peur d'être malade du cœur ou de risquer un infarctus....

Est-ce qu'il vous arrive d'avoir peur de faire une dépression nerveuse ...

La question ne porte pas sur une préoccupation vague et globale, mais sur un souci bien identifiable et explicitement référé à soi-même. Or les résultats montrent que moins d'un enquêté sur deux (45%) n'est préoccupé par aucune des trois maladies citées. Et donc plus d'un enquêté sur deux craint une maladie. Que dire de cette proportion ? Elle me semble importante si on la compare à la proportion de ceux qui ont déclaré des problèmes de santé importants au cours des 5 dernières années (7%) ou qui ont déclaré avoir du se charger d'un proche gravement malade (également 7%).

Tableau 6-3 Distribution des enquêtés selon les maladies " qui les préoccupent parfois ou bien qui les concernent directement "

Localité	Cancer seul	Cancer et 1 ou 2 autres maladies	Dépression et/ou Infarctus	Peur de rien	Total
Lens	18	31	6	45	100%
Tourcoing	21	30	5	44	100%
Tous	19	30	6	45	100%

Un enquêté sur deux (49%=19+30) se déclare préoccupé ou concerné par le cancer. Le cancer apparaît dans cette enquête comme la peur majoritaire, la " grand peur " aurait-on envie de dire, de la population. C'est une peur autonome, 20% la citent toute seule, alors que la dépression ou l'infarctus, seuls ou ensemble, n'apparaissent que dans 6% des cas. Le cancer est aussi une peur que l'on pourrait dire fédérative car trois enquêtés sur 10 la citent accompagnée par l'infarctus, la dépression, ou les deux. C'est une peur compatible avec bien d'autres, sans qu'on puisse savoir quel rôle elle joue dans les processus qui font émerger ces peurs combinées : vient-elle comme un supplément de malheurs potentiels, ou bien est-elle au contraire la peur première, celle autour de laquelle d'autres craintes seront suscitées et entretenues ?

Les distributions de ces peurs sont socialement indifférenciées selon les localités comme on le constate dans le tableau ci-dessus. Il en est de même si on compare les milieux sociaux. Et cette répartition homogène vaut aussi bien pour les regroupements présentés ci-dessus que pour une analyse des peurs attachées à chaque maladie prise séparément. Cette homogénéité, au-delà des diversités locales et socio-économiques, rend donc manifeste l'unité d'une sorte de fond culturel dans les peurs sanitaires, et cette *unité des craintes subjectives* mérite d'être soulignée lorsqu'on sait que les destins sanitaires objectifs des membres des couches populaires et des couches aisées sont très fortement contrastés. Ainsi doit-on penser que ces peurs ne traduisent pas dans la conscience collective de chaque milieu spécifique sa destinée spécifique : au sens le plus durkheimien du terme elles semblent appartenir à la conscience collective macro-sociale.

6.2.3.3. *Les peurs favorisent les discussions, mais il est des peurs silencieuses*

Ces peurs sont-elles vécues dans la solitude ou bien sont-elles le motif, le mobile, peut-être même le contenu explicite de discussions, d'échanges d'informations, ou de réconfort ?

Les données montrent que le nombre de personnes avec lesquelles on discute de ces trois maladies est clairement lié aux craintes qu'elles nous inspirent. Parmi ceux qui n'ont peur d'aucune de ces pathologies, deux sur trois n'en parlent à personne (68%). On peut accepter ici l'explication du silence par l'absence de préoccupation. Et, comme on peut s'y attendre intuitivement, plus ces préoccupations s'accumulent, plus on a tendance à parler : parmi ceux qui ont peur seulement du cancer, un sur deux ne parle à personne (54%) ; parmi ceux qui ont peur du cancer et d'une ou deux autres maladies, un sur trois ne parle à personne (35%).

On peut conclure en schématisant que la propension à discuter avec au moins une personne s'accroît avec le nombre des pathologies qui nous préoccupent, qui nous font peur, plutôt qu'avec notre état de santé vécu.

Tableau 6-4 Proportion d'enquêtés ayant cité, 0,1,2+ confidents, selon le type de peurs qu'ils ont déclarées.

Peur des maladies	Nombre de personnes citées			%	N
	0	1	2 et +		
Peur de rien	68	18	14	45	233
Peur du cancer seul	54	27	19	19	100
Peur des maladies cardiaques et/ou de la dépression	45	31	24	6	29
Peur du cancer + autre	35	34	31	30	255
Chi2=41 Prob=0.00	54	25	21	100	517

Mais si on renverse la lecture de ces résultats, on voit apparaître une conclusion beaucoup moins intuitive et dont les conséquences pour la santé publique peuvent être importantes : *parmi ceux qui ont peur du cancer, il en y en a un sur deux qui ne parle à personne (54%) de cette maladie* ; parmi ceux qui ont peur du cancer et d'une ou deux autres maladies, il y en a encore un sur trois (35%) qui ne parle à personne de ces maladies.

Prises frontalement ces proportions sont énormes²². Elles révèlent une absence de dialogue sur des pathologies qui cependant inquiètent. Ce silence peut être l'objet d'interprétations variées. Il est peu vraisemblable que les gens " n'aient rien à dire ". On peut par contre admettre qu'ils soient empêchés de parler par la crainte de " dire des bêtises ", réservant la parole sur ces pathologies aux " autorités compétentes ". Mais on peut aussi supposer qu'ils sont animés par une crainte plus traditionnelle et un peu magique qui interdit d'évoquer une cause de malheur, car la parole peut être performative et attirer effectivement le malheur évoqué.

Ces données laissent donc entrevoir un climat assez noir : des proportions considérables de gens ont à la fois peur des maladies et ne peuvent en parler. Ce qui peut avoir des conséquences néfastes en matière de santé publique. D'une part ces situations sont vraisemblablement par elles mêmes génératrices d'une anxiété supplémentaire : à la crainte de la maladie s'ajoute l'incertitude, le silence, et la solitude dans la gestion de cette crainte. D'autre part l'absence d'interlocuteur interdit l'échange d'information, la confrontation des opinions, et le contrôle réciproque des interprétations – excessives dans l'optimisme ou le pessimisme - que les acteurs peuvent développer à propos de leur état de santé.

6.3. LES TYPES DE RELATIONS NORMATIVEMENT PREFEREES POUR LES DISCUSSIONS

6.3.1. ON PARLE A DES APPARENTES ET A DES AMIS

Toutes les relations ne se ressemblent pas. Nous allons les caractériser ici en fonction des types de *rôles*. Ces rôles sont constitués

²² Les variations montrent que la question a été documentée de manière significative.

par des interactions attendues de manière systématique (les attributs “ fondamentaux ” selon S. Nadel²³) ou par des interactions plus simplement “ recommandées ”. Les rôles sont donc la forme particulière des prescriptions normatives d’un groupe ou d’un milieu lorsque ces prescriptions concernent les manières dont les individus doivent se comporter les uns à l’égard des autres, et les échanges qu’il peuvent avoir.

Un des mérites de l’analyse des réseaux personnels est d’avoir montré, pour un même rôle, à côté des contenus “ fondamentaux ” normativement attendus et nécessaires, l’existence d’une certaine variété d’autres contenus relationnels. Les discussions sur des sujets donnés sont des interactions qui sont plus ou moins caractéristiques des rôles, elles constituent des attributs plus ou moins fondamentaux. Par exemple, il semble qu’une relation amicale “ doit ” comporter un nombre minimum de confidences. Certains contenus de discussion ne sont possibles, ou tolérés, ou recommandés, que dans le cadre d’un ou deux rôles relationnels. Et certains contenus de discussion sont strictement proscrits dans le cadre d’autres rôles. On peut donc se demander dans quels types de relations, défini par quel rôle, il est normativement possible ou recommandé de parler de santé.

L’enquête demandait, pour chaque personne qui avait été citée comme confidente, la manière dont elle était connue, c’est à dire le type de rôle relationnel caractéristique de la relation : la personne est-elle membre de la famille ? est-ce un ami ? etc. Les réponses sont violemment marquées et permettent de constater que les relations familiales et amicales capitalisent l’essentiel des possibilités de discussion sur les thèmes évoqués : elles représentent près de 85% des liens cités. On serait tenté de dire que des normes interdisent ces discussions dans les autres types de liens : les relations avec les voisins ont notamment très peu de succès. Ce serait une conclusion trop rapide.

Tableau 6-5 Distribution des relations²⁴ de discussion (tous sujets confondus) selon les types de rôles principaux de ces relations

Type de rôle	%
Famille	53.5
Amis	30.0
Collègues	6.9
Voisins	2.7
Club	0.7
Autres	6.2
Toutes	100.0

6.3.2. QUELLES RELATIONS SONT NORMATIVEMENT MOBILISEES PARMIS LES RELATIONS DISPONIBLES ?

En effet nous devons nous demander ce que signifie le nombre de partenaires d’un certain type avec qui une relation de confiance est engagée. Un grand nombre de partenaires apparentés peut signifier simplement qu’on fréquente en général beaucoup de parents, ou alors, ce qui est très différents, que systématiquement on sélectionne de manière préférentielle des apparentés plutôt que d’autres relations. Cette question traduit une distinction qui a pris une certaine importance dans les débats sur le capital social entre une vision qui tient compte de la totalité des liens d’un acteur, et une vision qui se demande plus spécifiquement quels liens sont effectivement “ mobilisés ” parmi tous les liens existants.

Une manière d’aborder ce problème consiste à examiner le rapport entre le nombre de liens d’un certain type “ mobilisés ” pour un genre de discussion et le nombre total de liens de ce type cités par ego en tant que personnes proches²⁵ et qui seraient donc “ disponibles ”. Si ce rapport est identique pour tous les types de liens, alors la mobilisation effective dépend directement des relations disponibles : l’acteur

23 “ La notion de rôle suppose la présence d’une série de caractéristiques liées entre elles... dont la totalité constitue l’originalité d’un rôle donné... Du point de vue structural, l’attribut est dit fondamental lorsque la norme qui constitue le rôle a une tolérance nulle”.S.Nadel 1957, p.52-64

24 Ce tableau porte sur les relations citées (N=896) par les Ego (N=517).

25 Au début du questionnaire on demandait ainsi le nombre de membres de la famille proche (détaillé par catégories) et le nombre d’amis proches qui vivaient à différentes distances du domicile de Ego.

sélectionne ses confidents en proportion identique dans ses différents sous réseaux. Et c'est parce qu'il fréquente beaucoup de membres de la famille ou beaucoup d'amis, que ces relations sont beaucoup citées comme relations de confiance. Si ce rapport est variable selon les types de liens, ceci indique l'existence de préférences différentes, variables selon les divers rôles relationnels, qui conduisent à ce que certains rôles, certains types de liens, soient sur-sélectionnés, indépendamment de leur plus ou moins grande disponibilité dans le réseau de sociabilité. Dans cette hypothèse, certains liens, bien que nombreux seraient peu mobilisés, cependant que d'autres plus rares et peu disponibles dans le réseau, seraient cependant systématiquement choisis.

A partir des résultats nous examinons les nombres d'amis qu'ont cités dans leurs réseaux personnels ceux qui ont cité aucun, un seul, ou deux et plus confidents qui sont des amis. C'est une manière²⁶ d'indiquer les correspondances entre des niveaux de mobilisation (amis confidents) et des niveaux de disponibilités (tous les amis, confidents ou non), et de comparer ces correspondances entre relations amicales et relations de parenté.

Tableau 6-6 Disponibilité et mobilisation des relations amicales et de parenté

Nombre de personnes mobilisées comme confidentes	Nombre de personnes disponibles dans le réseau de sociabilité	
	Nombre d'amis	Nombre d'amis dans la localité
0	9.0	3.9
1	12.4	6.4
2 et +	16.0	7.8
Corrélation (pearson)	0.18 p=0.00	0.2 p=0.00
Confidents apparentés	Nombre d'apparentés	
	Nombre d'apparentés	Nombre d'apparentés dans la localité
0	5.6	2.3
1	5.9	2.3
2 et +	5.7	2.4
Corrélation (pearson)	0.03 p=0.48	0.03 p=0.55

Lire : Les enquêtés qui ont cité 0 confident ami ont indiqué avoir en moyenne 9 amis proches dans leur réseau de sociabilité, dont 3.9 habitant dans la localité.

On constate que les enquêtés qui n'ont cité aucun confident dans le domaine de la santé ne sont pas pour autant très isolés : ceux qui n'ont mentionné aucun ami confident ont cependant en moyenne neuf amis " disponibles " dans leur réseau de sociabilité ; et ceux qui n'ont mentionné aucun apparenté fréquentent presque six parents (5.6, voir partie basse du tableau). Ce constat est renforcé lorsqu'on tient compte d'une disponibilité plus exigeante : celle de la proximité géographique, c'est à dire de la disponibilité de proches dans la localité. Il est certain que les discussions sont une forme d'interaction qui supporte particulièrement bien la distance géographique grâce au téléphone. On pourrait néanmoins argumenter que la rencontre face à face serait nécessaire pour partager certaines préoccupations très personnelles, et qu'il faudrait ne tenir compte que des ressources relationnelles disponibles localement. Même en introduisant cette exigence supplémentaire, on voit qu'en moyenne les individus qui ne parlent à personne de leur santé ont près de quatre amis et plus de deux parents dans la localité (3.9 ; 2.3). On peut donc conclure que l'impossibilité d'une parole sur les problèmes de santé *ne provient pas d'un manque global de ressources relationnelles* : ce n'est pas par défaut de " capital social " potentiel que des acteurs semblent interdits de parole sur la santé. Ce ne sont des isolés ni globalement, ni dans leur espace de vie, dans la commune où ils résident.

Quittons le cas " limite " de ceux qui ne parlent à personne pour nous intéresser à ceux qui ont cité des partenaires de discussion. On voit que ceux qui ont un seul confident-ami ont cité en moyenne 12 amis, ceux qui en ont cité deux et plus en ont seize. Cette progression indique une liaison entre mobilisation et

²⁶ Le ratio nombre d'amis confidents cités divisé par nombre total d'amis cité ne peut être employé car il est insignifiant à la limite fort importante théoriquement de zéro confident cité. De plus il présente un coefficient de variation considérable.

disponibilité. Les relations de parenté présentent des tendances fort différentes. En effet le nombre de confidents-parents cités peut s'accroître, mais ce n'est pas sur la base d'un accroissement parallèle du nombre de parents disponibles (On voit que les coefficients de corrélations sont significatifs pour les relations amicales et insignifiants pour les relations de parenté.) Le rapport entre liens disponibles et liens mobilisés n'est clairement pas le même pour les amis et pour les parents. Alors que le déclenchement de confidences dans une relation amicale semble, au delà d'un seuil, lié à la croissance du nombre des amis, dans le cas de la parenté il n'y a aucune liaison statistique entre nombre d'apparentés auxquels on se confie et nombre d'apparentés disponibles dans le réseau de sociabilité.

S'il y a plus de confidents-parents ce n'est pas parce qu'il y a plus de parents disponibles dans le réseau mais parce que *la parenté est normativement mobilisable*. En effet le nombre de confidents apparentés peut croître dans des réseaux de parents disponibles qui, en moyenne, gardent des tailles stables. Il semble même que ceux qui ont plus de deux confidents apparentés, fréquentent moins de parents (5.7 apparentés disponibles) que ceux qui n'ont qu'un seul confident (5.9 apparentés disponibles). En poussant cette logique à l'extrême on pourrait dire que chaque parent peut devenir un parent-confident, ou encore que *tous les parents peuvent devenir parents-confidents*. *A l'inverse seuls certains amis peuvent devenir amis-confidents* : chaque ami a deux fois moins de chance de devenir un ami-confident et la croissance du nombre d'amis-confidents cités va avec la croissance du nombre d'amis disponibles.

On a ici l'expression spécifique de compatibilités différentes entre rôles principaux (ami, parent) et rôle secondaire (confident), c'est à dire d'inscription différente des réseaux de confidents dans les réseaux amicaux et dans les réseaux de parenté.: la parenté est proportionnellement beaucoup plus mobilisée dans ce domaine.

Mais une seconde conclusion s'impose également : la faible taille des réseaux de discussion, la faible dépendance entre réseau disponible et réseau mobilisé, conduisent à penser que la taille et la composition du réseau de sociabilité n'exerce que des contraintes faibles sur la possibilité de constituer un réseau de discussion sur les questions de santé. *En ce sens les logiques de constitution des réseaux de confiance sur la santé sont largement autonomes relativement aux contraintes propres des réseaux de sociabilité "proche"*.

6.4. L'EFFET DES DISCUSSIONS SUR LA FORMATION DES OPINIONS

Comment des jugements sont-ils possibles ? Comment imaginer le fonctionnement des processus cognitifs mis en oeuvre pour identifier, catégoriser, juger les partenaires potentiels d'une relation de soin ? Ces jugements sont importants dans la mesure où ils interviennent dans le processus par lequel un acteur "choisit" un soignant.

6.4.1. LA FORMATION DES JUGEMENTS SUR LES OFFRES DE SOINS

Le "choix" d'un soignant est l'action consistant à aller le consulter, que cette consultation soit répétée (c'est la énième..) ou inaugurale (c'est la première). Par définition, cette action est compréhensible au sens où le sociologue peut en identifier la rationalité, c'est à dire une certaine liaison entre des "finalités subjectives" et des "comportements objectifs", compte tenu de contraintes et d'opportunités spécifiques du "contexte d'action".

Le choix d'un partenaire par un individu (donc d'une relation) pour un échange de ressources dépend des alternatives dont il pense disposer, et surtout de sa première meilleure alternative (P.Blau, 1964). Le choix d'un praticien dépend donc des évaluations sur les deux branches d'une alternative. On appelle "évaluation des offres de soin" les jugements qu'un acteur peut réaliser, et les anticipations qu'il se forme, conditionnés par sa situation, sur au moins deux "solutions". L'impossibilité d'ouvrir une alternative, d'évoquer au moins deux solutions, est un cas de figure fréquent, mais structurellement non différent.

Pour comprendre les choix des patients nous pouvons utiliser un modèle de choix rationnel. Rappelons qu'un modèle d'acteur proprement "social" peut impliquer des choix "rationnels" dont la structure est complexe. Le modèle avancé par S. Lindenberg (1993) suppose que l'acteur choisit entre des alternatives définies et ordonnées par plusieurs "cadres" cognitifs et normatifs. Ceux-ci permettent de rendre saillants certains traits d'une situation et de leur attribuer une valeur. Ces cadres fonctionnent à chaque

instant de manière hiérarchisée : certains sont maintenant dominants, d'autres secondaires²⁷. Un même acteur peut modifier ses buts, et donc le cadre de référence dominant pour un problème donné, lorsque ce cadre ne structure plus assez les situations. Ce qui change aussi le champ des alternatives ordonnées. Appliquée au domaine des soins, cette idée permet de penser que les contours de " l'offre de soin " prise en considération dans le choix d'un même acteur ne sont pas fixes ; ils dépendent du cadre de référence adopté.

On peut également parler de modèle complexe si on admet que les buts des acteurs, les objectifs ultimes ou les objectifs intermédiaires, appartiennent à deux grandes catégories " well being " et " social approval ". Cette seconde catégorie fait que l'acteur peut rechercher le prestige d'un statut envié, l'affection, ou l'approbation de tiers à l'égard de son comportement. Par là certaines formes de 'conformisme' sont interprétables en tant que conduites rationnelles s'il existe des tiers capables de sanctionner positivement ou négativement²⁸.

On admettra également que cette rationalité - de manière générale, à titre de postulat psychologique - donne une importance beaucoup plus décisive à l'anticipation par l'acteur de ce qu'il pourrait perdre parmi ses avantages actuels qu'à l'anticipation des avantages supplémentaires qu'il pourrait avoir.

On ne précise pas plus le contenu du modèle de décision. Pour l'ensemble de l'analyse, il serait possible de dire que c'est une " boîte noire ". Mais on suppose que l'acteur utilise des évaluations qui sont influencées ou produites par des discussions dans le réseau de relations dont l'acteur est membre²⁹.

6.4.1.1. *Les bases du jugement : expérience directe et discussions*

La situation apparemment la plus simple est celle où ce jugement est directement lié à une expérience de l'enquête. Les gens connaissent nécessairement - et évaluent - les types de soins auxquels ils ont recours, qu'ils utilisent pour eux-mêmes. Et on peut penser qu'il en est de même pour des soins utilisés par des proches dont ils se sentent chargés d'une point de vue médical. C'est un jugement lié à une expérience personnelle, directe ou indirecte.

Nous supposons qu'il existe d'autres processus de formation des jugements sur des offres de soins qui ne sont pas liées à une utilisation immédiate mais à l'existence de communications entre les acteurs, qu'ils aient eu une expérience de tel service ou que - bien portants - ils n'aient pas eu recours aux soins mis en discussion.

On ne peut pas admettre que les gens ne parleraient que s'ils avaient une expérience personnelle. Si on admettait cette limitation, alors la diffusion des réputations des soignants serait isomorphe à la diffusion des pathologies, c'est à dire des patients, dans les réseaux. Il n'y aurait pas de communication entre ceux qui ont une expérience et ceux qui n'en ont pas, des biens portant, et pas de jugements inscrits dans des rumeurs (uniquement fondés sur le dire de l'autre), et finalement pas de jugements formés par des " futurs clients ", donc pas de formation d'anticipations.

27 " Sociologists have always insisted that social analysis acknowledges the fact that people define their action situation and that this definition thoroughly influences what they will be doing. In fact, this is the core idea behind 'the social construction of reality'. But because sociologists have traditionally not worked with choice theory, this insight had never been incorporated into a choice context. " S.Lindenberg (1993, p.199)

28 P.Bourdieu avance la même idée, mais en lui donnant une tonalité plus tactique : être en règle assure une reconnaissance qui permet la poursuite d'autres intérêts "... on peut refuser à la règle l'efficacité que lui accorde le juridisme sans ignorer qu'il y a un intérêt à être en règle qui peut être au principe de stratégies visant à se mettre en règle... à prendre en quelque sorte le groupe à son propre jeu en présentant les intérêts sous les apparences méconnaissables des valeurs reconnues par le groupe." (1980, p.185 186)

29 On n'a pas précisé le contenu du modèle de décision, c'est une " boîte noire ". Notamment on aborde les évaluations en contournant la question classique de leur " l'efficacité " : les décalages entre évaluations et choix effectifs, bien qu'ils soient d'une importance cruciale dans la démarche d'ensemble, ne seront pas abordés.

6.4.1.2. *Discussions, jugements, confrontations d'opinions*

Pour analyser comment des discussions contribuent à la formation de jugements, trois approches sont mobilisables :

1. L'une conçoit le jugement comme un processus spécifique à l'individu et les interactions produisent des "influences sur" les processus cognitifs normatifs de l'individu. Le jugement est "dans l'individu", autrui est une composante de son environnement, une stimulation qui vient de "dehors". On est proche de la vision courante qui suggère qu'un acteurs "a" des avis, qu'il est propriétaire d'un trésor d'opinions dans le quel il puise pour "exprimer son avis".
2. L'autre conçoit les jugements, la formation des opinions, comme *des processus collectifs, au niveau des groupes*. Le dialogue n'est qu'une actualisation d'un certain état de la "conscience collective". Le jugement serait "dans le groupe".
3. Nous retenons ici une troisième vision qui est bien introduite par J. Stoezel (1978, p.305) lorsqu'il écrit : "... On ne sort pas du dilemme : ../. ou c'est l'individu qui produit ses opinions, ou c'est le groupe ; ou bien le processus est individuel, ou il est supra individuel. L'hypothèse complètement laissée de côté est celle du processus interindividuel. Or précisément il apparaît de plus en plus que tout un ensemble de phénomènes, dont font partie notamment ceux que l'on conçoit plus ou moins vaguement en parlant d'opinion publique, sont des phénomènes résultant d'interactions entre personnes au sein de groupes primaires."

Nous concevons donc l'évaluation, la formation des opinions dans l'esprit de cette hypothèse "laissée de côté" et nous supposons que les processus de formation des opinions, de jugement, sont intrinsèques aux communications interpersonnelles. *Les jugements sont élaborés dans et par le dialogue*. Les interactions ont une capacité de production cognitive et normative, et non simplement de transport³⁰ d'une influence ou d'une information qui seraient "traitées" ailleurs, "dans" l'individu.

Le dialogue peut être implicite. En effet, dans une perspective interactionniste, on admet qu'une capacité remarquable de l'esprit est de pouvoir dialoguer avec lui même comme s'il dialoguait avec un autre (Rose, 1962). Le dialogue n'est pas exclusivement une situation empirique de discussion entre deux individus qui communiquent physiquement, réellement. Il peut exister comme dialogue silencieux et solitaire "avec un autre soi même", ou comme imagination d'un dialogue avec un autre³¹. L'individu comme pensée et jugement ne fonctionne que comme individu en débat (effectif ou potentiel) avec autrui.

Un jugement, une opinion, serait toujours potentiellement un jugement débattu. Certes, pour juger une relation (de soins) où il est déjà engagé, un acteur s'appuie sur son expérience. Il apprécie de manière solitaire, il se forge une opinion dans son for intérieur. On pourrait dire qu'il a son *impression personnelle* sur le soin, sans dialogue avec autrui. Mais cette opinion peut éventuellement être soumise à l'épreuve d'une discussion plus ou moins détaillée et sincère avec un proche. Elle devient alors une opinion discutée, interpersonnelle. De manière plus directe, pour évaluer une relation de soin où il n'a pas été engagé, l'acteur doit s'appuyer sur des informations crédibles qui sont le plus souvent fournies par des membres de son réseau personnel (Que penses-tu de la clinique "Gai soleil", on m'a dit que... ?"). Ici, l'opinion implique l'intervention d'un tiers et une confrontation d'opinions.

Nous supposons admise l'hypothèse suivante : tout jugement, toute opinion, est le résultat d'une discussion, d'un débat avec un tiers. L'absence de débat réel n'est qu'un cas particulier. Donc *toute opinion prend la forme d'une confrontation d'opinions*.

Penser que les opinions sont élaborées dans et par le dialogue peut signifier

30 On veut insister ici sur le fait que le dialogue re-produit les significations. Ce n'est jamais un simple transfert. Comme l'exprime Dan Sperber (1994, p.128) : "Les représentations tendent à être transformée plutôt qu'exactement reproduites, à chaque fois qu'elles sont transmises.... La reproduction exacte d'une représentation mentale par le moyen de la communication est... un cas limite de transformation, la transformation zéro."

31 "La saisie de rôle est impliquée dans toute communication utilisant des symboles signifiants; ceci signifie que l'émetteur imagine - évoque en lui même - comment le récepteur de cette communication la comprend" A.Rose, 1962, p.9

1. que chaque acteur ne met en jeu, ne reformule, ou ne modifie son opinion que dans une situation d'interaction, étant admis que le reste du temps son opinion, bien à lui, est " stockée " en attente de mobilisation...
2. qu'une opinion n'existe que pour et dans le dialogue³²; que l'acteur n'a telle opinion que pour la donner à et la confronter à celle de telle personne.

Cette seconde hypothèse invite à admettre un certain nombre de déductions : a) L'opinion d'un acteur est un ensemble formé de son " opinion ", son jugement, *plus* l'argumentaire minimal de soutien de son jugement face à une opinion adverse spécifique³³. b) L'opinion d'un acteur est plus ou moins " ouverte " ou " fermée " en ce qu'elle est plus ou moins pré-disposée à telle ou telle nouvelle confrontation (dire qu'un individu est " borné ", c'est dire qu'il a des opinions qui ne sont prédisposées à aucune confrontation, cependant qu'à l'autre extrême un individu peut " ne plus savoir où il en est " lorsque des opinions d'autrui ont envahi sa propre capacité d'opiner). c) On doit envisager qu'un acteur a souvent plusieurs partenaires de discussion sur une question, et ils ont souvent des opinions variées. Chacune des personnes avec lesquelles l'acteur discute fait émerger une confrontation d'opinion spécifique. Chaque dyade a un certain effet. La conception que nous proposons fragmente ce que certains supposent être l'opinion homogène et compacte de l'acteur en un certain nombre de variantes adaptées à ces confrontations spécifiques. Que dire alors de ce que juge et pense " globalement " l'acteur sur une question ? Simplement, dans le droit fil des propositions précédentes, que l'opinion globale d'un acteur sur une question est *la combinaison particulière de confrontations d'opinions correspondant à ses discussions avec ses différents partenaires*.

6.4.2. LES DISCUSSIONS PERMETTENT DE SE FAIRE UNE OPINION

Nous avons évoqué plus haut le fait que les jugements sur les offres de soins sont complexes à formuler. Nous examinerons en premier ce point. Nous verrons ensuite comment les discussions entre des acteurs peuvent favoriser la formation des jugements et l'expression des opinions.

6.4.2.1. Des opinions plus ou moins arrêtées selon les maladies

On sait que demander aux gens de formuler une opinion en réponse à une enquête n'est pas un exercice anodin. La bonne volonté des répondants est sans limite, de sorte qu'il existe un risque d'enregistrer des réponses volatiles dès qu'ils sont questionnés sur un problème non pertinent pour eux, sur lequel ils donneront cependant leur avis.

Aux habitants de Lens et de Tourcoing nous avons posé une question sur leur jugement de l'offre de soins locale formulée dans les termes suivants :

On peut penser que dans la localité où on habite il y a des médecins, des cliniques, des services hospitaliers ou des laboratoires plus ou moins capables de s'occuper correctement de maladies importantes.

En ce qui concerne le cancer pensez vous qu'ici

Vous pourriez être pris en charge correctement ?

Vous auriez du mal à être pris charge correctement et il faudrait plutôt aller ailleurs... où

Vous ne savez pas.

La même question est posée " en ce qui concerne les problèmes cardiaques " et " en ce qui concerne les dépressions nerveuses ".

32 On trouve dans Moscovici (1992) une formulation de l'idée que les pensées sont " dans " l'interaction.

33 Ce n'est pas notre propos immédiat, mais on peut facilement déduire de cette hypothèse la conséquence empiriquement éprouvée qu'un acteur exprime plus facilement " son " opinion lorsqu'il sait que c'est celle de " l'autre ", de son interlocuteur.

Les habitants de Lens et de Tourcoing ont-ils des raisons de s'être déjà préoccupé de ces maladies ? Nous pouvons penser que oui du fait du caractère assez général des pathologies évoquées, et de leur forte couverture par les media. On vient par ailleurs de mentionner que plus d'un habitant sur deux a personnellement peur d'une de ces trois maladies, le cancer étant la peur la mieux partagée. Cependant avoir eu des craintes ou s'être posé des questions à propos d'une maladie n'est pas identique au fait d'être préoccupé par sa prise en charge locale ni d'être capable de se prononcer sur celle-ci, de la juger. Pourquoi ne pourrait-on juger ? Des raisons diverses peuvent être avancées selon les hypothèses théoriques que l'on accepte de retenir.

Si on suppose que le jugement est un acte strictement personnel, alors pour se prononcer l'acteur doit d'abord disposer d'une expérience personnelle, comme test ou épreuve de prise en charge, ou d'informations auxquelles il accorde crédit même si elles concernent un tiers.

Il lui faut ensuite, non seulement des "data", mais aussi une *possibilité de juger*. Ceci demande de reconnaître une compétence et une légitimité à son propre jugement. C'est à dire de répondre positivement à la question "ai-je le droit d'avoir une opinion ?" Les réponses que les acteurs peuvent apporter à ce genre de question dépendent des processus structuraux de domination idéologique globaux et locaux. Enfin il lui faut des *critères* de jugements, qui permettent de choisir les propriétés du réel sur lesquelles porter un jugement, et de dire celles qui sont "bien" et celles qui sont "mal".

A coté de ce modèle de jugement à la fois rationnel et individualisé, on peut avancer un modèle qui – comme on l'a présenté plus haut - traite le jugement comme une production des structures d'interactions et comme un processus de convergence cognitive.

Ainsi, pouvoir en général exprimer un jugement à propos des offres de soins locales, pouvoir plus précisément "opiner" en réponse à un questionnaire, ne sont pas des faits anodins. Aussi allons nous examiner le nombre des gens qui ont une opinion arrêtée – bonne ou mauvaise - sur la prise en charge de chaque maladie, et le nombre de ceux "qui ne savent pas".

Tableau 6-7 Distribution des enquêtés selon leur opinion sur la qualité des prises en charges locales de trois maladies

Opinion sur la qualité des prises en charge locales	Cancer	Maladie cardiaque	Dépression
Ne sait pas	17	20	25
Du mal à être pris en charge correctement	36	24	16
Pris en charge correctement	47	56	59
Total	100	100	100

La proportion des enquêtés qui déclarent ne pas avoir d'opinion sur la qualité de la prise en charge locale varie selon les maladies et s'accroît du cancer (17% sans avis), aux maladies cardiaques (20%), et à la dépression (25%). Les gens sont plus nombreux à pouvoir donner une opinion sur la prise en charge du cancer que sur celle des dépressions. Pour simplifier, quatre personnes sur cinq ont un jugement sur la qualité des offres locales.

On peut donc dire qu'il existe au minimum des jugements formulés "en son for intérieur", et qui peuvent être livrés par des individus si un enquêteur les sollicite. En première analyse ces jugements pourraient être considérés comme la matière première atomique, élémentaire, séparée, de ce qui pourrait devenir une "opinion publique locale" comme fait collectif, c'est à dire une opinion dont les tenants prendraient progressivement conscience d'être plusieurs, beaucoup, à la partager, et dont les tenants seraient prêts à demander la reconnaissance comme opinion légitime concernant un intérêt collectif. Nous supposons alors que les jugements individuels précèdent une expression plus collective et nous pensons que l'intervention "des usagers" dans les systèmes de santé nécessite en première instance l'existence de jugements individuels, capables en vertu de quelque mécanisme particuliers de s'agréger ou de fusionner en une opinion publique. Cependant cette vision est extrêmement réductrice ; plus précisément elle réduit à néant l'inscription sociale des acteurs dont nous allons approcher progressivement les effets.

6.4.2.2. *Avoir au moins deux confidentiels permet de se faire une opinion sur les prises en charge locales*

Une expression assez directe des difficultés que rencontrent les gens pour se former une opinion est tout simplement le fait de ne pas savoir quoi répondre lorsqu'on leur demande de juger l'offre de soins locale dans les trois domaines évoqués. L'enregistrement de la réponse " ne sait pas " témoigne de cet embarras. Cependant, pour ne pas prendre en compte une simple incertitude nous retenons comme indicateur le fait d'avoir répondu *au moins deux fois NSP sur les trois questions* relatives aux prises en charges locales.

Globalement presque *un enquêté sur cinq (19%) arrive difficilement à se prononcer* sur l'offre locale.

Cette difficulté est profondément influencée par la possibilité de parler et discuter avec plus ou moins de personnes. Quel que soit le sujet de discussion, parmi les habitants qui n'ont aucun ou seulement un proche avec qui discuter de leur santé, on trouve entre 20 et 25% d'indécis sur les qualités de l'offre locale. Mais ceux qui ont au moins *deux* proches avec qui discuter sont beaucoup moins nombreux à être indécis et à ne pas pouvoir formuler un jugement.

Tableau 6-8 Proportion d'enquêtés incertains (2 NSP ou plus), selon le nombre de personnes avec lesquelles ils discutent, selon les sujets de discussion

Nombre de personnes avec lesquelles on discute de...	De sa santé	De ses médecins	Des maladies
Aucune ou une	23	22	22
Deux et plus	10	4	4
Tous	19	19	19
Chi2 et probabilité	14 0.00	15 0.00	19 0.00

Lire : Parmi les enquêtés qui discutent avec au moins deux personnes de questions de santé, il y en a 10% qui sont incertains (qui donnent au moins deux réponses NSP aux trois questions sur la qualité des prises en charges locales).

Cet effet des discussions sur les jugements varie selon les sujets de discussion : a) parmi ceux qui ont au moins *deux* proches avec qui discuter de leur santé, il n'y a plus que 10% d'indécis. On divise ainsi par deux la fréquence de l'indécision ; b) parmi ceux qui ont au moins deux proches avec qui discuter des médecins ou des maladies, il n'y a plus que 4% d'indécis. *Ces échanges ont divisé par cinq la fréquence de l'indécision.*

Plusieurs processus importants sont ainsi mis en évidence. D'une part, disposer de partenaires de discussion sur ces sujets favorise la formation d'un jugement sur l'offre de soin local. Mais c'est la possibilité de varier ces partenaires, d'en avoir au moins deux, donc de confronter des avis, qui permet de se former le plus sûrement un jugement.

D'autre part, ceci atteste l'existence d'une *spécialisation très forte des relations*, déjà repérée dans un certain nombre d'enquêtes et admis dans la littérature sur les réseaux personnels : seules certaines relations sont pertinentes pour des enjeux très particularisés (Wellman, 1999). Ce sont spécifiquement les relations dans lesquelles les partenaires peuvent débattre de prescriptions, de manières de soigner, des connaissances et des craintes à propos d'une maladie, qui ont plus de chances de favoriser la formation d'une opinion sur les offres locales de soins en réponse à trois maladies, que celles qui portent sur notre santé de manière plus générale.

Enfin ce résultat est intéressant pour le débat théorique et méthodologique relatif à l'observation des opinions. Nous avons plus haut avancé l'hypothèse que l'opinion est nécessairement *un jugement partagé*. De manière implicite ou explicite, l'opinion s'adresse à un interlocuteur, situe l'acteur dans une *interaction qui est une controverse*. On voit, dans cette enquête, que ceux qui ont eu des discussions - antérieures à l'enquête - avec des proches - ont plus souvent la capacité de prendre position lors de l'interaction anonyme que représente l'administration du questionnaire. *Ceci est preuve que, lorsque des opinions sont émises en réponse aux questions, elles sont conditionnées par la préexistence de pratiques spontanées et ne sont donc pas de simples artefacts*. On peut en effet soutenir que l'enquêté formule une

opinion non parce que le questionnaire la demande et la situation lui demande de l'inventer, mais parce que le questionnaire la demande et la situation est homologue à des situations sociales déjà connues de discussion sur ces enjeux et où il a *déjà* exprimé cette opinion.

7. DIFFERENCES SOCIALES, DIFFERENCES LOCALES DANS LA PRODUCTION DES JUGEMENTS SUR LES OFFRES DE SOINS

Les tendances qui viennent d'être évoquées concernent des habitants des deux localités enquêtées. Elles superposent les images de ces réalités. Mais est-ce légitimes ? Peut-on discerner des différences entre Lens et Tourcoing³⁴, différences qui inviteraient à approfondir la formalisation de l'objet que nous nous sommes donné " le système local de santé " ?

7.1. LOCALITES ET POSSIBILITES DE PARLER

7.1.1. L'EXISTENCE D'EFFETS DE LOCALITE : LES LENSOIS SONT PLUS NOMBREUX A NE PARLER A PERSONNE DE LEUR SANTE ET DE LEUR MEDECIN

Si on examine les distributions des enquêtés selon le nombre de personnes qu'ils ont citées par localités, on constate pour les discussions sur sa santé, qu'un écart très marqué ($\chi^2=34$) oppose Lens où beaucoup de gens (37%) ne parlent à personne de leur santé et Tourcoing où ils ne sont que un sur cinq (19%). De plus, à Lens, les réseaux comportant au moins deux personnes (possibilités d'avis et de conseils contrastés) sont moitié moins fréquents (23% contre 45%).

Tableau 7-1 Distributions des enquêtés selon le nombre de personnes qu'ils ont citées pour les discussions sur leur santé

Localités	Nombre de personnes citées			%	N
	0	1	2 et +		
Lens	37	40	23	100	261
Tourcoing	19	36	45	100	255
$\chi^2= 34$ Prob=0.00	28	38	34	100	516

Les réseaux de discussion concernant les médecins indiquent les mêmes tendances. Plus de gens à Lens ne parlent à personne (60% contre 54% à Tourcoing) et moitié moins de Lensois ont de grands réseaux de discussion sur leurs médecins.

Tableau 7-2 Distributions des enquêtés selon le nombre de personnes qu'ils ont citées pour les discussions sur un médecin

Localités	Nombre de personnes citées			%	N
	0	1	2 et +		
Lens	60	27	13	100	261
Tourcoing	54	23	23	100	255
$\chi^2= 9$ Prob=0.01	57	25	18	100	516

Par contre le nombre de personnes avec lesquelles on discute des trois maladies ne fait pas ressortir de différences significatives selon les localités, mais les tendances sont identiques : les lensois sont plus réservés.

Tableau 7-3 Distributions des enquêtés selon le nombre de personnes qu'ils ont citées pour les discussions sur cancer, maladies cardiaques, dépression nerveuse

Localités	Nombre de personnes citées			%	N
	0	1	2 et +		
Lens	55	27	18	100	261
Tourcoing	53	24	23	100	255
$\chi^2= 3$ Prob=0.25	55	25	20	100	516

34 Rappelons que les populations enquêtées dans les deux localités ont été composées selon les mêmes critères. S'il existe des différences dans les résultats, ils ne peuvent être dus à des effets strictement démographiques.

On peut donc affirmer que les discussions sur " sa santé " et sur " son médecin " sont soumises à des normes locales spécifiques telles que les lensois apparaissent plus réservés que les tourquennois. Les lensois sont plus nombreux à ne parler à personne, et s'ils discutent, c'est plutôt avec une seule personne.

7.1.2. DES DIFFERENCES GLOBALES AUX DIFFERENCES DE PROCESSUS SOUS JACENTS SELON LES SUJETS DE DISCUSSION

Ces différences globales entre localités peuvent résulter de trois processus différents.

- 1) Soit de l'existence de deux modèles locaux qui infléchissent de manière globale les comportements de tous les habitants de chaque localité. Si on s'intéresse notamment aux milieux sociaux, au sein de chaque localité les comportements des deux strates sociales seraient influencés de manière similaire, mais restent différents les uns des autres.
- 2) Soit de l'existence de deux modèles locaux qui infléchissent les différentes catégories au point de les faire se ressembler fortement au sein de chaque localité.
- 3) Soit de l'existence de deux modèles locaux qui infléchissent de manière particulière et très forte les comportements de certains habitants de chaque localité (les autres se comportant de manière relativement similaire). Par exemple, les comportements d'une des strates sociales seraient influencés de manière forte par un effet de localité, mais pas l'autre strate. Ce second modèle conduit à dire que certaines strates d'habitants seraient plus localistes que d'autres, plus soumises aux effets relationnels et normatifs de la " société " locale, cependant que d'autres strates seraient plus universalistes ou cosmopolites, soumises à des influences générales, a locales, macro-sociales.

En conservant comme pierre de touche de la comparaison des proportions d'habitants qui ne discutent avec personne, on voit dans le tableau ci dessous qui concerne les échanges sur sa santé, que l'écart entre les proportions globales des localités est de 18 points (37-19), alors que les écarts à l'intérieur de chaque localité entre les strates sociales sont respectivement de 6 points et de 0 point. De sorte que si on compare les deux milieux entre eux au sein de chacune des deux localités, les données montrent qu'il n'y a pas de différences significatives intra-localités (les chi2 pour les croisements intra localités ont des probabilités respectives de 0.50 et 0.40 ³⁵).

Tableau 7-4 Nombre de personnes citées selon les strates sociales dans chaque localité

Strates sociales dans les localités	Nombre de personnes citées		
	Discuter de santé		
	0	1	2 et +
Lens Supérieur	40	37	23
Lens Populaire	34	42	23
Lens Tous	37	40	23
Chi2=1.1 Prob=0.5			
Tourcoing Supérieur	19	32	49
Tourcoing Populaire	19	40	41
Tourcoing Tous	19	36	45
Chi2= 1.7 Prob=0.4			

Les mêmes tendances peuvent être repérées en changeant d'indicateur et en utilisant la mesure plus grossière du **nombre moyen** de personnes citées, c'est à dire en considérant les différences entre tailles moyennes des réseaux de discussion relatifs à la santé, nous constatons :

Différence intra localité :

$$\begin{aligned} (\text{milieux aisés de Lens} - \text{milieux populaires de Lens}) &= - 0.27; \\ (\text{milieux aisés Tourcoing} - \text{milieux populaires de Tourcoing}) &= + 0.10 \end{aligned}$$

Différence inter localités :

³⁵ La valeur du Chi2 pour le croisement taille du réseau de discussion concernant la santé par strates sociales sur l'ensemble de l'échantillon est de 3 et la probabilité de 0.28

$$\begin{aligned} (\text{milieux populaires de Tourcoing} - \text{milieux populaires de Lens}) &= + 0.40. \\ (\text{milieux aisés de Tourcoing} - \text{milieux aisés de Lens}) &= + 0.59 \end{aligned}$$

Les écarts entre milieux identiques de localités différentes apparaissent plus forts que les écarts entre milieux différents de localités identiques : un ouvrier lensois a plus de chances de se comporter différemment d'un ouvrier de Tourcoing que d'un cadre de Lens. Ainsi il y a plus de différences entre les localités qu'au sein de chacune d'elles entre strates sociales. Nous sommes en présence du premier type de processus évoqué : l'existence de deux modèles locaux qui infléchissent chacun de manière globale les comportements de *tous* les habitants de chaque localité.

Si on examine maintenant les discussions sur un médecin un processus différent se manifeste. En effet, une différence apparaît entre milieux sociaux, mais elle apparaît uniquement à Lens. Et de plus cette différence est contraire aux attentes : il est *plus fréquent dans les milieux aisés de Lens de ne parler à personne de son médecin* (70% contre 52%) et on y parle moins souvent dans un réseau large (9% contre 15%).

Tableau 7-5 Nombre de personnes citées selon les strates sociales dans chaque localité

Strates sociales dans les localités	Nombre de personnes citées		
	Discuter d'un médecin		
	0	1	2 et +
Lens Supérieur	70	21	9
Lens Populaire	52	32	16
Lens Tous	60	27	13
Chi2=8.4 Prob=0.01			
Tourcoing Supérieur	57	23	20
Tourcoing Populaire	51	24	25
Tourcoing Tous	54	23	23
Chi2= 1.1 Prob=0.55			

Cette différence est exactement contradictoire avec les hypothèses *générales* que l'on pourrait émettre d'une plus grande facilité des discussions relatives aux médecins dans les milieux aisés. On peut penser que pour des raisons de proximité sociale, de compétence culturelle, et de légitimité d'une opinion profane, des cadres supérieurs et professions libérales auraient plus de facilités pour évoquer les pratiques d'un médecin. Là où une différence selon les strates sociales apparaît, ce n'est pas le cas !..

Cette différence est puissante à Lens et de même sens *mais non significative* à Tourcoing. Ainsi les milieux aisés ne sont pas moins bavards sur les médecins dans les deux localités, et on ne peut donc évoquer des dispositions *générales* d'un milieu social. Cette différence révèle un processus correspondant au troisième type évoqué ci-dessus : l'existence de deux modèles locaux hétérogènes l'un qui infléchit de manière globale les comportements de *tous* les habitants de la localité (à Tourcoing, les milieux populaires et aisés ont des comportements peu différents) l'autre qui infléchit de manière différenciée les comportements des différentes catégories d'habitants de la localité (à Lens il existe une différence entre les milieux). Il s'agit alors d' *une différence locale des différences sociales*.

Enfin, concernant les tailles des réseaux de discussion sur les trois maladies évoquées, nous venons de voir qu'il n'existait *pas* de différences entre les localités. Ajoutons qu'au sein de chaque localité il n'existe pas non plus de différence significative entre strates sociales, comme l'indique – pour mémoire - le tableau ci-dessous

Tableau 7-6 Nombre de personnes citées selon les strates sociales dans chaque localité

Strates sociales dans les localités	Nombre de personnes citées		
	Discuter des maladies		
	0	1	2 et +
Lens Supérieur	57	26	17
Lens Populaire	54	28	18
Lens Tous	55	27	18
Chi2=0.3 Prob=0.8			
Tourcoing Supérieur	48	27	25
Tourcoing Populaire	57	21	22
Tourcoing Tous	53	24	23
Chi2= 2.3 Prob=0.3			

Ces résultats appellent quelques commentaires immédiats. Pourquoi sur certains sujets de discussion *et pas sur d'autres*, trouve-t-on des différences normatives locales ? Peut-on tenter de comprendre l'existence de cette différence d'intensité de l'effet des localités selon les sujets de discussion ou bien doit-on la considérer comme un fait contingent ou même un artefact ? Les travaux sur les réseaux personnels ont montré l'hétérogénéité de fonctionnement des relations selon les rôles qui les orientent (Ferrand, 1993, Fischer 1982, Wellman, 1988). Il n'est pas contradictoire avec des connaissances reconnues d'admettre au minimum que des différences puissent exister et que certains liens puissent être plus soumis que d'autres à telle ou telle influence contextuelle. Ceci posé, peut-on expliquer ces différences ?

On peut remarquer que les différences locales se manifestent pour des discussions qui concernent des propriétés des *acteurs sociaux* – ma santé, ou bien les pratiques de mon médecin – et ne se manifestent pas ou faiblement pour des discussions qui concernent des processus *universels* – et supposés naturels – comme le sont les maladies. *Des normes sociales locales influenceraient les possibilités de parler de ce qui est social et humain* – la manière dont je vis la santé et m'en occupe, la manière dont un professionnel prend en charge ma santé et mes maladies – *mais pas ce qui général : la maladie en tant que telle*. Ceci révélerait une interdépendance de la forme relationnelle et du contenu cognitif.

Enfin, pourquoi à Lens les habitants sont-ils plus réservés concernant les discussions sur la santé ou les médecins qu'à Tourcoing ? De quelles natures sont les processus sous jacents dont les données permettent de repérer les effets ? Nous les labellisons de manière générale comme processus "normatifs", accordant à la régularité statistique la signification d'une régulation normative³⁶. Mais leurs modus operandi demeurent inconnus. Une explication culturaliste et ouvriériste dirait que les Lensois, tels les Irlandais de Zola (1966), sont réservés parce que durs à la peine, et durs à la peine parce que de tradition minière... mais alors que dire des milieux aisés de lens ?

Par ailleurs on doit accepter une conclusion qui heurte le bon sens sociologique courant : pour deux domaines de discussion qui nous occupent les nombres de personnes citées ne varient que de manière insignifiante selon les milieux sociaux. Lorsqu'on se souvient des conclusions de F.Heran (1988) sur les tailles moyennes³⁷ des réseaux de discussion constitutifs de "la monnaie courante de la sociabilité", tailles dont les variations semblent étroitement dépendantes de la position des enquêtés dans la stratification sociale, on peut rester dubitatif devant ces résultats. Si par contre on se souvient de conclusions portant sur des relations de discussion spécialisées et non plus généralistes, par exemple des conclusions auxquelles nous parvenons sur les relations de confiance sur la vie affective et sexuelle qui montrent notamment que les hommes cadres supérieurs sont les plus empêchés de s'exprimer sur ces questions (Ferrand Mounier, 1998), alors des résultats contre-intuitifs étonnent moins. Et on peut admettre que les différences concernant les nombres de personnes avec lesquelles certains sujets sont abordés sont soumis à des processus de régulation dont on ne peut rendre raison à partir des grandes catégorisations statutaires.

³⁶ Opération intellectuelle violemment dénoncée par P.Bourdieu dans son texte fondateur "Esquisse d'une théorie de la pratique", (Bourdieu, 1972).

³⁷ Les analyses de F.Héran portent surtout sur des moyennes alors que nous avons mené les notre sur des proportions d'individus ayant 0,1, 2+, confidentes. Ces indicateurs ne sont pas strictement comparables. Mais les différences de tendances existent.

7.2. LOCALITES ET FORMATION DES OPINIONS SUR LES PRISES EN CHARGE

On a suggéré que les jugements portés sur l'offre locale de soins sont une composantes des processus de décisions des acteurs, et par là une condition d'une régulation " par le bas " des systèmes de santé. Mais on a vu que la simple possibilité de se former une opinion peut être problématique, et que l'existence d'au moins deux confidents favorise de manière très puissante la possibilité d'émettre des avis sur les offres de soins locaux. Poursuivant la recherche des spécificités, nous allons examiner ici dans quelle mesure les localités et/ou les milieux sociaux impliqueraient des processus différents de formation des opinions. Pour cela nous utilisons à nouveau les proportions d'individus qui disent ne pas avoir d'opinion sur les conditions de prise en charge d'une, de deux , ou des trois maladies citées dans les questions.

7.2.1. EFFET DE LOCALITE : A LENS LA PROPORTION DES INCERTAINS EST PLUS FORTE

L'absence de jugement sur les offres de soins varie fortement selon les localités : la proportion d'enquêtés " incertains ", qui se sont déclarés au moins deux fois sans opinion, est presque deux fois plus importante à Lens qu'à Tourcoing (24% contre 13%).

Tableau 7-7 Nombre de réponses NSP aux trois questions sur les conditions locales de prise en charge du cancer, de l'infarctus, de la dépression

Localité	Aucun NSP	1 NSP	2 NSP ou plus
Lens	63	13	24
Tourcoing	77	10	13
Chi2= 12 P=0.00	70	11	18

Si on compare *au sein* de chaque localité les deux milieux sociaux retenus dans l'enquête, on constate qu'ils ne présentent pas de différences marquantes dans leurs manières de pouvoir ou non se former une opinion sur l'offre locale de services (Lens, Chi2=1 P=0.30 ; Tourcoing, Chi2=0.6 P=0.40). De sorte que nous sommes ici dans le premier type d'effet de localité présenté auparavant : ce sont *tous* les habitants de chaque localité qui sont influencés de manière *homogène*. L'effet de localité domine clairement l'effet de stratification sociale.

7.2.2. DISCUTER AVEC AU MOINS DEUX CONFIDENTS DIMINUE DE MANIERE SIMILAIRE LA PROPORTION DES GENS INCERTAINS DANS LES DEUX LOCALITES ET LES DEUX MILIEUX

On a vu que la possibilité de discuter à propos de son médecin ou à propos des maladies avec au moins deux confidents divise par quatre la proportion des gens incertains. Cet effet global est-il présent de manière homogène dans les localités et les milieux, ou bien est-il très puissant ici, faible là ?

Si on examine l'effet du nombre de confidents (sur " médecin " et " maladies ") sur la proportion des gens incertains dans chaque localité, on voit que l'influence des discussions sur la formation des opinions est très similaire. La proportion de gens incertains est au moins divisée par quatre, dans chaque localité, entre ceux qui discutent avec aucune ou une seule personne, et ceux qui discutent avec au moins deux personnes. Les processus par lesquels les discussions à trois permettent la formation des opinions ne sont pas soumis à des influences locales différentielles : il *n'y a pas ici de spécificité locale*.

En ce qui concerne les milieux sociaux, on pourrait penser que l'effet du nombre de confidents varierait selon le capital culturel (i.e. les compétences) permettant de former un jugement, et selon l'une auto légitimation sociale qui autorise l'acteur à juger. On pourrait imaginer ainsi que les individus appartenant aux milieux plus aisés et plus diplômés seraient précisément plus individualisés,

plus capables de penser et juger par eux mêmes, et qu'ils seraient moins nombreux à ne pas avoir d'opinion, mais surtout que leur capacité d'opiner serait indépendante du nombre de personne avec lesquelles ils pourraient discuter.

Effectivement dans les milieux aisés, la proportion d'individus incertains est un peu plus faible. Mais les individus de ces milieux sont aussi sensibles que ceux des milieux populaires à la possibilité de discuter de diverses questions de santé pour pouvoir se former une opinion. On constate une similitude d'influence en milieu aisé et en milieu populaire de la taille du réseau de confiance sur l'absence d'opinion³⁸.

Tableau 7-8 Proportion d'enquêtés incertains (2 NSP ou plus), selon le nombre de personnes avec lesquelles ils discutent, selon les sujets de discussion

Nombre de personnes avec lesquelles on discute de...	Milieux aisés	Milieux populaires
De sa santé		
Aucune ou une	20	26
Deux et plus	10	10
Chi2 et p	4 0.04	10 0.00
D'un medecin		
Aucune ou une	18	25
Deux et plus	3	6
Chi2 et p	5 0.02	10 0.00
Des maladies		
Aucune ou une	20	25
Deux et plus	2	6
Chi2 et p	10 0.00	10 0.00

Ce contrôle renforce d'ailleurs ce qui est déjà visible au niveau général : c'est le fait d'avoir au moins deux partenaires, avec lesquels on discute spécifiquement *de ses médecins* ou des trois *maladies*, qui divise par quatre ou cinq la proportion de gens incapable de se former une opinion sur la prise en charge locale *de trois maladies*, alors que des discussions sur sa propre santé ne la divisent que par deux.

7.3. LES RESSOURCES MOBILISABLES A TRAVERS LES RELATIONS QUI FACILITENT LA FORMATION DES OPINIONS ?

Les premières approches du soutien social ont été critiquées pour avoir considéré les relations comme formant des ensembles indistincts dont il suffisait de mesurer l'ampleur. La taille globale des réseaux était l'indicateur qui régnait en maître. Dans un second temps on s'est intéressé de manière plus analytique aux différents types de relations, comme nous le faisons ici en distinguant des canaux de discussion différenciés. Dans un troisième temps on a mis l'accent sur le problème de l'importance et de la nature des *ressources* auxquelles donnaient accès les différentes relations : par exemple, pour se faire embaucher il vaut peut-être mieux connaître un membre de l'encadrement plutôt qu'un simple personnel d'exécution, car l'un aura des informations plus large que l'autre, et pourra éventuellement mieux "recommander" que l'autre. Les approches du capital social tiennent compte désormais des différences dans *la nature et le volume* des "ressources" pouvant transiter à travers les liens entre Ego et ses différents partenaires et de la *pertinence* de ces ressources relativement aux problèmes que les acteurs ont à affronter (Lin, 1995, 1999).

Dans le domaine de la formation des jugements sur l'offre de soin, quelles ressources particulièrement pertinentes et utiles peuvent être détenues par les personnes avec lesquelles on discute ? Evidemment des informations et des compétences ou des cadres de référence pour former des jugements. Dans l'enquête nous avons introduit deux types de ressources pouvant être détenues par le partenaire de discussion : une expérience d'un autre site, d'une autre localité qui permettrait d'introduire des éléments de comparaison ; et une expérience professionnelle dans le domaine de la santé.

³⁸ Occasion de rappeler que les relations sociales introduisent une variance autonome au sein de l'effet de la stratification sociale, et ne doivent donc pas être réduites à un simple indicateur.

7.3.1. DISCUTER AVEC QUELQU'UN QUI CONNAIT LE SECTEUR DE LA SANTE NE CHANGE RIEN

Concernant l'expérience professionnelle dans le domaine de la santé, nous avons ainsi demandé à propos de chaque confident si

Cette personne travaille dans le secteur de la santé, mais ne soigne pas les gens (assistante sociale, laborantine, secrétaire médicale, vendeuse dans une pharmacie..)

Cette personne a pour métier de soigner les gens (médecin, chirurgien, infirmière, kinésithérapeute) ;

Cette personne s'occupe ou a dû s'occuper personnellement de soigner quelqu'un de gravement malade, un parent atteint d'un cancer, un enfant touché par une maladie grave ;

Cette personne a d'autres activités que celles dont nous venons de parler ;

Je ne sais pas précisément ce qu'elle fait ni si elle est concernée.

Les modalités 1 et 2 permettent d'identifier des confidentiels qui ont une " familiarité professionnelle avec le système de soin ". Nous parlons de " familiarité professionnelle avec le système de soin " pour englober des capacités de jugement qui relèvent autant des compétences légitimes des professionnels du soin que des savoirs, rumeurs et opinions qui s'élaborent parmi les membres des services administratifs ou techniques d'une clinique ou d'un cabinet de radiologie. Seul importe le sentiment que l'enquêté peut avoir de parler à quelqu'un " au courant " ou " qui sait de quoi il parle ", sentiment qui peut l'encourager à formuler et assumer tel ou tel jugement. Le critère que nous avons retenu est d'avoir " au moins un " confident soignant ou qui travaille dans le secteur de la santé.

Les enquêtés ayant cité un confident familiarisé avec le système de soins³⁹ représentent 8.9% de l'échantillon (N=46⁴⁰). Le résultat remarquable est la totale *absence* de liaison entre le fait d'accéder relationnellement à ces ressources et la capacité à se former une opinion !.. Ceci contredit donc une des hypothèses formulées en s'appuyant sur les approches récentes du capital social : la nature des ressources informationnelles détenues par le partenaire et auxquelles les échanges verbaux et les discussions donnent accès ne modifie pas les capacités de l'enquêté.

Cependant cette absence globale d'effet pourrait résulter de la combinaison entre deux effets : l'influence forte du capital culturel dissimulerait celle du capital social. Les acteurs des milieux aisés n'auraient pas besoin de ressources relationnelles pour pouvoir formuler des jugements, se prononcer, alors que seuls les milieux populaires utiliseraient leur " lay referral system ". En explorant, malgré la faiblesse des effectifs, cette hypothèse, les données restent rebelles à toutes les sollicitations : avoir au moins un confident familiarisé avec le système de soins a un effet aussi nul en milieu populaire – où les informations spécifiques qu'il apporterait viendraient compenser un niveau culturel général plus faible - qu'en milieu aisé.

7.3.2. DISCUTER AVEC QUELQU'UN QUI CONNAIT UNE AUTRE VILLE ET Y VIT, FACILITE SEULEMENT A LENS, LA FORMATION DES JUGEMENTS

Le second type de ressources dont disposent certains confidentiels, et que l'enquête permet d'examiner, est tout simplement le fait qu'un certain nombre de confidentiels *habitent en dehors de la localité* : ceci leur donne l'opportunité de connaître les offres de soins dans au moins une autre ville, et ainsi de pouvoir, dans la discussion, faire état d'un point de comparaison. Si on assume l'hypothèse d'un

³⁹ Par ailleurs 12 enquêtés (2.3%) ont un confident qui prend en charge un proche gravement malade. Ces effectifs sont trop faibles pour examiner l'effet de cette caractéristique de la personne citée.

⁴⁰ Ce type d'indicateur est complexe à utiliser. P. Blau et J.M. Schwartz (1984) ont judicieusement insisté sur le fait qu'il faut rapporter les proportions de liens existants à des proportions *possibles* compte tenu de la distribution démographique des populations et du nombre de liens des individus : que les choix des partenaires soient orientés par des préférences ou déterminés par la rencontre des habitus, ils ne sont porteurs d'un sens socialement interprétable que s'ils apparaissent notoirement plus ou moins fréquents qu'ils ne le seraient à la suite des choix au hasard parmi tous les partenaires possibles. A titre d'exemple, a) si chaque habitant cite un seul confident (supposé actif), b) s'il y a 1 % de médecins parmi les actifs, c) si les confidentiels étaient choisis de manière aléatoire parmi les CPS, il y aurait au plus 1% des habitants qui auraient cité " au moins un confident médecin ". On ne dispose pas de données du RGP 99 assez détaillées pour se livrer à l'estimation de ces probabilités théoriques sous hypothèse de choix aléatoire. Pour des exemples d'application voir Ferrand Mounier 1993b, 1999.

déficit et d'une asymétrie d'information majeure, la confrontation possible avec un " regard extérieur " peut représenter un atout pour se former une opinion.

Soit l'apport de la personne qui n'habite pas la localité est au niveau de la connaissance d'une situation différente qui facilite des comparaisons entre des réalités vécues variées : elle témoigne que ailleurs c'est mieux ou moins bien, consolidant des jugements émis en référence à cette autre réalité. Soit l'apport de la personne est au niveau normatif : sans avoir besoin de faire état de situations réelles mieux ou moins bien, elle porte un autre jugement sur ce que lui raconte l'enquêté, elle avance des exigences et des normes différentes à propos de la réalité que lui présente l'enquêté. Ceci résultant du fait qu'une autre localité peut, en fonction des hypothèses avancées dans cette recherche, et des résultats déjà présentés qui les corroborent, se doter de cadres normatifs spécifiques pour juger les offres de soin : on peut " apprendre " à devenir plus ou moins exigeants, sur tels ou tels aspects des systèmes de soins, selon les qualités des services qu'on fréquente.

Globalement, 27% des enquêtés discutent avec au moins une personne n'appartenant pas à la localité et ils ne comptent parmi eux que 12% d'incertains alors que dans le reste de la population la proportion des incertains est de 21%.

L'intérêt de discuter avec un confident non local est donc ici sensible : les ressources informatives qu'il apporte, les comparaisons les confrontations qu'il autorise offrent à l'enquêté plus d'opportunités de se former des jugements. Mais ce qui est remarquable c'est que cet effet est nul à Tourcoing, et *très puissant* à Lens où l'existence d'un lien avec l'extérieur divise presque par trois le risque d'avoir du mal à formuler des jugements sur les offres locales de soins (11% d'incertains parmi ceux qui on un confident non local, contre 28% pour les autres). Lorsqu'on se souvient que l'incertitude est beaucoup plus fréquente à Lens (24% contre 13%), on voit que l'ouverture du réseau sur l'extérieur la ramène à un niveau analogue à celle de Tourcoing.

Parmi les lensois, l'effet est particulièrement important en milieu ouvrier (il fait passer la proportion d'incertains de 30% à 11%), et il est significatif mais moins spectaculaire en milieu aisé (il fait passer la proportion d'incertains de 24% à 12%).

Cet effet de localité est en fait médiatisé par le nombre de personnes avec qui on peut parler. Les données permettent de montrer qu'avoir " au moins un " confident non local produit un effet significatif seulement si l'enquêté a *en tout* seulement un confident. La ressource que représente ce regard extérieur n'est pertinente que si elle est portée par une relation exclusive, ce qui peut laisser supposer que l'entretien de ces discussions a quelque chose de particulièrement intentionnel : il s'agirait ici plus d'avis " qu'on va chercher " que d'avis " qu'on reçoit ".

Les " vrais " incertains seraient donc les Lensois, plutôt de milieu populaire, et plutôt ceux qui restent enfermés dans un réseau de discussion exclusivement local. Contrairement aux résultats précédents sur l'absence d'influence d'un confident familial avec le système de soins où n'apparaissait même pas un effet de compensation entre capital social et capital culturel, il semble qu'à Lens, mais exclusivement à Lens – ce qui serait une particularité du système social local – l'ouverture du capital social sur l'extérieur aide les habitants de milieux populaires moins dotés en capital culturel à se former une opinion.

Si on se rappelle qu'à Tourcoing discuter avec un confident non local n'a aucun effet, dans aucun milieu, les résultats montrent quelque chose de remarquable : l'existence de *processus de formation des jugements particuliers aux localités*, que nous pouvons considérer comme une des caractéristiques des " systèmes locaux de santé " dont nous cherchons à construire le modèle. En effet nous n'employons le langage des " populations ", " milieux ", " catégorie " que pour rester dans une forme de pensée familière à tous les lecteurs, mais, pour nous, " Lensois de milieu populaire " n'est pas une population dont les membres présentent des attributs, mais des acteurs construits par des processus relationnels qui permettent des circulations variées de ressources variées. En ce sens ce ne sont pas " ces lensois là " qui présentent des caractéristiques originales, mais les processus qui les constituent ainsi : c'est à dire le mode de fonctionnement des rapports sociaux à Lens au sein d'un système présentant certaines particularités locales.

7.4. LOCALITE ET RESEAU : DES EFFETS SPECIFIQUES ET INDEPENDANTS SUR LA FORMATION DES OPINIONS

Si, de manière analogue dans les deux localités, les réseaux d'au moins deux confidents (sur "médecin" ou sur "maladies") favorisent la formation des opinions, la proportion plus faible à Lens d'individus ayant de "grands" réseaux (notamment en ce qui concerne les discussions sur les médecins où deux fois moins de Lensois ont de grands réseaux : 13% contre 23%) pourrait-elle expliquer la proportion plus faible de gens capables de se former une opinion ? Répondre à cette question demande de tenir compte de l'interaction entre la localité et la taille des réseaux, c'est à dire en quelque sorte d'aller en amont du processus de formation des opinions, pour départager des effets directs de la localité sur chaque acteur (par exemple des effets de domination idéologique) et des effets indirects et interpersonnels résultants d'un moindre développement local des réseaux comme "machine sociale à opiner".

Pour cela nous allons délaissé la présentation de tableaux croisés – familière et indicative – au profit de la recherche des variables intervenant le plus significativement dans la structuration des données et qui peuvent être détectées par des régressions logistiques. Ces modèles autorisent l'introduction simultanée ou progressive de plusieurs variables, ainsi que de leurs interactions, pour rendre compte d'une variable dépendante, la propension à être "incertain".

Nous avons examiné ci-dessus quelques *motifs* qui avaient une influence sur la propension des enquêtés à avoir des confidents (et donc des effets indirects sur la formation des jugements), nous voulons vérifier également l'existence possible d'effets *directs* - et éventuellement spécifiques - sur la capacité de former des jugements. C'est pourquoi nous examinerons quelle contribution ils peuvent apporter dans des modèles prédictifs :

1) La peur des maladies. L'existence de jugements sur des offres de soins suppose que les acteurs puissent "se sentir concernés" par l'éventualité d'une maladie – tout en se portant bien aujourd'hui. Une des formes de ce processus d'investissement personnel est la crainte, la *peur* d'une maladie, comme peur pour soi, ou comme peur diffuse. Cette première condition est sans doute nécessaire, mais elle n'est certainement pas suffisante. La peur d'une maladie motive des jugements sur des moyens permettant à l'acteur de l'éviter, mais la peur d'une maladie ne motive pas nécessairement des jugements sur les possibilités locales de se faire soigner. Malgré cette réserve importante, nous examinerons comment les peurs des maladies (dont nous avons vu que la multiplication pousse à discuter des maladies avec plus de confidents), qui sont indifférenciées selon les localités et les milieux, peuvent conduire à évaluer plus systématiquement les offres locales.

2) L'état de santé personnel au cours des 5 dernières années (qui n'a pas d'effet sur le nombre de confidents), peut en avoir un sur les opinions relatives à l'offre locale de soins dans la mesure où avoir des maladies implique un recours au système local de santé et une possibilité de se faire une opinion directe, par expérience personnelle.

3) La prise en charge d'un proche gravement malade (qui accroît le nombre de confidents avec qui on parle de maladies), peut aussi entraîner une expérience plus fréquente et large des praticiens et des services locaux et favoriser l'expression d'un jugement.

A ces caractéristiques des acteurs – qui peuvent exercer des influences particulières sur la capacité d'opiner et que nous avons examinées auparavant - nous ajouterons évidemment les caractéristiques générales :

1) l'appartenance à l'une ou l'autre *localité*,

2) l'appartenance à l'une ou l'autre *strate* sociale ;

3) et nous examinerons également le *genre* qui institue des différences fortes dans la prise en charge des problèmes de santé au sein de l'unité familiale, et dans le rapport personnel à la santé.

Dans les modèles de régression logistiques ont enfin été proposés les effets des interactions

1) entre localité et citer "deux confidents et plus" pour les discussions sur sa santé et un médecin ;

2) entre peurs et citer "deux confidents et plus" pour les discussions sur les maladies ;

3) entre prise en charge d'un proche et réseau "deux confidents et plus" pour les discussions sur les maladies.

Les résultats d'une procédure pas à pas sont tout à fait tranchés et simples. Deux variables ressortent et pèsent de façon significative sur les chances d'être incertain :

- la localité : habiter Lens accroît la chance d'être incertain ;
- avoir au moins deux partenaires pour discuter des maladies décroît les chances d'être incertain.

Aucun des autres facteurs, ou des *interactions* proposés, n'a d'effet significatif supplémentaire. On confirme notamment que l'interaction entre localité et réseau, dont a vu qu'elle existe, n'a pas *en tant que telle* d'effet sur l'incertitude. Pas plus que les motifs individuels ou les opportunités de se former un jugement comme les peurs, l'état de santé, ou la prise en charge d'un proche gravement malade n'ont d'effet direct.

L'existence d'un effet de localité ressort donc clairement ainsi que celle d'un effet du réseau de discussion sur les maladies. Ces deux résultats constituent des corroborations des hypothèses centrales de la démarche, mais en les rendant indépendantes l'une de l'autre (ce qui n'était pas une hypothèse de départ).

Cette indépendance invite notamment à insister sur la possibilité de *spécificités locales de processus normatifs* qui – quelles que soient les expériences et les inscriptions relationnelles particulières des acteurs – faciliteraient ou inhiberaient la possibilité de former un jugement sur les offres de soins : à Lens il n'est pas nécessaire – ou peut être même il est peu recommandé - d'avoir un jugement sur les offres locales de soin.

Cette indépendance invite également à envisager la possibilité de *spécificités relationnelles des processus cognitifs* qui – à nouveau quelle que soient les expériences particulières des acteurs – faciliterait ou inhiberait la possibilité de former un jugement sur les offres de soins : de manière contre intuitive ce sont les discussions sur les maladies (et non pas sur un médecin comme nous le pensions) qui facilitent le plus la formation des jugements.

7.5. LE PARTAGE DES OPINIONS DANS LES RELATIONS DE DISCUSSION

Les proportions d'individus ayant une opinion favorable sur la manière d'être soigné ici sont de 47% pour le Cancer et 59% pour la dépression. Globalement plus d'un habitant sur deux juge que ces trois maladies sont correctement prises en charge localement.

Dans la suite des analyses nous allons plutôt nous pencher sur les opinions négatives dans la mesure où elles sont plus problématiques, plus difficiles à formuler pour les acteurs car elles les mettent dans une situation inconfortable : penser qu'on est mal soigné là où on habite peut être inquiétant ou même être d'une certaine manière humiliant si on doit considérer qu'on n'habite pas une de ces "bonnes" villes en tête des palmarès qui ont été publiés par la presse. Mais nous conservons dans les tableaux les proportions de "non réponse", car nous les considérons comme un indicateur significatif des processus de formation des opinions et non comme une faiblesse du questionnaire, de l'enquête, ou des répondants.

Nous allons examiner en premier quelles sont les opinions des enquêtés, et ensuite comment ces opinions sont similaires ou non aux opinions qu'ils ont citées comme étant celles des confidents avec lesquels ils parlent des trois sujets envisagés .

7.5.1. LES OPINIONS DES ENQUETES : DES JUGEMENTS NEGATIFS CONTRASTES SELON LES MALADIES ET LES LOCALITES

Globalement les jugements sur les prises en charge locales des trois maladies sont fortement contrastés entre les localités.

Tableau 7-9 Proportion des enquêtés de chaque localité ayant une opinion négative sur les conditions locales de prise en charge du cancer, de l'infarctus, de la dépression

Localité	Cancer			Maladies cardiaques			Dépression		
	Correct	Pas correct	NSP	Correct	Pas correct	NSP	Correct	Pas correct	NSP
Lens	36	45	19	50	24	26	57	13	30
Tourcoing	59	27	14	62	24	14	61	20	19
Chi2 Proba	26 0,00			12 0,00			10 0,00		

Lire : 45% des habitants de Lens ont jugé qu'ils ne pouvaient pas être pris en charge correctement dans la localité en cas de cancer. (% ligne par maladie)

Les Lensois sont massivement insatisfaits de la prise en charge du cancer (45% contre 27% à Tourcoing). Presque un habitant sur deux a une mauvaise opinion de l'offre locale de soins en la matière. C'est considérable, d'autant qu'à Tourcoing, c'est un habitant sur quatre. Donc l'effet de localité est ici très puissant.

En ce qui concerne la prise en charge des maladies cardiaques, il y a dans les deux communes pareillement un habitant sur quatre (24% et 24%) qui juge que la prise en charge n'est pas correcte. Mais les Lensois sont plus nombreux à ne pas avoir d'opinion (un sur quatre) au détriment des opinions positives.

Concernant la dépression les lensois sont moins nombreux à avoir un jugement négatif, mais aussi moins nombreux à savoir que penser (30% de NSP contre 19% à Tourcoing). Les lensois sont donc toujours plus nombreux à être incertains. Ils sont massivement insatisfaits des conditions de prise en charge du cancer ; et toujours moins nombreux à être satisfaits que les habitants de Tourcoing.

7.5.2. LES ENQUETES QUI CITENT AU MOINS UN CONFIDENT AYANT UN JUGEMENT NEGATIF ONT PLUS SOUVENT UNE OPINION, ET PLUS SOUVENT NEGATIVE

Les enquêtés constituent des populations artificielles, non représentatives de la totalité de chaque localité (cf la construction des échantillons égalitaire par sexe, et contrastée sur deux tranches d'âge, et deux milieux sociaux distants). Mais les enquêtés ont pu choisir les gens avec lesquels ils parlent dans des types de milieux plus diversifiés et des localités différentes⁴¹. La population des partenaires est une construction sociale résultant des choix des enquêtés, elle n'est représentative que d'elle même. C'est pourquoi il serait particulièrement délicat d'interpréter la distribution des jugements attribués par les enquêtés à cette population qu'ils ont construite, même s'il serait tout à fait intéressant d'examiner comment fonctionne cette sorte d'enquête d'opinion au second degré.

Ce sont les effets de ces sélections qui nous intéressent principalement, et plus précisément la possibilité de montrer que les opinions sont des réalités partagées au sein des réseaux de discussion. Nous allons donc chercher les concordances entre les opinions avancées par les enquêtés et les opinions qu'ils attribuent à leurs confidents⁴². Ces concordances ne peuvent être parfaites. Elles supposeraient des consensus absolus peu vraisemblables dans des structures relationnelles segmentées où un enquêté a l'occasion de participer à des univers sociaux relativement indépendants les uns des autres, et partant, potentiellement hétérogènes quant aux références normatives qu'ils développent et aux opinions qui émergent en leur sein. Nous allons donc réutiliser comme indicateur le fait d'avoir au moins un confident ayant une opinion négative.

⁴¹ Ces choix sont cependant limités par l'effet de contraintes pratiques (par exemple distance) et par le respect des règles sociales implicites de distances statutaires maximum à ne pas dépasser.

⁴² En écrivant "qu'ils attribuent à leurs confidents" nous rappelons que *methodologiquement* nous n'avons pas de vérification directe des opinions des confidents. Ces opinions attribuées peuvent être considérées par certains comme de pure projections des enquêtés. Ce n'est pas notre position *théorique* qui suppose que les enquêtés disent quelque chose qui se rapporte bien à leur *perception* et compréhension des opinions de leurs confidents.

Tableau 7-10 Proportion des enquêtés de chaque localité qui discute avec au moins une personne ayant une opinion négative sur la prise en charge du cancer, de l'infarctus, de la dépression

Localité	Cancer	Infarctus	Dépression
Lens	30	17	14
Tourcoing	23	22	22
Tous	26	19	18
Chi2 Prob	3 0.06	2 0.18	5 0.02

Lire : 30% des enquêtés de Lens discutent avec au moins une personne ayant une opinion négative sur la prise en charge du cancer (% case). La proportion de Lenois qui discute avec au moins une personne mécontente des conditions de prise en charge locales du cancer est plus élevée que celles des enquêtés de Tourcoing. On voit l'inverse pour la dépression⁴³.

Ce premier constat étant posé, comment s'opère la concordance des opinions ? Quelles sont les opinions des enquêtés qui ont cité un confident ayant un jugement négatif, et celles des enquêtés qui n'ont pas cité de confident insatisfait ?

Tableau 7-11

Distribution des opinions des enquêtés sur la qualité de la prise en charge locale d'une maladie, selon qu'ils discutent avec au moins un confident ayant un jugement négatif à ce sujet

Enquêtés ayant XX confident(s) ayant un jugement négatif	Prise en charge correcte	Prise en charge pas correcte	NSP
CANCER Chi2 : 78 Prob : 0.00			
Aucun confident négatif	56	25	19
Au moins un confident négatif	24	67	9
INFARCTUS Chi2: 68 Prob: 0.00			
Aucun confident négatif	62	16	22
Au moins un confident négatif	32	56	12
DEPRESSION Chi2:25 Prob:0.00			
Aucun confident négatif	62	13	25
Au moins un confident négatif	45	34	22

Lire : Parmi les enquêtés ayant cité au moins un confident ayant un jugement négatif sur la prise en charge du cancer, il y en a 67% qui ont une opinion personnelle négative sur la prise en charge locale du cancer (contre 25% pour ceux qui n'ont pas cité de confident " négatif ") .

Les enquêtés qui ont dans leurs réseaux de discussion au moins une personne dont ils pensent " qu'elle dirait qu'ici on a du mal à être correctement soigné du cancer", ont deux fois moins de chance d'être indécis, de ne pas avoir d'opinion sur l'offre locale de soin en matière de cancer (9% de " NSP " contre 19%). Ceux qui discutent avec au moins une personne insatisfaite de la prise en charge locale de l'infarctus, ont aussi deux fois moins de chances d'être indécis (12% contre 22%). Mais, concernant la dépression, l'effet est presque nul (on verra que ceci est le propre de Lens).

Le tableau ci-dessus montre aussi que les enquêtés qui pensent qu'un de leurs confident(s) a un avis négatif, sont massivement plus nombreux à avoir eux mêmes un avis négatif : ils sont de deux à trois fois plus nombreux que ceux qui ne citent pas de proche insatisfait⁴⁴. L'enquête montre donc *un effet majeur de convergence des opinions dans les réseaux de discussion* qui apparaissent bien comme des vecteurs puissants

- de production des opinions, donc des réputations (diminution des NSP),
- de renforcement réciproque des opinions (convergence des contenus des opinions).

Le caractère synchronique des données ne permet pas de vérifier des hypothèses sur des processus de diffusion d'un jugement ou *d'émergence* des jugements dans les relations et les réseaux qu'elles

⁴³ La fréquence des opinions négatives parmi les confident(s) suit les mêmes tendances que celle des opinions dans la population des enquêtés. Mais on voit se confirmer, par une mesure d'opinion " au second degré ", la nature des écarts entre Lens, localité plus insatisfaite de la prise en charge du cancer, et Tourcoing, localité plus insatisfaite de la prise en charge de la dépression.

⁴⁴ La valeur très forte des Chi2 est caractéristique des processus d'auto-sélection où les diagonales des tableaux, portant les choix homophiles, concentrent de très fortes proportions de choix.

forment. Mais ce n'est pas le but de cette recherche. Il nous suffit, et il est déjà essentiel, de montrer que les opinions relatives aux offres locales de soins ne sont pas exclusivement des opinions élaborées et entretenues en son for intérieur, mais qu'elles ont aussi une existence *partagée* dont atteste l'existence de discussions, et de *discussions préférentielles entre gens d'accords entre eux*.

7.5.3. CITER AU MOINS UN CONFIDENT AYANT UN JUGEMENT NEGATIF A UN EFFET VARIE SELON LA LOCALITE ET LA MALADIE

Cependant cet effet n'est pas uniforme selon les maladies et les localités. Le tableau ci-dessous – assez complexe - indique, pour chaque localité, et chaque maladie, les proportions des *enquêtés ayant une opinion négative*, parmi ceux qui discutent avec *aucune personne* ayant une opinion négative et parmi ceux qui discutent avec *au moins une personne* ayant une opinion négative⁴⁵.

Tableau 7-12 Proportions des enquêtés ayant une opinion négative sur la qualité de la prise en charge locale d'une maladie ; selon la localité ; selon qu'ils discutent avec au moins une personne ayant une opinion négative à ce sujet.

Enquêtés ayant XX confidents ayant un jugement négatif	Lens : Proportion d'enquêtés ayant une opinion négative		Tourcoing : Proportion d'enquêtés ayant une opinion négative	
	%	N Tous	%	N Tous
CANCER (chi2 Prob.)	40 0.00		34 0.00	
Aucun confident négatif	32	183	18	198
Au moins un confident négatif	74	78	57	33
Tous enquêtés	44	261	27	256
INFARCTUS (chi2 Prob.)	22 0.00		47 0.00	
Aucun confident négatif	19	216	14	200
Au moins un confident négatif	52	44	58	55
Tous enquêtés	24	260	24	255
DEPRESSION (chi2 Prob.)	0 0.9		33 0.00	
Aucun confident négatif	13	224	12	199
Au moins un confident négatif	13	37	47	55
Tous enquêtés	13	261	20	254

Lire : A Lens 74% des enquêtés qui discutent avec au moins une personne ayant une opinion négative, ont eux mêmes une opinion négative, sur les conditions de prise en charge du cancer.

Concernant le cancer, l'effet d'un confident ayant une opinion négative multiplie par 2 à Lens, et par 3 à Tourcoing⁴⁶ la chance que l'enquêté ait un jugement négatif.

Concernant les maladies cardiaques, avoir un confident ayant une opinion négative multiplie par 2.7 à Lens et par 4 à Tourcoing la chance que l'enquêté ait un jugement négatif.

Concernant la dépression, l'effet est nul à Lens, alors qu'il est important à Tourcoing : à nouveau il multiplie par quatre la chance d'avoir une opinion négative (et c'est aussi à Lens que la proportion d'enquêtés ayant une opinion négative est la plus faible).

Sous réserve de l'influence d'une ou plusieurs variables sous jacentes que la faiblesse des effectifs nous interdit de tester, on voit ainsi que les concordances entre opinions des enquêtés et les opinions attribuées aux confidents, sont toujours fortes, mais plus ou moins selon les localités : l'effet d'un confident insatisfait est toujours plus important à Tourcoing. Pourquoi cela ? Nous avons envisagé la possibilité d'un effet "minorités actives" pour expliquer les différences locales : l'effet du réseau serait d'autant plus fort que l'opinion à soutenir serait plus minoritaire dans la localité. Cependant on ne trouve pas de correspondances systématiques, selon les localités et les pathologies, entre fréquence des opinions négatives parmi les enquêtés et importance de l'effet confident.

⁴⁵ Le tableau ne comporte, pour chaque maladie et chaque localité, que la colonne indiquant *la proportion d'enquêtés ayant une opinion négative* extraite des 9 tableaux initiaux. La colonne N Tous, indique l'effectif total de la ligne sur lequel le pourcentage est calculé. Les tableaux ayant mêmes structures et mêmes effectifs, les niveaux des chi2 peuvent être comparés pour indiquer l'intensité de "l'effet réseau" selon les maladies et les localités. On notera que tous les écarts ont des ampleurs suffisantes pour ne pas relever de simples flottements et biais d'enquête.

⁴⁶ Le Chi2, plus fort à Lens, contrairement à notre commentaire, porte sur la totalité du tableau qui inclut les modalités "correct" et "NSP".

Les variations à la fois des opinions émises, et des forces de l'effet confident, selon les pathologies peuvent surprendre. Elles interdisent pour l'instant une explication vraisemblable des variations entre localités. Mais nous en défendons la pertinence : nous considérons que ces indicateurs révèlent des faits significatifs.

7.6. CONCLUSIONS

Les enquêtés ont cité un petit nombre de personnes avec lesquelles ils peuvent parler des différents sujets évoqués, en moyenne : 1.3 pour discuter de sa santé, 0.7 pour parler de son médecin, et 0.8 pour évoquer les trois maladies. Ces chiffres résultent de procédures d'enquête validées et ne sont pas insolites relativement aux résultats d'enquêtes comparables : nous les considérons comme des indicateurs fiables. Mais ces chiffres caractérisent un répondant moyen qui est un mélange trop composite de profils de réponse variés. De manière plus analytique, un de ces profils particuliers nous intéresse au premier chef : celui qui consiste à ne pouvoir citer aucun confident.

Un enquêté sur quatre ne parle à personne de sa santé, *et plus d'un enquêté sur deux ne parle à personne de son médecin ou des trois maladies*. Le contraste entre les proportions d'enquêtés réservés selon les domaines de discussion (ils sont deux fois plus nombreux à ne pas pouvoir parler de leur médecin que de leur santé), indique de manière pleinement significative que le silence relatif aux médecins est l'effet d'une censure spécialisée, spécifique. Tout le monde (92% des enquêtés) a consulté au moins un médecin généraliste lors des 6 derniers mois. Ainsi tout le monde pourrait parler d'un médecin particulier en référence à une expérience effective. Or ce n'est pas le cas, et de loin : il existe bien un interdit portant sur les discussions avec un tiers relatives aux pratiques de son soignant, un tabou sur la transmission d'information relative à ses manières de faire. Le silence professionnel du médecin protège certes les secrets du patient ; mais le silence très fréquent des patients rend secrets les comportements professionnels des praticiens (forme des consultations, disponibilité, prescriptions, examens, etc). Pendant du devoir de secret professionnel auquel est soumis le médecin, il conviendrait d'élaborer théoriquement la notion de *devoir de secret profane* auquel serait soumis le patient. Ce devoir pourrait éventuellement être interprété comme une clause permettant la symétrisation du secret et le rééquilibrage relatif de la convention de confiance qui lie praticien et patient.

Mais il convient également de tirer les conséquences de ce silence sur les processus de production des réputations. D'une part bien des choses ne sont jamais dites, jamais échangées entre profanes. D'autre part, le réseau au sein duquel circulent des informations sur les praticiens est ténu et lacunaire. Même si l'enquête ne permet pas de disposer d'indications sur le réseau *global* formé par ces relations de discussion, elle suggère du moins que la circulation d'informations sur les praticiens est entravée par la proportion très importante d'acteurs qui restent hors jeu, hors réseau.

Dans les évaluations relatives à l'autonomie des patients on met l'accent sur une asymétrie d'information entre les termes de la relation médecin-malade, asymétrie fondée sur l'incompétence de l'utilisateur pour apprécier les actes médicaux dont il est l'objet : il n'a pas reçu *la formation* initiale et n'aurait souvent même pas le capital culturel nécessaire pour s'en approcher⁴⁷. Cette recherche montre qu'il existe aussi *un déficit de partage réciproque d'informations entre patients* sur leurs expériences variées. Le *devoir de secret profane* que nous avons mis en évidence interdit ou limite des échanges "horizontaux", des expériences. Dans différents domaines de la vie sociale le partage d'expériences simultanées et similaires peut devenir la base d'une régulation des pratiques⁴⁸. Nous avons rappelé que de faibles nombres de personnes avec lesquelles les gens parlent ont été attestés dans le domaine de la vie sexuelle. Pour évaluer la spécificité des limitations que rencontre la circulation d'informations sur les praticiens il faudrait savoir s'il en est de même pour les "tuyaux"

⁴⁷ Il semble qu'une partie de ceux qui en disposent mobilisent maintenant les ressources considérables du Web pour accéder à des informations sur les pathologies et les traitements.

⁴⁸ On propose ici un modèle où la régulation des pratiques reposant sur des expériences partagées est "actuelle" et horizontale plutôt qu'incorporée au cours de la primo socialisation, intériorisée. En admettant cependant que des schèmes primaires – comme ceux qui conditionnent le respect envers la parole "autorisée" – agissent en amont pour limiter de manière normative – à la fois intériorisée et contrôlée hic et nunc par les pairs – les possibilités même de discussion sur certains sujets.

échangés à propos des garagistes, des assurances vie, ou de quelques autres sujets un peu importants pour les gens⁴⁹.

Les pressions normatives ne peuvent à elles seules expliquer l'existence et l'absence de discussions. Différents motifs doivent également être invoqués. Dans ce domaine, l'enquête a exploré *le sentiment de peur à l'égard de différentes maladies*, et on voit que la peur tend globalement à encourager les discussions. Ce constat moyen – intuitivement attendu – étonne peu, mais il cache des profils contrastés et révélateurs : la moitié de ceux qui ont peur du cancer ne parle à personne des trois maladies évoquées (cancer, maladies cardiaques, dépression). La peur des maladies peut rendre loquace et volubile, mais elle peut aussi accompagner la discrétion, la réserve, le silence. A nouveau, nous ne voulons pas “ individualiser ” l'interprétation de ces constats dans des propositions plus ou moins psychologisantes. Nous supposons que les peurs des maladies sont des élaborations très socialisées et que les deux types de jeux relationnels constatés, [peur et discussion] vs [peur et silence] manifestent l'existence de deux séries de normes⁵⁰. La fréquence (un cas sur deux) du profil [peur du cancer et silence sur les trois maladies] invite résolument à ne pas considérer le silence sur des questions de santé comme l'effet d'une légèreté de l'être, d'une distance vis à vis des contingences du corps. Si on accorde quelque crédit aux théories psychosomatiques, on peut penser que le couplage peur-silence met l'acteur dans une situation de solitude où les effets négatifs de l'angoisse se manifesteront sur l'état de santé, sans être temporisés par un quelconque soutien interpersonnel.

L'état de santé de l'enquêté, et le fait qu'il ait eu à s'occuper d'un proche gravement malade, sont d'autres motifs de discussion dont les effets ont été explorés. Or ces motifs ont des effets parfois différents sur chacun des trois types de relations de discussion, et parfois uniformes. On a montré ainsi que s'occuper de quelqu'un gravement malade, accroît les chances de parler spécifiquement des maladies, mais n'accroît pas les chances de parler de sa propre santé (effets différents). Par contre – et c'est un résultat passablement inattendu – l'état de santé de l'enquêté ne modifie la propension à parler d'aucun des trois sujets (absence d'effet uniforme). Avant d'interpréter spécifiquement ces données, il convient d'en tirer la conclusion générale : d'un point de vue théorique, mais aussi pratique, il faut concevoir des logiques de fonctionnement différenciées pour chaque sous système, pour chaque sujet et admettre que les “ *systèmes référentiels profanes* ” des acteurs sont *des systèmes hétérogènes*. Cette conclusion est très conforme aux acquis de l'analyse des réseaux personnels, et elle conduirait à poser des questions aux campagnes de prévention relatives à différents sujets de santé.

Au delà des silences et des interdits, nombre d'acteurs ont effectivement des discussions et ont cité diverses relations. Lesquelles et pourquoi ? L'enquête a permis l'évaluation - trop rarement entreprise dans les analyses des réseaux personnels, mais qui joue un rôle grandissant dans les approches du capital social – du rapport entre les liens *disponibles et les liens mobilisés*. L'enquête montre ainsi qu'un acteur peut être à la fois bien entouré par des proches (parents ou amis) tout en ne parlant à aucun d'entre eux. *Le silence n'est pas du tout un effet mécanique d'un déficit relationnel*. Il résulte de contraintes particulières qui pèsent sur la mobilisation des relations disponibles. On devrait plutôt dire sur *les mobilisations des relations disponibles*, car selon les rôles caractéristiques des relations (parents, amis, collègues,..) ces logiques sont apparues différentes : n'importe quelle relation de parenté semble mobilisable, alors que seule une faible proportion des relations amicales le serait. Exprimé autrement, on aurait la possibilité de parler “ santé ” à n'importe quel parent, alors qu'on ne parle santé qu'à une faible partie de ses amis. On renforce ainsi les conclusions sur *les spécificités des rôles* dans le réseau personnel. Certains rôles – parents, amis – sont globalement privilégiés pour parler de ces sujets. Mais les processus de mobilisation, de “ choix ”, des partenaires auxquels on parle mettent en œuvre une logique distincte pour chacun de ces deux rôles.

A nouveau ici on peut chercher “ en amont ” les causes de ces logiques particulières :

⁴⁹ Il serait intéressant de connaître un appel d'offre de recherche qui accepterait de financer une enquête portant à la fois sur les médecins, les avocats, les garagistes, et les assurances vies (par exemple..).

⁵⁰ Ceci n'est évidemment pas une conclusion, mais l'indication de la direction que devrait prendre un travail d'exploration plus poussée de ces processus particuliers.

- 1) soit dans la polyvalence des liens et l'interdépendance des contenus des rôles : les parents sont des soutiens privilégiés en cas de problèmes de santé, ils sont donc aussi des interlocuteurs privilégiés ;
- 2) soit dans des propriétés sociométriques des liens : les parents constituent un réseau privé et déconnecté des autres réseaux de collègues, d'amis,... tel que la "révélation" d'un problème personnel de santé – potentiellement stigmatisant - a peu de chance de diffuser en dehors du réseau de parenté vers ces autres cercles de sociabilité.

Mais il nous semble surtout important d'en évaluer les conséquences "en aval" : si on admet que ce sont les réseaux de parenté qui présenteraient la mobilisation la plus forte pour discuter des problèmes de santé, on doit tenir compte de quelques propriétés fréquentes de ces réseaux, notamment la densité et la relative proximité statutaire des membres (ceci serait à détailler). Dès lors les informations et les opinions sur la santé risquent fréquemment de "tourner en rond" dans un sous réseau peu capable de capter des informations nouvelles⁵¹. Si on parle de "médecin de famille", notre analyse permet d'ajouter qu'on parle surtout en famille du médecin de famille, dans un cercle qui a toute chance de faire triompher *les processus de soutien mutuel visant la réduction de la dissonance*⁵² plutôt que *l'ouverture des jugements*.

Nous pouvons avancer maintenant vers les questions centrales : dans quelle mesure ces quelques relations, soigneusement choisies parmi les liens disponibles, modifient-elles les jugements sur les offres locales de soins ? Tout d'abord en ayant - conformément aux hypothèses avancées - un effet important sur la capacité de juger l'offre locale de soins. Avoir *au moins deux confidents* – notamment sur "médecin" et "maladie" - divise par quatre le risque de ne pouvoir se former une opinion sur l'offre locale de soin. L'existence d'un effet de discussions [Ego – un confident] aurait soutenu l'hypothèse attribuant un rôle important aux interactions *dyadiques* dans la formation des opinions. C'est le niveau élémentaire de l'hypothèse relative à la fonction des échanges dans la formation des opinions. L'existence d'un effet puissant d'échanges entre trois termes [Ego – Confident 1 – Confident 2] apporte un soutien à l'hypothèse générale que *les opinions sont des cognitions partagées*, construites dans les échanges constitutifs des *réseaux* de discussion, et non des propriétés attribuables soit à des individus atomisés soit à des dyades séparées. C'est le niveau plus structural, où les interactions triadiques sont d'emblée – si on retient la distinction qualitative de Simmel - des faits collectifs d'une *nature* différente.

Cet effet des réseaux de discussions est similaire dans les milieux populaires et dans les milieux aisés. Cet effet des réseaux de discussions est également similaire dans les deux localités examinées. En poussant la conclusion aux limites, on peut alors penser que les processus interactifs-cognitifs activés dans les triades et qui permettent de former⁵³ des opinions sont des processus psycho-sociologiques "universels".

A coté de cette universalité de l'effet triade-opinion, les données font apparaître que d'autres processus sont plus ou moins marqués par des particularités locales :

- 1) A Lens, il y a plus de gens qui ne parlent à personne de leur santé.
- 2) Et cet effet de localité est plus fort que l'effet de milieu social : *un ouvrier de Lens ressemble plus à un cadre de Lens qu'à un ouvrier de Tourcoing*.
- 3) A Lens, il y a plus de gens qui ne parlent à personne de leur médecin.
- 4) A Lens, les milieux *aisés* parlent particulièrement peu de leurs médecins (alors qu'ils ont les compétences et la légitimité – ce résultat est totalement inattendu et contraire aux hypothèses qu'on peut dériver de la théorie du capital culturel).

⁵¹ Nous reprenons ici l'hypothèse relative aux effets fonctionnels des structures des réseaux formés des liens "forts" formulée par M.Granovetter (1973,1982). Pour une illustration, voir Ferrand, (1991).

⁵² Les doutes que peut un jour formuler un acteur sur des soins qu'il reçoit seraient effacés par les autres membres de la famille avec lesquels il discute.

⁵³ Si on veut rester cohérent avec la théorie avancée dans cette recherche, et désormais avec les résultats acquis ici, il faut effectivement écrire "qui permettent de former des opinions..." et non pas "qui permettent aux acteurs de se former une opinion". La première formulation respecte l'idée que c'est la triade qui opine – au terme d'un processus que je ne formalise pas pour l'instant, c'est une boîte noire dans la démarche - et non des individus qui auraient chacun "leur" opinion.

5) Il n'y a pas de différences de localité concernant les discussions sur les trois maladies.

Ces constats complexes appellent différentes conclusions.

Ils attestent d'abord l'existence de logiques de constitutions " des systèmes référentiels profanes " qui parfois ne dépendent pas de la localité (lorsqu'il s'agit de parler des maladies), et parfois en dépendent. Nous avons avancé l'hypothèse d'une interdépendance entre contenu des discussions (universalisme des maladies vs particularisme de mon état de santé ou des pratiques de mon médecin) et régulation (indépendance vis à vis de la localité = universalisme vs dépendance vis à vis de la localité = particularisme). C'est une hypothèse très générale qui ne fait que formaliser le problème, plutôt que de lui donner une réponse : elle ne peut rien dire sur les logiques des acteurs. Le résultat à retenir est néanmoins clair : *il peut exister des effets plus ou moins forts des localités sur la constitution des systèmes référentiels profanes.*

La seconde conclusion est que, lorsqu'un effet de localité existe, il peut être suffisamment puissant pour tendre à homogénéiser deux strates socialement distantes au sein de la localité.

La troisième conclusion devrait dire pourquoi à Lens on est plus réservé, mais les données internes à l'enquête ne permettent pas d'avancer et de tester une interprétation raisonnable de cet écart Lens / Tourcoing.

On a caractérisé les relations de confiance par leurs rôles principaux : parents, amis, etc. On retient également certaines propriétés sociales et statutaires de la personne avec laquelle on discute, car ces propriétés sont considérées comme des indicateurs pertinents des *ressources* dont disposent ces personnes. Les théories du capital social insistent sur les variations quantitatives et qualitatives des ressources que différents liens avec différentes personnes permettent de mobiliser. Nous pensions que pouvoir discuter avec un confident qui travaille dans le secteur de la santé faciliterait la formation d'une opinion. Les données invalident cette hypothèse.

Plus en amont, en ce qui concerne la simple existence des liens, la formation du système référentiel profane, nous pensions que les structures des sociabilités locales (qui seraient socialement plus ou moins ségréguées) offriraient des opportunités différentes d'être en contact avec quelqu'un du secteur sanitaire. Il n'y a pas d'effet de ce type.

Par contre, la possibilité de discuter avec quelqu'un qui dispose d'autres expériences et d'autres références parce qu'il n'habite pas la localité, facilite puissamment la formation d'une opinion, mais uniquement à Lens, et particulièrement en milieu ouvrier. Sachant que, globalement, à Lens, il y a plus de gens qui n'ont pas d'opinion sur l'offre locale de soins, on voit apparaître quelques indications qui laissent supposer l'existence de *processus différenciés de formation des opinions* entre les deux localités (indépendamment des contenus des opinions exprimées qui peuvent être dépendantes de la qualité effective des offres).

Pour tenter d'identifier les effets les plus marquants et synthétiser les constats, des régressions logistiques ont été calculées, prenant pour variable dépendante l'incapacité à se former une opinion. En proposant de faire intervenir aussi bien des effets relatifs aux appartenances des enquêtés (genre, statut, localité), aux motifs de discussion qu'ils peuvent avoir (état de santé personnel, prise en charge d'un proche malade, peurs des maladie), et enfin les effets propres aux discussions avec au moins deux confidents dans chacun des trois domaines (sa santé, son médecin, les trois maladies), les procédures par étapes font systématiquement ressortir seulement deux variables : la localité – Lens accroît la chance de n'avoir pas d'opinion - et le fait de discuter avec deux personnes des maladies – qui décroît la chance de n'avoir pas d'opinion. Ces résultats – qui tiennent compte des effets multiples de différents processus - viennent soutenir les hypothèses principales avancées. Mais nous avons pensé que l'effet de localité passerait notamment par les réseaux. Nous pensions que les localités favoriseraient des sociabilités distinctes, et donc qu'elles mettraient en place des " machines " différentes à produire les réputations, et donc que les capacités à juger seraient différentes ainsi que les contenus des opinions. L'effet de la localité aurait alors été contenu dans l'effet réseau. Il semble en fait qu'il existe un effet réseau *et* un effet localité. C'est à dire que les socio-logiques qui produisent les réseaux de discussion sur la santé sont spécifiques relativement à celles qui produisent les sociabilités générales locales. Nous imaginions les spécificités locales des systèmes de production des réputations à partir de, et dépendant de, leurs inscriptions dans les structures socio-relationnelles

globales. Les conclusions auxquelles nous parvenons sont paradoxalement à la fois moins localistes (certains processus sont “ universels ”) et plus localistes (les systèmes référentiels profanes répondent à des socio-logiques peu dépendantes des structures relationnelles locales).

"Seules les actions réciproques des individus entrent en jeu et développent une dynamique qui par son ampleur prend une apparence objective et dissimule à chacun sa propre contribution ; en fait chacun entraîne aussi bien qu'il est entraîné. Georges Simmel, 1918, p.11

EXTRAIT DU QUESTIONNAIRE – Mise en page originale non respectée -

Maintenant nous allons PARLER DES PERSONNES avec lesquelles on discute de la santé

Il peut vous arriver de discuter de **questions de santé**, des risques de maladies liés à la pollution ou à des aliments, ou encore de ce que font les gens pour garder la forme, pour bien se porter, pour éviter le stress.

A) Je vais vous demander si, au cours des six derniers mois, vous avez discuté avec différents types de personnes de questions de santé [CARTE]

- une fois par semaine.....1
- une fois par mois.....2
- plus rarement3
- jamais 4
- Pas concerné5

Vous avez discuté	A				
	1	2	3	4	5
7.7. AVEC DES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE					
7.8. AVEC DES COLLEGUES					
7.9. AVEC DES AMIS					
7.10. AVEC DES MEMBRES D'UN CLUB, D'UNE ASSOCIATION					
7.11. AVEC DES PROFESSIONNELS DE SANTE : MEDECIN, KINESITHERPEUTE, ETC					
7.12. AVEC D'AUTRES PERSONNES, précisez :					

Il peut vous arriver de discuter de **votre propre santé** avec différents types de personnes, famille, collègue, infirmière... Par exemple de discuter d'une maladie que vous venez d'avoir, de médicaments que vous prenez, ou d'un régime que vous suivez....

7.13. AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS, VOUS EST-IL ARRIVE DE DISCUTER AVEC QUELQU'UN DE VOTRE PROPRE SANTE ?..

Si non => question suivante

Si Oui =>

[Tendre la feuille « Personnes avec lesquelles on discute » et de quoi écrire]

Je vous demande de mettre sur cette feuille les initiales ou le prénom de chaque personne avec laquelle vous avez discuté de votre santé pour qu'on se souvienne bien par la suite de qui vous parlez.

[Ecrire ou faire écrire les prénoms et cochez la colonne 7 du tableau]

[Quand l'enquête a fini sa liste, reprendre chaque nom et poser la question suivante]

7.14. AVEC CHACUNE DE CES PERSONNES VOUS DISCUTEZ [METTRE LE CODE EN COLONNE 8 DU TABLEAU]

- plutôt de votre santé 1
- un peu de votre santé et un peu de la sienne 2
- plutôt de sa santé 3

Il peut aussi vous arriver de discuter d'un **médecin**, des traitements qu'il prescrit ou des soins qu'il donne...

Au cours des six derniers mois, vous est-il arrivé de discuter avec quelqu'un d'un médecin, des traitements qu'il prescrit, de ses consultations ?

Si non => question suivante

Si Oui =>

7.15. JE VOUS DEMANDE DE METTRE SUR LA FEUILLE »PERSONNES AVEC LESQUELLES ON DISCUTE « LES INITIALES OU LE PRENOM DE CHAQUE PERSONNE AVEC LAQUELLE VOUS AVEZ DISCUTE D'UN MEDECIN [COCHER COLONNE 9 DU TABLEAU]

Si vous pensez à une personne que vous avez déjà citée, dites moi ses initiales ou son prénom. [Et cocher colonne 9]

Enfin je vais vous demander s'il vous arrive de discuter de **maladies particulières**.

7.16. AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS, VOUS EST-IL ARRIVE DE DISCUTER AVEC QUELQU'UN D'UNE DES TROIS MALADIES SUIVANTES, 1) LE CANCER 2) LES MALADIES CARDIAQUES 3) LA DEPRESSION NERVEUSE?

Si non => question suivante

Si Oui =>

Je vous demande de mettre sur la feuille »Personnes avec lesquelles on discute « les initiales ou le prénom de chaque personne avec laquelle vous avez discuté de ces maladies. [Et cocher colonne 10 du tableau].

Si vous pensez à une personne que vous avez déjà citée, dites moi ses initiales ou son prénom. [Et cocher colonne 10 du tableau]

A propos de chacune des personnes que vous venez de citer, je vais maintenant vous poser quelques questions.

[passer en revue les personnes citées et documenter les colonnes du tableau]

7.17. QUEL EST LE SEXE DE CETTE PERSONNE HOMME 1 FEMME 2

7.18. OU HABITE CETTE PERSONNE?

- Cette personne habite avec vous 1
- Cette personne habite dans votre voisinage 2
- Cette personne habite la localité 3
- Cette personne habite dans un rayon de 30 kms 4
- Cette personne habite ailleurs 5

7.19. QUELLE RELATION AVEZ-VOUS AVEC CETTE PERSONNE ? VOUS DIRIEZ PAR EXEMPLE QUE CETTE PERSONNE EST [UNE REPONSE]

- un collègue 1
- un ami proche 2
- une personne de la famille 3
- un compagnon de club, d'association 4
- un voisin 5
- autre genre de relation 6

7.20. EST-CE QUE CETTE PERSONNE EST PARTICULIEREMENT CONCERNEE PAR LES QUESTIONS DE SANTE ?

[Une réponse; faire choisir la plus importante]

Cette personne travaille dans le secteur de la santé, mais ne soigne pas les gens 1
(assistante sociale, laborantine, secrétaire médicale, vendeuse dans une pharmacie)

Cette personne a pour de soigner les gens 2
(médecin, chirurgien, pharmacien, infirmière, kinésithérapeute)

Cette personne s'occupe ou a dû s'occuper personnellement de soigner quelqu'un de gravement malade, un parent atteint d'un cancer, un enfant touché par une maladie grave 3

Cette personne a d'autres activités que celles dont nous venons de parler 4

Je ne sais pas précisément ce qu'elle fait ni si elle est concernée 5.

7.21. [TENDRE LA LISTE CPS] EN VOUS AIDANT DE CETTE LISTE, POUVEZ-VOUS NOUS INDIQUER LA PROFESSION ACTUELLE OU LA DERNIERE PROFESSION DE CETTE PERSONNE ?

7.22. D'APRES CE QUE VOUS SAVEZ, CETTE PERSONNE AVEC QUI VOUS DISCUTEZ CONSULTE-T-ELLE AUSSI UN DES MEDECINS QUE VOUS AVEZ CITES ?

- Je n'en sais rien 0
- Nous avons un medecin commun 1
- Nous avons plusieurs médecins communs ou nous fréquentons le même service à l'hôpital ou en clinique 2

Avec cette personne, il a pu vous arriver de discuter des médecins.

7.23. EST-CE QUE VOUS SAVEZ UN PEU CE QUE CETTE PERSONNE PENSE DES MEDECINS ?

Oui 1 Non 2

NON => *question suivante*

OUI [*Si l'enquêté(e) sait ce que la personne citée pense des medecins*]

Je vais vous demander l'importance que cette personne attache à quelques manières de faire des médecins.

D'après ce que vous savez, est-ce qu'elle trouve

- | | |
|------------------------|---|
| peu importante | 1 |
| moyennement importante | 2 |
| très importante | 3 |

7.24. LA MANIERE DONT ILS SONT DISPONIBLES POUR LES VISITES OU LES CAS D'URGENCE

7.25. LA MANIERE DONT ILS S'INTERESSENT A CE QU'ON EST VRAIMENT, A NOTRE FAÇON DE VIVRE

7.26. LA MANIERE DONT ILS ONT LE COUP D'OEIL POUR VOIR DE QUOI ON EST MALADE

7.27. LA MANIERE DONT ILS ECOUTENT LES SECRETS LES PLUS PERSONNELS

7.28. LA MANIERE DONT ILS CHOISISSENT LE TRAITEMENT

7.29. LE PRIX DES CONSULTATIONS, DES MEDICAMENTS, DES EXAMENS

7.30. LA MANIERE DONT ILS EXAMINENT NOTRE CORPS

7.31. LA MANIERE DE PRENDRE SON TEMPS OU D'ETRE PRESSE

Avec cette personne, il a pu vous arriver de discuter la manière dont on peut être soigné ici pour différentes maladies

7.32. EST-CE QUE VOUS SAVEZ UN PEU CE QUE PENSE CETTE PERSONNE SUR LA MANIERE DONT ON PEUT ÊTRE SOIGNÉ ICI POUR DIFFÉRENTES MALADIES

Oui 1 Non 2

NON => *question 6.30*

OUI

7.33. D'APRES CE QUE VOUS SAVEZ, CETTE PERSONNE DIRAIT QU'ICI (LOCALITE DE L'ENQUETE)

on est correctement soigné(e) du cancer	1	
on a du mal à être correctement soigné(e) du cancer		2
cette personne n'a pas d'avis sur là dessus	3	

7.34. D'APRES CE QUE VOUS SAVEZ, CETTE PERSONNE DIRAIT QU'ICI (LOCALITE DE L'ENQUETE)

on est correctement soigné(e) des maladies cardiaques	1	
on a du mal à être correctement soigné(e) des maladies cardiaques		2
cette personne n'a pas d'avis sur la question	3	

7.35. D'APRES CE QUE VOUS SAVEZ, CETTE PERSONNE DIRAIT QU'ICI (LOCALITE DE L'ENQUETE)

on est correctement soigné(e) de la dépression nerveuse	1	
on a du mal à être correctement soigné(e) de la dépression nerveuse		2
cette personne n'a pas d'avis sur la question	3	

7.36. D'APRÈS CE QUE VOUS SAVEZ, CETTE PERSONNE AVEC QUI VOUS DISCUTEZ, A-T-ELLE UN PARENT OU UN AMI PROCHE

qui travaille dans le secteur de la santé, mais ne soigne pas les gens (assistante sociale, laborantine, secrétaire médicale, vendeuse dans une pharmacie)	1	
qui travaille dans le secteur de la santé et soigne les gens (médecin, chirurgien, pharmacien, infirmière, kinésithérapeute,..)	2	
a ma connaissance cette personne n'a aucun proche de ce genre		3
je ne sais rien sur ses parents ou amis proches	0	

6 Les personnes avec lesquelles on discute de la santé

1	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
6A																									
6B																									
6C																									
6D																									
6E																									
6F																									
6G																									
6H																									
6i																									

Liste supplémentaire

6J																									
6K																									
6L																									
6M																									
6N																									
6O																									
6P																									
6Q																									

Liste des personne avec lesquelles vous discutez de santé

	Prénoms ou initiales
6A	
6B	
6C	
6D	
6E	
6F	
6G	
6H	
6i	

Liste complémentaire

6J	
6K	
6L	
6M	
6N	
6O	
6P	
6Q	

