

Cette présentation a été effectuée le 18 novembre 2008, au cours de la Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2008. L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP, à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/archives/>.

L'apport des méthodes qualitatives pour la mesure et la compréhension des inégalités sociales de santé

Isabelle Parizot
Equipe de Recherche sur les Inégalités Sociales
Centre Maurice Halbwachs (CNRS, EHESS, ENS), Paris, France

12^{èmes} Journées Annuelles de Santé Publique, Québec, 18 nov. 2008

les inégalités sociales : une affaire de statistiques ?

- **Le poids des approches quantitatives**
 - Études majoritairement statistiques
 - La force du chiffre
 - **Limites des approches qualitatives**
 - Échantillons réduits, non représentatifs de la population générale
 - Souvent centrés sur une partie de la population (précaire, ...)
 - Singularité des biographies individuelles
 - Question de l'inférence
- Mais complémentarité...

la place des approches qualitatives

- « **Plausibilité sociologique** » vs probabilité statistique
- **Saisie des inégalités sociales de santé**
 - Thématiques sensibles, représentations complexes ou peu visibles
 - Approche en profondeur des comportements et motivations
 - Lecture compréhensive du monde social
 - situations replacées dans leur contexte et dans leur dynamique
 - Sens donné par les acteurs
 - Relative souplesse et moindre coût de mise en œuvre
- **Recherche sociologique et anthropologique & « études » qualitatives**
 - Repérer
 - Comprendre / analyser
 - Echanger

Quelques approches qualitatives pour l'appréhension des inégalités sociales de santé

- Entretiens, observations, monographies, analyse documentaire
- Témoignages, discussions informelles
- **Entretiens avec la population, des acteurs de la santé, du social, des acteurs « communautaires »...**
- **Recensement d'informateurs privilégiés**
 - dans différents domaines de socialisation
 - différents sous-groupes de la population
 - différents quartiers ou territoires
- **Interrogations**
 - Régulières, rapprochées et « light »
 - ponctuelles et approfondies
- **Observations**
- **Suivi des rapports d'activité**
- **Au niveau local, rencontres collectives pour l'élaboration de « diagnostics partagés »** (cf. Ateliers Santé-Ville en France)

Repérer

- **Repérer de « nouveaux » déterminants sociaux de la santé**
 - Problèmes sociaux émergents ou non encore pris en compte
 - Nouveaux types de pratiques ou comportements dits « à risque »
- **Repérer de « nouveaux » « problèmes de santé »**
 - Problèmes peu pris en compte
 - Ex : syndrômes post-traumatiques, ...
 - S'interroger sur des questions non abordées comme problèmes de santé
 - Ex : violences, conditions de logement, problèmes d'alimentation à l'école...
- **Non pas tant un rôle de suivi et de comparaisons des inégalités qu'un rôle d'alerte face à des problèmes émergents**
 - Ex. TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues)

Comprendre

- **Intégrer des dimensions difficilement mesurables, ou échappant aux enquêtes quantitatives**
- **Appréhender des logiques autres que la rationalité bio-médicale**
- **Prendre en compte le point de vue subjectif des personnes**
 - Le sens que les personnes donnent à leurs actions et à leurs situations de vie, tout comme leurs représentations (pour comprendre les motivations et les modalités de leurs pratiques)
 - Importance d'une présence prolongée auprès des acteurs, confiance établie, attitude compréhensive soutenue...
 - Ex. compréhension de l'observance en fonction du sens donné à la maladie et au traitement, et en fonction des insertions sociales de l'individu...
- **Analyser les politiques publiques et les professions de santé, ainsi que leurs effets sur les inégalités**

échanges entre approches qualitatives et quantitatives

- **Enrichir les approches statistiques : savoir à quoi s'intéresser et comment**
 - Prendre en compte de nouvelles dimensions
 - Ex. Attitudes, représentations de la santé, la maladie, la médecine ;
Priorité accordée à la santé ; Rapport au système de santé
 - Ex. « Capital social » ; Liens sociaux ; Isolement
 - Elaborer de nouveaux indicateurs
 - Par ex. Conditions de travail (formes de précarité, stress, rythme, horaires, etc.) et pas uniquement situation professionnelle
- **Prolonger l'analyse statistique par la compréhension des phénomènes**
- **Approfondir l'analyse qualitative par la quantification et la mise en évidence de corrélations statistiques**
- **« Aller-retour » entre quantitatif et qualitatif**

exemple : recherche dans des centres de soins gratuits en France

- **Recherche qualitative (entretiens et observations)**
 - 3 types de rapport au centre :
 - Distanciation
 - Installation
 - Instabilité
- **Recherche socio-épidémiologique (questionnaires)**
 - Élaboration du questionnaire à partir des dimensions étudiées
 - Analyse statistique

**Renoncement à des médicaments
(ajusté sur l'âge, le sexe et l'état de santé déclaré)**

	OR	95% CI	
Installation (53%)	ref	-	-
Instabilité (7%)	1.18	0.51	2.76
Distanciation (40%)	1.80	1.14	2.84

Cf. Chauvin, Parizot,
*Revue d'Epidémiologie et
de Santé Publique*, 2005

quelques précautions à l'exercice

- **Enquêtes dans des milieux précaires et marginaux :**
 - Inégalités ≠ précarité
 - Risque d'une « substantialisation » de la précarité (ne pas oublier les processus sous-tendant les inégalités sociales)
 - Risque d'une vision duale de la société
 - Pas de maladies spécifiques à la précarité mais un cumul de risques
 - Des dimensions associées à la santé à questionner dans l'ensemble de la société
- **Des théories du social non universelles**
 - pas nécessairement partagées par tous les scientifiques ni applicables à les contextes).
- **Connaître les limites et les atouts de chaque méthodologie**

conclusion

- Pour des approches pluridisciplinaires, pluri-méthodologiques...
et des collaborations entre chercheurs, acteurs et décideurs
;-)