

Note

« Conceptualisation d'un événement de santé et sa prise en compte dans la collecte des biographies individuelles »

Yannick Védaste Banturiki, Didier Nganawara et Laurence Thomsin

Cahiers québécois de démographie, vol. 35, n° 2, 2006, p. 161-174.

Pour citer cette note, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/018596ar>

DOI: 10.7202/018596ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : erudit@umontreal.ca

Conceptualisation d'un événement de santé et sa prise en compte dans la collecte des biographies individuelles

YANNICK VÉDASTE BANTURIKI^{*}, DIDIER NGANAWARA^{}
ET LAURENCE THOMSIN^{***}**

Depuis quelques années, les recherches sur les inégalités existant entre les individus par rapport à leur santé se focalisent sur l'influence exercée par les conditions sociales tout au long du cycle de vie. En somme, c'est l'aspect dynamique de la santé qui est de plus en plus privilégié. Cependant, la collecte d'un événement de santé au moyen de l'approche biographique a été rarement mise en œuvre dans les recueils biographiques. La présente note vise à présenter le cheminement conceptuel et la démarche méthodologique que nous avons suivis pour définir un événement de santé et l'intégrer dans une enquête biographique mise en place en Belgique. La première partie de cette note présente succinctement les définitions allouées à l'état de santé d'un individu. La deuxième partie met en lumière les avantages et les limites de la collecte longitudinale et montre l'intérêt de l'approche biographique. La troisième partie, enfin, est consacrée à la présentation de l'approche innovatrice que nous avons mise en œuvre, autour de l'idée des interruptions d'activités, pour collecter un événement de santé dans un dispositif biographique.

English abstract, p. 174

APPROCHES THÉORIQUES SUR LA SANTÉ

Le concept de santé est polysémique quant à son contenu, à son champ et à la valeur qui lui est donnée. La santé a donné lieu depuis les temps les plus anciens à de nombreuses définitions qui s'inspirent toutes de l'époque où elles étaient élaborées. Cependant, si certaines définitions considèrent la santé comme un « état », en revanche, d'autres sont sensibles à sa dimension comme processus de construction sociale. Ainsi, comme le

^{*} Yannick Védaste Banturiki, Chercheur- Doctorant, LEDA, Université de Liège.

^{**} Didier Nganawara, Chercheur- Post-doctorant, CEMAD, Université de Liège.

^{***} Laurence Thomsin, Chercheuse qualifiée du F.N.R.S., LEDA, Université de Liège.

souligne Dubos (1973), les concepts de santé « ne sauraient être définis d'une façon ni universellement, ni définitivement valable. Ils diffèrent d'une culture à l'autre, d'un groupe social à l'autre et de personne à personne; ils changent avec le temps ainsi qu'avec le milieu et le genre de vie ».

Dans le registre des définitions statiques, le *modèle biomédical/physiologique ou psychiatrique* définit le mauvais état de santé comme un écart à une norme physiologique ou psychique (Blaxter, 1989; Sermet et Cambois, 2002). Cette approche radicale et conservatrice, fondée sur la mesure, ne tient pas suffisamment compte des liens entre la maladie et les facteurs socio-économiques comme la pauvreté et la malnutrition et encore moins des liens entre la maladie et l'environnement (social, naturel) dans lequel évolue le malade. Elle se soucie peu également de l'influence des facteurs culturels sur les comportements à risque et la vulnérabilité particulière de certains groupes. La maladie serait donc une affection du corps que l'on doit détacher de toute analyse des processus psychiques et sociaux (Morin, 2004).

Le modèle social et fonctionnel ou mesure des incapacités, quant à lui, définit le mauvais état de santé comme une incapacité à assumer des tâches ou des rôles normaux. Cette approche porte le sceau d'une conception fonctionnelle de la santé, c'est-à-dire la capacité de fonctionner normalement dans la société et d'assumer le rôle que chacun espère légitime mais aussi celui que la société attend de chacun. Cependant, elle ne suffit pas à fournir une définition opérationnelle¹ capable, par exemple, d'envisager la question des inégalités existant entre les individus en matière de santé ou des évolutions positives ou négatives de leur état de santé.

La première définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) du 22 juillet 1946 illustre ce modèle : « *La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Elle a le mérite de décrire les différentes composantes d'un état de santé et d'avoir contribué à l'évolution du concept de santé vers une représentation positive de celle-ci. Elle a aussi l'avantage de proposer une vision complète de la santé et de la démedicaliser.

Toutefois, cette première définition de l'OMS sera considérée par certains auteurs comme utopique et exigeante car elle fixe un objectif très ambitieux : le bien-être complet (Morin, 2004). Ce bien-être complet peut-il réellement exister? Comment pourrait-on également le mesurer sachant que la perception de la santé par les individus eux-mêmes dépend

1. La définition opérationnelle étant celle qui repose sur l'utilisation des indicateurs de santé, dont les plus utilisés sont des indicateurs de mortalité, de morbidité, d'incapacité et les données épidémiologiques propres aux différentes maladies.

de leur propre ambition au regard de la santé; ambition qui de surcroît évolue avec l'âge et avec d'autres événements biographiques. C'est donc bien son caractère statique où la santé est perçue comme un « état » et son absence de référence à la durée qui lui seront reprochés.

Depuis le milieu des années 80, les définitions de la santé insistent sur son aspect dynamique. L'état de santé y apparaît comme un processus temporel partiellement aléatoire qui va de la conception où se joue la loterie génétique, au décès plus ou moins tardif.

Dans ce registre, mentionnons la définition proposée en France dans le rapport national « *Pour une politique de Santé* » (1982) pour qui : « *la santé est une harmonie dynamique de l'homme avec lui-même, avec son milieu, l'un et l'autre changeant, dont l'objectif est (...) de permettre à chacun de tirer un parti maximal de ses capacités* » (HCSP, 1998). Par ailleurs, la santé est considérée par certains auteurs comme « *un état physique et mental, exempt de gêne et de souffrance qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible, dans le milieu où le hasard et le choix l'ont placé* » (Dubos, 1972). Le célèbre livre Blanc « *Nouvelle Perspective pour la santé des Canadiens* » (Rapport Lalonde, 1974), donne une vision plus large de la santé et propose de distinguer quatre catégories de déterminants de l'état de santé : les modes de vie, l'environnement, la biologie humaine et l'organisation des soins (Evans et Stoddart, 1994).

Dans le même ordre d'idées, l'OMS, sans renoncer à sa définition de 1946, l'a fortement réactualisée en 1986 lors de l'adoption de la charte d'Ottawa. C'est ici une toute nouvelle conception de la santé tenant compte cette fois de son évolution dans le temps, qui est alors proposée : « *La santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme un but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. (...) La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de vie* ».

De la nécessité d'appréhender la santé en terme de trajectoire

Comme le montre cette première partie, la santé est à concevoir comme un processus dynamique² évoluant suivant un *continuum* maladie-santé. Selon cette approche, la position d'un être humain sur le *continuum* maladie-santé est le résultat d'une interaction qui se compose de facteurs personnels et environnementaux, stimulant ou invalidant la santé dans la

2. Source : <http://www.promotiondelasante.ch/fr/about/default.asp>

lutte d'un être humain contre les atteintes à sa santé et ce, en fonction de son contexte social et de son parcours de vie. C'est ainsi que depuis le début des années 90, les sociologues et les épidémiologistes ont montré l'importance de la prise en compte des conditions de vie durant l'enfance, les conditions familiales ou l'effet de l'emploi sur la personne à l'âge adulte (Blane et al., 1999; Holland et al., 2000). L'épidémiologie sociale s'est, quant à elle, appuyée sur une approche de « parcours de vie » pour tenir compte de la dimension longitudinale des risques de santé (Cambois, 2004). La santé d'un individu ne dépend pas seulement de sa situation actuelle mais également de son parcours de vie et de sa situation durant l'enfance. C'est pourquoi l'idée selon laquelle des avancées significatives en matière de compréhension des inégalités sociales en santé pourraient provenir d'une exploration des influences exercées par les conditions sociales tout au long du cycle de vie, commence à s'imposer dans la littérature (Wadsworth, 1997). Autrement dit, les conditions de vie, l'environnement résidentiel et professionnel, notamment, sont autant de facteurs qui influencent l'état de santé d'un individu. Comme la santé et ses déterminants évoluent dans le temps, il s'ensuit que cette dynamique ne peut être étudiée que dans une perspective longitudinale. Il s'agit de pouvoir suivre l'enchaînement des événements et ainsi établir les effets de causalité au niveau individuel. Par contraste, les données transversales ne permettent pas d'assurer un suivi au niveau individuel. Dès lors, toute étude du changement individuel et, en conséquence, des causes des inégalités inter-individuelles, sont alors impossibles.

Pour clarifier la nature des liens entre ces événements, il est donc indispensable de les situer dans le temps. C'est dans ce cadre que les approches biographique et longitudinale prennent toute leur importance. L'approche biographique permet en particulier de problématiser la réalité en déplaçant l'observation du niveau des structures vers celui des processus sociaux. Cependant, si les études utilisant cette approche sont de plus en plus nombreuses, elles ne s'intéressent qu'aux événements familiaux, résidentiels et professionnels. L'originalité de la collecte biographique que nous avons réalisée en 2006 en Belgique³, a été de prendre en compte l'événement de santé au même titre que les événements traditionnels. Cette collecte factuelle des trajectoires de vie (familiale, résidentielle et profes-

3. « Parcours de vie des seniors. Une approche biographique étendue aux événements de santé et à l'espace de vie. Mise en perspective quali/quantitative », 2006, LEDA, Université de Liège, sous la direction de Dr Laurence Thomsin, Prof. Didier Vrancken, Prof. Serge Feld.

sionnelle) étendue à la trajectoire de santé est innovante et devrait permettre de mieux appréhender la dynamique de l'interaction entre l'état de santé d'un individu et son milieu de vie. Comme le soulignent, Power et al. (1999, cités par Monden, 2005), rares sont les études qui prennent en compte les circonstances du parcours de vie ou la durée d'exposition aux facteurs de risque.

Certains chercheurs suivent depuis de nombreuses années, des cohortes d'enfants depuis leur naissance. Le but recherché est, entre autres, l'étude du développement de l'enfant appréhendé dans un contexte familial, social, économique mais également à travers son histoire familiale, éducative et professionnelle. La dimension santé y est presque toujours présente. L'une des plus anciennes cohortes fut constituée en Grande-Bretagne en 1946 juste après la seconde guerre mondiale. Commencée par une étude de périnatalité auprès de 17 000 nouveau-nés, elle s'est poursuivie depuis sur un sous-échantillon de 5 362 enfants qui ont fait l'objet de plus de vingt et une enquêtes (Chaleix et Lollivier, 2004; *National Survey of Health and Development*⁴). Un second échantillon de même taille a été constitué en 1958 (*National Child Development Study*) et un autre en 1970 (*The 1970 British Birth Cohort Study – BCS70*), cette fois suivis intégralement. Ces recherches sont encore « actives » : plus de 70 % des enfants de ces cohortes sont toujours en observation. Tout récemment, les chercheurs anglais ont lancé en 2000 la « *Millenium Cohort Study* » (MCS) : plus de 21 000 enfants nés en 2000-2001 dont une partie des enfants nés de la cohorte 1970, ont été mis en observation (Chaleix et Lollivier, 2004). Des enquêtes longitudinales similaires ont été menées depuis dans d'autres pays, telles que la *Health and Retirement Study* organisée par l'Université du Michigan, le Panel européen des ménages, le Panel suisse de ménages, *The Canadian National Population Health Survey (NPHS)*, etc.

Mais si les méthodes longitudinales, notamment le suivi des cohortes d'enfants, présentent un intérêt incontestable pour les études de parcours de vie, elles ont certaines limites (Blane, 1996; Berney et Blane, 1997, 2003; Hertzman et al., 1994). Parmi les limites évoquées par ces auteurs, rappelons :

- Le coût élevé de la production des données;
- La non-disponibilité de l'information dans de brefs délais. La longue durée d'attente des résultats, notamment autour de la question des maladies chroniques qui ne se manifestent que durant l'âge adulte ou la

4. Voir <http://www.nshd.mrc.ac.uk/>

vieillesse, implique que leur valorisation ne se fera pas par les initiateurs de la recherche;

- La perte d'information au cours du temps liée au problème d'attrition (migration, décès, refus de participation, etc.) qui affecte ce type d'échantillon;
- La vulnérabilité des études longitudinales face aux nouvelles questions de recherche et aux changements des conditions d'observation dans lesquelles elles ont été initialement lancées.

Compte tenu des limites de la méthode longitudinale, une méthode alternative a été proposée, à savoir la méthode biographique (Blane, 1996). En réponse aux critiques souvent formulées à l'encontre de l'approche biographique qui, selon certains auteurs, serait peu fiable (Auriat, 1992; Holland et al., 2000) et exposée au problème de biais (Auriat, 1992), celle-ci s'est vue adjoindre une fiche dite « fiche AGEVEN » (figure 1). Outil de collecte permettant d'améliorer la précision des événements, la fiche AGEVEN a été initiée dans les années 1970 dans le cadre des enquêtes EMF (Enquêtes mondiales de fécondité) pour saisir l'histoire génésique des femmes. Elle se présente sous la forme d'une matrice où sont repérés, en lignes, les âges successifs de l'individu depuis sa date de naissance, ainsi que les années calendrier auxquelles se réfèrent ces âges et, en colonnes, les événements tels que les événements familiaux, résidentiels, professionnels, de santé, etc. Bien qu'ayant été expérimentée dans des contextes très variés, tant dans les pays du Sud que dans les pays du Nord (Lelièvre, 2006; Antoine et al., 2000; GRAB, 1999; Antoine et al., 1991; Courgeau et Lelièvre, 1989), cette fiche reste encore relativement peu connue (Vivier, 2006).

Soulignons que l'approche biographique est soumise à d'importantes contraintes de collecte comme la présence d'un questionnaire fermé pour systématiser les réponses à traiter, ou encore la nécessité de disposer d'un échantillon représentatif de la population soumise au risque étudié, à l'intérieur duquel peuvent être comparées plusieurs cohortes d'effectif suffisant (Bocquier, 1996). De plus, la collecte des données au moyen de cette approche fait appel à la mémoire sur le long terme qui est beaucoup plus sélective, ce qui entraîne un biais en limitant l'éventail des sujets traités et leur profondeur de traitement. Certains événements, par exemple, la détresse psychologique, ne peuvent tout simplement pas être mesurés rétrospectivement. C'est pourquoi les chercheurs qui s'intéressent aux déterminants de la santé préfèrent l'approche longitudinale prospective, car elle permet de suivre en temps réel les membres de l'échantillon en

faisant appel à la mémoire à moyen terme. Mais cette approche, très coûteuse, n'échappe pas elle aussi à un biais de sélection lié à la mortalité ou à la migration. Malgré ces contraintes, l'approche biographique est particulièrement reconnue comme étant adaptée à la découverte et à l'étude d'objets mal connus (Bertaux, 1997; Dubar et Damazière, 1997).

Dans le champ disciplinaire de l'analyse des biographies, l'étude des parcours de vie s'est toujours focalisée sur les trajectoires professionnelle, familiale et résidentielle mais elle s'est peu intéressée à la trajectoire de santé, probablement en raison de difficultés méthodologiques posées par la conceptualisation d'un événement de santé. Les rares travaux sur la trajectoire de santé menés suivant l'approche biographique sont, entre autres, ceux dirigés par Blane à l'*Imperial College London* sur le développement et le suivi des maladies chroniques (Blane, 1996; Holland et al., 2000). À notre connaissance, ses recherches constituent à ce jour l'une des seules tentatives de collecte biographique, quoique indirecte, d'un événement de santé.

L'objet de la partie suivante est de présenter la démarche méthodologique que nous avons suivie pour conceptualiser et collecter un événement de santé en utilisant l'approche biographique.

Comment saisir la trajectoire de santé d'un individu dans une collecte biographique?

Nous avons tout d'abord envisagé une approche globale qui appréhende la trajectoire de santé d'un individu dans son interrelation avec les autres trajectoires de vie. En effet, la survenance d'une maladie ou d'un accident grave engendre une remise en question de la biographie personnelle d'un individu et cette rupture biographique renvoie à une rupture des habitudes de vie en vue d'affronter un nouvel état de santé (Bury, 1982). Notre démarche a été de conceptualiser un événement de santé en vue de le collecter dans un recueil biographique à côté des autres événements d'ordre familial, professionnel et résidentiel, tels que vécus par les individus.

Nous avons ensuite réalisé la collecte des données à l'aide d'une fiche AGEVEN (voir figure 1 en annexe). Cette fiche vise à aider l'individu à se remémorer, pour une trajectoire donnée, de la datation et de l'ordonnement des événements qu'il a vécus en s'appuyant justement sur l'identification préalable des événements des autres trajectoires. Le repérage des événements de santé a eu lieu lors de la dernière étape. Des vérifications sur la cohérence du récit peuvent ainsi être effectuées.

UNE COLLECTE EN DEUX VOILETS

Le premier volet vise à recenser et à dater factuellement toutes les *interruptions* des activités quotidiennes (ou activités normales selon l'expression de Coudin et Paicheler; 2002) de l'individu depuis son enfance. Il s'agit de toutes les interruptions *d'au moins un mois*⁵ qui ont affecté les activités scolaire, professionnelle, domestique ou de loisir de l'individu suite à une maladie (de nature physique ou psychologique) ou à un accident (de travail, domestique, sportif ou de la route). Sont également recueillis les types de soin ou d'aide apportés par un membre de l'entourage de l'individu, de même que la durée des hospitalisations impliquées par ces événements. En effet, les conditions de vie dans l'enfance sont liées à des problèmes de santé spécifiques qui apparaissent plus tard, indépendamment des conditions de vie à l'âge adulte : on trouve donc des liens clairs avec les maladies chroniques ou des problèmes psychologiques. Puisque la collecte biographique s'opère classiquement sur les changements successifs d'étapes (de logement, d'emploi, etc.), notre approche conceptuelle relative aux événements de santé a finalement visé le recueil des chocs réversibles et des chocs irréversibles (Hertzman et al., 1994)⁶. Nous avons mesuré ces chocs par l'interruption d'activités quotidiennes liée à une maladie ou à un accident.

5. Quant à la durée minimum d'une interruption ou d'un épisode de maladie à retenir pour la collecte, la seule étude que nous ayons trouvée est celle de Kessler et al. (1999), dans laquelle les auteurs se sont intéressés à une analyse rétrospective des épisodes de dépression. Ils ont pris pour ce faire une période minimum de deux semaines mais, selon les questions de leur enquête, cette durée des épisodes de dépression prise en considération a été en fait variable (15 jours, un mois, deux mois, six mois) et non justifiée : « *In your lifetime, how many spells like that (when you depressed and had some of these other problems like LIST symptoms of depression) have you had that lasted two weeks or more? Between (any of) these spells were you feeling OK at least for some months? Between (any of) these spells were you fully able to work and enjoy being with other people? Did that « normal » period last at least six months? (If not) did it last at least two months?* ».

6. Ces auteurs ont proposé un découpage du cycle de vie en quatre périodes, chacune étant caractérisée par une domination d'un type de facteurs de risque variant en fonction de l'âge des individus :

- *La période périnatale* est une période de forte vulnérabilité durant laquelle une grande partie des différences inter-individuelles initiales de stock de santé ou de dépréciation peuvent être décelées;
- *La période dite des mésaventures* (1 an à 45 ans) est soumise à des risques individuels accidentels qui en majorité correspondent à des chocs réversibles. C'est durant cette période qu'apparaissent les maladies résultant de dispositions génétiques ou d'exposition *in utero* ou périnatale;

Parallèlement au choix conceptuel du repérage de ces chocs, a prévalu en amont de notre méthodologie, le concept de santé comme « capital » ou « réserve » mis en évidence par Grossman (1972). Ce dernier définit la santé comme un bien durable dont un stock est alloué à l'individu au début de sa vie et qui se déprécie au cours du temps, sa diminution sous un certain seuil entraîne le décès. Selon cette approche déterministe, c'est par leurs comportements y compris par leurs recours aux soins, que les individus participent activement à la production de leur propre santé (Morin, 2004). La « production de la santé » par l'individu ne dépend pas seulement de la quantité des soins qu'il « consomme » mais également de son comportement individuel et de variables individuelles comme son niveau d'éducation (Grossman, 1972). L'approche de Grossman repose sur l'hypothèse que le taux de dépréciation du stock de santé augmente avec l'âge à partir d'un certain point du cycle de vie.

Le second volet vise à identifier et à dater l'apparition des maladies chroniques (arthrite, asthme, bronchite à répétition, cancer, cataracte, diabète, glaucome, hypertension, maladie cardiovasculaire, ostéoporose, etc.) et à collecter des informations sur les handicaps et les maladies d'origine congénitale. Nous nous sommes également intéressés à la question de savoir dans quelle mesure cette maladie chronique ou congénitale ou encore ce handicap constitue une gêne et selon quelle fréquence. Nous avons ainsi pu aborder une distinction reconnue nouvellement comme essentielle entre avoir une maladie chronique et souffrir d'une incapacité (Coudin et Paicheler, 2002). Dans la classification internationale des handicaps (OMS, 1980), ces difficultés de vie quotidienne sont appelées « incapacités » et définies comme des « réductions partielles ou totales, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain ». Ce second volet de la collecte a été appuyé par l'idée que l'absence de maladie identifiée ne garantit en aucune façon la bonne santé (Faltermaier, 1992).

6. (suite)

- *La période dite des maladies chroniques dégénératives* (45 à 75 ans) est caractérisée par l'apparition d'un nombre de plus en plus élevé de chocs de plus grande ampleur et parfois irréversibles pouvant porter sur le stock de santé et sur son taux de dépréciation. Le terme de « dégénérative » fait référence au fait que l'apparition de ces maladies est en partie expliquée par l'histoire des individus pendant les périodes précédentes;
- *La période de sénescence généralisée* (à partir de 75 ans) se caractérise par la survenance de maladies, globalement les mêmes que durant la période précédente, mais souvent combinées. Leur impact sur l'organisme affaibli fait qu'il devient difficile de définir la cause unique de dégradation de l'état de santé ou de décès.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Les recherches actuelles insistent sur la nécessité de prendre en compte la dimension temporelle dans l'identification des déterminants de la santé relevant d'une multitude de milieux de vie, notamment le ménage, les réseaux personnels et communautaires, l'école, le milieu de travail, le quartier ou la région. Dans cette voie, les approches théoriques sur la santé présentées dans ce travail nous ont permis de mieux définir et saisir un événement de santé dans une collecte biographique.

Cependant, si l'approche biographique paraît mieux adaptée à ce genre d'études par les problèmes qu'elle soulève et permet d'aborder, selon nous, les prochains travaux de recherche devraient se placer dans le cadre d'une approche intégrée et multidisciplinaire afin d'expliquer plus clairement l'influence du milieu de vie sur la santé de la population. Cette approche gagnerait à être bâtie sur la recherche des mécanismes qui régissent les facteurs influençant la santé des individus de façon à distinguer la part de variabilité attribuable aux individus de celle qui est attribuable au contexte. De plus, la connaissance de la détermination et de la hiérarchisation des processus fondamentaux à l'origine des inégalités entre les individus face à la santé sont indispensables pour l'élaboration des modèles « prédictifs » des impacts des facteurs individuels ou contextuels sur la santé.

BIBLIOGRAPHIE

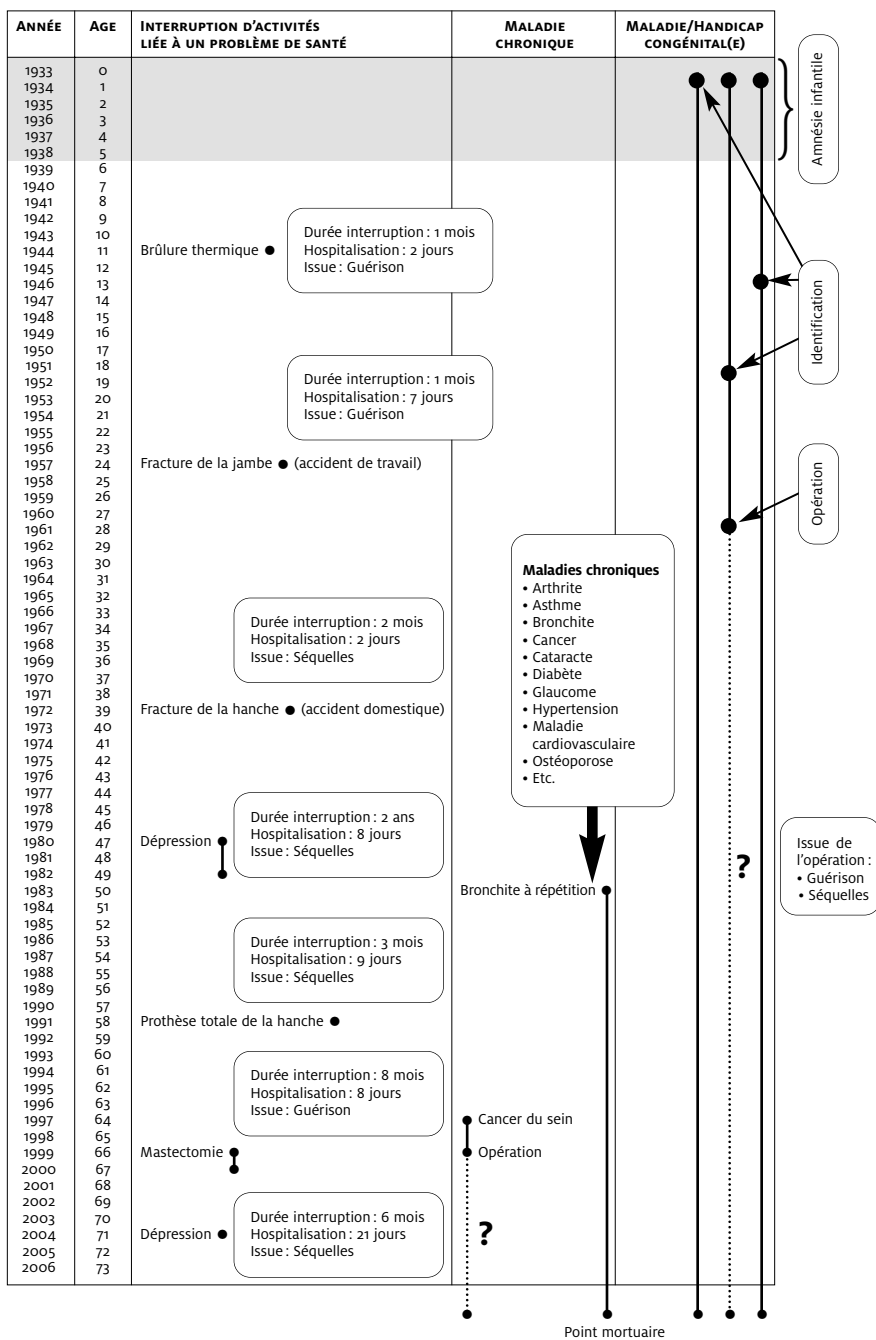
- ANTOINE, P., P. BOCQUIER, N. RAZAFINDRATSIMA et F. ROUBAUD. 2000. *Biographies de trois générations dans l'agglomération d'Antananarivo. Premiers résultats de l'enquête BIOMAD98*. Paris, Éditions CEPED, Documents et manuels du CEPED, n° 11, 155 p.
- ANTOINE, P., P. BOCQUIER, A. S. FALL et Y. GUISSÉ. 1991. *L'insertion urbaine des migrants dans l'agglomération dakaroise*. IFAN-ORSTOM, vol. 1, Méthodologie des enquêtes.
- AURIAT, N. 1992. « Who forgets? An analysis of memory effects in a retrospective survey of migration history », *European Journal of Population*, 7 : 311-342.
- BERNEY, L., et D. BLANE. 1997. « Collecting retrospective data : accuracy of recall after 50 years judged against historical records », *Social Science & Medicine*, 45, 10 : 1519-25.
- BERNEY, L., et D. BLANE. 2003. « The lifegrid method of collecting retrospective information from people at older ages », *Research Policy and Planning*, 21, 2 : 13-21.

- BERTAUX, D. 1997. *Les récits de vie : Perspective ethnosociologique*. Paris, Éditions Nathan, 128 p.
- BLANE, D. 1996. « Collecting retrospective data : development of a reliable method and pilot study of its use », *Social Science & Medicine*, 42, 5 : 751-757.
- BLANE, D. 1999. « Reconstructing the life course : health during early old age in a follow-up study based on the Boyd Orr cohort », *Public health*, 113 : 117-124.
- BLAXTER, M. 1989. « A comparison of measure of inequality and morbidity », dans J. FOX, éd. *Health inequality in European countries*. Aldershot, Gower Publishing Ltd : 199-230.
- BOCQUIER, P. 1996. *L'analyse des enquêtes biographiques avec le logiciel STATA*. Paris, Éditions du CEPED, 208 p.
- BURY, M. 1982. « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of Health & Illness*, 4, 2 : 167-181.
- CAMBOIS, E. 2004. *Les personnes en situation sociale difficile et leur santé*. Les travaux de l'observatoire 2003-2004. Paris, Drees : 01-126.
- CHALEIX, M., et S. LOLLIVIER. 2004. « Outils de suivi des trajectoires des personnes en matière sociale et d'emploi », *Rapport CNIS, 98/B010*. Paris, INSEE, 37 p. http://www.cnis.fr/Agenda/DPR/DPR_0165.pdf, 1.2.2006.
- COUDIN, G., et G. PAICHELER. 2002. *Santé et vieillissement. Approche psychosociale*. Paris, Éditions Armand Colin, 171 p.
- COURGEAU, D., et É. LELIEVRE. 1989. *Analyse démographique des biographies*. Paris, Éditions de l'INED, 268 p.
- DUBAR, C., et D. DAMAZIERE. 1997. *Analyse des entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion*. Paris, Nathan, Collection Essais et recherches, 352 p.
- DUBOS, R. 1972. *L'Homme ininterrompu*. Paris, Éditions Denoël, 262 p.
- DUBOS, R. 1973. *L'homme et l'adaptation à son milieu*. Paris, Éditions Payot, 472 p.
- EVANS, R. G., et G. L. STODDART. 1994. « Producing health, consuming health care », dans R. G. EVANS, M. L. BARER et T. R. MARMOR, éd. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York, Aldine De Gruyter Publishing Co. : 27-64.
- FALTERMAIER, T. 1992. « Théories subjectives de la santé : état de la recherche et importance pour la pratique », dans Uwe Flick, éd. *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales*. Paris, Éditions L'Harmattan : 55-71.
- GRAB, Groupe de réflexion sur l'approche biographique. 1999. *Biographies d'enquêtes. Bilan de 14 collectes biographiques*. Paris, PUF, Éditions de l'INED, Collection Méthodes et savoirs, n° 3 : 340 p.
- GROSSMAN, M. 1972. « On the Concept of Health Capital and the Demand for Health », *Journal of Political Economy*, 82 : 223-255.
- HCSP, Haut Comité de la santé publique, ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 1998. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes, Éditions ENSP, 349 p.

- HERTZMAN, C., J. FRANK et R. G. EVANS. 1994. « Heterogeneities in health status and the determinants of population health », dans R. G. EVANS, M. L. BARER et T. R. MARMOR, éd. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York, Aldine De Gruyter Publishing Co. : 67-92.
- HOLLAND, P., L. BERNEY, D. BLANE, G. D. SMITH, D. J. GUNNELL et S. M. MONTGOMERY. 2000. « Life Course Accumulation of Disadvantage : Childhood Health and Hazard Exposure During Adulthood », *Social Science & Medicine*, 50 : 1285-1295.
- KESSLER, R. C., D. K. MROZCEK et R. F. BELLI. 1999. « Retrospective adult assessment of childhood psychopathology », dans D. Shaffer, C. P. LUCAS et J. E. RICHTERS, éd. *Diagnostic Assessment in Child and Adolescent Psychopathology*. New York, Guilford Press : 256-284.
- LELIÈVRE, É. 2006. « Introduction à une approche quantitative des parcours de vie. Analyse et collecte des données », dans J.-F. GUILLAUME, C. LALIVE D'EPINAY et L. THOMSIN, éd. *Parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines*. Liège, Éditions de l'Université de Liège : 177-185.
- MONDEN, C. W. S. 2005. « Current and lifetime exposure to working conditions. Do they explain educational differences in subjective health? », *Social Science & Medicine*, 60 : 2465-2476.
- MORIN, M. 2004. *Parcours de santé*. Paris, Éditions Armand Colin, 302 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 1946. *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, adoptée par la Conférence internationale de la santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946, et signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 1980. *La Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages (CIH)*. Genève, OMS Publications.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 1986. *Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé*. 5 p. Consulter le site de l'Association pour la santé publique du Québec, <http://www.aspq.org/DL/charte.pdf>
- ROLAND, M., M. JAMOULLE et B. DENDEAU. 1996. *Approches taxinomiques en médecine de famille*. Bruxelles, Édition Care, vol.1, 127 p.
- SERMET, C., et E. CAMBOIS. 2002. « Mesurer l'état de santé », dans G. CASELLI, J. VALLIN et G. WUNSCH, éd. *Démographie : analyse et synthèse. III. Les déterminants de la mortalité*. Paris, Éditions de l'INED : 25-52.
- VIVIER, G. 2006. *La fiche Ageven : un outil adapté à la collecte de trajectoires*. Communication présentée au 14^e Colloque international de l'AIDELF, Université d'Aveiro, Portugal, 10 p.
- WADSWORTH, M. E. J. 1997. « Health inequalities in the life course perspective », *Social Science & Medicine*, 44, 6 : 859-869.

ANNEXE

FIGURE 1 La collecte des événements de santé à l'aide d'une fiche AGEVEN



ABSTRACT

Yannick Védaste BANTURIKI, Didier NGANAWARA and Laurence THOMSIN

A RESEARCH NOTE ON HEALTH TRAJECTORIES DATA COLLECTION USING A BIOGRAPHICAL APPROACH

Since a few years, researches on the individuals' health disparities focus on the influence exercised by the social conditions throughout the life course. In fact, it is the health dynamic aspect which is more and more related. However, the collection of a health event using a biographical approach has been rarely operated in the biographical data collections. The present note aims to present the conceptual process and the methodological approach we followed, within the framework of the implementation of a life events history survey in Belgium, in order to define a health event and integrate it into a biographical data collection. The first part of this note presents briefly the health definitions assigned to the individuals' health status. The second part focuses on the advantages and limits of the prospective longitudinal data collection and shows the interest of the biographical data collection approach. Finally, the third part is dedicated to the presentation of the innovative approach which we implemented, around the idea of the interruptions of activities, to collect a health event in a biographical process.