HAL open science

La division sociale de la santé

Marcel Drulhe

To cite this version:

Marcel Drulhe. La division sociale de la santé : santé publique, médecine et société. Sociologie. Université Toulouse 2 Le Mirail, 1994. tel-01876980

HAL Id: tel-01876980

https://univ-tlse2.hal.science/tel-01876980

Submitted on 19 Sep 2018

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.

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE-LE-MIRAIL
INSTIUT DE SCIENCES SOCIALES RAYMOND-LEDRUT
ET
CENTRE D'ÉTUDE DES RATIONALITÉS ET DES SAVOIRS

LA DIVISION SOCIALE DE LA SANTÉ. SANTÉ PUBLIQUE, MÉDECINE ET SOCIÉTÉ.

Marcel DRULHE.

Thèse pour l'habilitation à diriger des recherches
(sous la direction de Jean-Michel Berthelot)

1994

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE-LE-MIRAIL
INSTIUT DE SCIENCES SOCIALES RAYMOND-LEDRUT
ET
CENTRE D'ÉTUDE DES RATIONALITÉS ET DES SAVOIRS

LA DIVISION SOCIALE DE LA SANTÉ. SANTÉ PUBLIQUE, MÉDECINE ET SOCIÉTÉ.

Marcel DRULHE.

Thèse pour l'habilitation à diriger des recherches
(sous la direction de Jean-Michel Berthelot)

1994

Pour Marie-Jacques.

J'exprime ma profonde gratitude à tous es collègues du Centre d'Étude des rationalités et des Savoirs de l'Université de Toulouse-le-Mirail : si je porte l'entière responsabilité de ce travail, ce texte doit beaucoup à nos échanges au cours du séminaire du CERS, animé plus particulièrement par Jean-Michel Berthelot;

J'adresse mes chaleureux remerciements à mo, "compère de terrain" Serge Clément, ainsi qu'à Monique Membrado et Anne Lovell : avec eux aussi, j'ai beaucoup débattu pour le plus grand profit de ma formation sociologique.

Sont également remerciés les collègues médecins du Laboratoire d'Épidémiologie, d'économie de la santé et pour la prévention, en particulier Jacques Pous, Alain Grand, Hélène Bocquet et Jean-Louis Albarède : grâce à de fructueuses collaborations, j'ai compris un peu mieux la signification et la portée de l'interdisciplinarité.

Un merci tout particulier aux première lectrices et aux premiers lecteurs de ce travail, pour leur soutien critique.

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières..... *2 à 7*

La santé mise en scène : enjeux et problèmes..... 7

Santé et progrès : transition démographique, transition épidémiologique, et transition sociologique ? 20
1. Transition épidémiologique et progrès médicaux..... 20
2. De la transition épidémiologique à une transition sociologique ? 33

Des transitions à l'inertie sociétale. Irréductibles différences en matière de santé : constantes, réductions et élargissements..... 51
1. "La mort saisit le vif"..... 54
La mortalité selon le sexe..... 55
La mortalité selon l'état matrimonial..... 57
La mortalité selon l'âge..... 58
Les causes de décès selon les périodes de vie..... 60
Quelques aspects de la mortalité selon les catégories sociales... 63
... dont la mortalité infantile... 64
... et la spécificité de la mortalité par état matrimonial... 64
... quelques comparaisons dans le temps et l'espace..... 65
La mortalité des étrangers..... 66
Mortalité et zone de résidence..... 67

2. La santé au prisme de la morbidité..... 69
La morbidité médicalement attestée..... 72
La morbidité déclarée..... 76

3. Pratiques de santé et consommation médicale..... 89
Alcool, tabac et drogues illégales..... 86
Le mode d'alimentation..... 87
Du mode de conduite automobile aux accidents de la route..... 90
Sédentarité et activités physiques..... 95
Conditions de travail : accidents et maladies professionnelles..... 96
Chômage et santé..... 101
Évolution des mœurs et sida..... 103
Consommation médicale et protection sociale..... 104

4. Santé en transition et inertie sociétale : du détail à l'ensemble..... 111

La santé sous l'emprise de l'inertie sociétale : quelle intelligibilité ?..... 117

Enjeux et problèmes d'intelligibilité..... 118
1. Problématiser les objets de description et de mesure..... 138
Problèmes de mesure de la mortalité..... 130
Problèmes de mesure de la morbidité..... 144
Problèmes de mesure des pratiques de santé..... 155
Enjeux et problèmes autour des maladies professionnelles..... 158
... et des accidents de travail..... 162
Enjeux et problèmes de construction des indicateurs et indices socio-démographiques : les risques de naturalisation et de formalisme..... 164
2. Interpréter l'emprise de l'inertie sociétale sur la santé : à la recherche d'une intelligibilité plurielle..... 177
2.1. Renversement de perspective : la sélection sociale par la santé productrice d'inertie sociétale ?..... 177
L'interaction du biologique et du social : une interprétation socio-culturelle de l'hypothèse de la sélection sociale par la santé..... 179
Sélection sociale par la santé au cours de l'enfance et de la jeunesse, et mobilité intergénérationnelle..... 181
Sélection sociale par la santé et mobilité intragénérationnelle..... 191
Médiation de l'interaction et de l'appréciation socio-culturelle des qualités individuelles..... 194
2.2. La santé et la structuration sociale..... 196
Stratification sociale, niveau de vie et santé..... 203
Stratification sociale, système de rôles et santé..... 205
Conditions d'existence, dynamique des rapports sociaux et santé..... 211
Dynamique des rapports sociaux et dénégation de l'usure au travail 211
Du rythme et de l'intensité des cadences au stress : la double nature du travail..... 218
Conditions de travail et durées de vie..... 222
Travail domestique et travail professionnel : une usure différentielle ? 225
Conditions de vie et santé : les effets du logement et de la sociabilité..... 231
Styles de vie et/ou sous-cultures de classes, et rapport à la santé..... 241
2.3. Les acteurs face à leur santé..... 266
Du modèle de l'homme rationnel... 267
... au modèle de l'acteur sensé..... 271
La santé dans le 'monde social' du travail : des interactions à la capacité de faire face..... 275
La santé et la vie quotidienne : les effets du sentiment d'aliénation, de l'attachement rigide à l'autorité des traditions et du sentiment d'iniquité..... 279
La santé dans la vie quotidienne : détournements et réappropriations symboliques..... 289

3. Pour une confrontation et un ajustement articulé des

modes d'intelligibilité de la complexité sanitaire..... 293

Médecine et protection sociale face à l'emprise de l'inertie sociétale
sur la santé : les enjeux de la santé publique..... 293

1. Médicalisation et évolution des états de santé..... 296
Les limites internes de la médecine : efficacité et efficience..... 297
Les limites internes de la médecine : rationalité formelle
et rationalité en valeur..... 304
Les limites externes de la médecine..... 313

Les limites de la médecine justifient-elles son rejet ? Examen critique
de la thèse d'Illitch 323
2. Protection sociale et médicalisation : un piège pour
la santé publique..... 329
Changement de la vision de la maladie et du rapport individu/société :
aux sources des logiques contradictoires de la prévoyance..... 329
Prévoyance-solvabilité et prévoyance-prévention :
un piège pour la santé publique..... 332

3. La santé publique aux risques des politiques publiques..... 343
Politiques sociales et politiques de santé : quels effets ?..... 344
Politiques publiques et promotion de la santé : enjeux et problèmes..... 347
Des politiques publiques au service de qui ? Deux études de cas..... 348
De la construction de référentiels pour les politiques publiques
à la non-décision..... 355
Sortir de l'impasse où se trouve la promotion de la santé :
un modèle communicationnel au risque de l'expertise..... 4358

4. Santé publique, médecine et société..... 365

L'intelligibilité de la division sociale de la santé :
un enjeu pour la santé publique..... 368

Liste des schémas et tableaux..... 379

Bibliographie..... 381

F IN..... 411

LA SANTÉ MISE EN SCÈNE : ENJEUX ET PROBLÈMES.

La situation sociale de cette fin de siècle suscite de façon récurrente la notion de crise dans les discours qui prétendent la décrire, l'analyser et l'interpréter. Le domaine de la santé n'échappe pas à une telle présentation : parler de "crise de la santé" est devenu un lieu commun aussi bien quand il s'agit de l'épidémie du sida que de l'équilibre financier de la Sécurité Sociale, - des interrogations et tensions au sein des professions de santé que des inquiétudes, mécontentements et critiques des patients, - de la diversification ou intensification de types de comportements dangereux et nuisibles pour l'équilibre biologique que des modèles de développements urbains et industriels dont on soupçonne qu'ils sont des sources de risques pour le bien-être des populations. Mettre en avant la crise de la santé n'est-il pas un moyen commode pour attirer l'attention et tenter d'obtenir de nouveaux avantages ou bien d'autres formes de redistribution des ressources sous couvert d'objectivité scientifique et d'intérêt général ? Une telle perspective est parfaitement fonctionnelle eu égard aux circonstances, mais n'est-ce pas réducteur ?

La moindre rétrospective historique, qu'elle nous vienne du témoignage des vieilles générations ou qu'elle soit établie par des historiens, atteste une nette amélioration de la santé des populations, dans les pays industrialisés. Dans le même temps, les attentes à l'égard des systèmes de soins ne cessent de grandir, stimulées d'ailleurs par le développement de nouvelles technologies médicales dont les résultats, pas toujours assurés, suscitent à la fois fascination et méfiance, espoirs et critiques. Traduire l'expression d'une "crise de la santé" en termes d'intérêts partisans, liés à des idéologies spécifiques dont les thèses se présentent comme universelles, et l'application comme assurant le plus grand bien de tous, ne peut pas prétendre rendre compte des problèmes réels des systèmes de santé, en particulier de cette tension entre ce qui est perçu comme un relatif succès et le sentiment qu'il y a encore beaucoup mieux à faire.

A vrai dire, il s'agit d'une pluralité de crises de la santé, dans la mesure où plusieurs secteurs qui relèvent de ce domaine sont problématiques. Selon le moment historique, "la" crise de la santé qui se manifeste sur la scène publique n'est pas la même. Par exemple, en France, les années 60 sont plus spécifiquement marquées par les problèmes des populations âgées (le rapport Larroque est publié en 1962), les années 70 par la médicalisation, voire la surmédicalisation, de différents aspects du bien-être collectif, soupçonnée de menacer la santé (Ivan Illitch publie *Némésis Médicale* en 1975), les années 80 par l'épidémie du sida et "l'affaire" du sang contaminé, le début des années 90 par la pleine attention accordée aux coûts et au financement de la protection sociale, en particulier de sa branche "assurance-maladie". D'autres "crises" de la santé existent : elles restent latentes, quoique réelles, tant que

les "projecteurs" médiatiques ou des groupes d'acteurs particuliers ou encore l'opinion publique ne les ont pas placées sur le devant de la scène. Ainsi, il n'est pas exclu que, pour une période historique déterminée, plusieurs crises de la santé coexistent, ou plutôt retentissent les unes sur les autres : le choix des crises pour caractériser les quatre dernières décennies reste arbitraire tant que la recherche empirique n'a pas établi la force, la portée et le retentissement de chacune, et peut-être révélé la concurrence d'autres crises (on sait que l'équilibre financier des régimes d'assurance-maladie est problématique dès le milieu des années 70[1]).

Retenir le financement de la Sécurité Sociale comme le lieu fort de la crise de la santé au début des années 90 paraît fondé au regard de plusieurs indices : la manifestation, dans les sondages, d'une opinion très attachée à la protection sociale au moment même où elle est inquiète à son sujet ; la recherche de solutions nouvelles pour assurer les équilibres (réunion de commissions d'experts, élaboration de rapports et autres "livres blancs") :

> "Sur le court terme et moyen terme, la nécessité d'une maîtrise concertée des dépenses de soins est dictée par un contexte économique de faible croissance, de fort taux de chômage, et par un contexte de crise financière de la protection sociale à tous les niveaux[2]

Un autre indice de cette intense attention portée à l'équilibre des caisses d'assurance-maladie est constitué par les diverses mesures successives prises par les pouvoirs publics pour réduire ou financer l'accroissement des dépenses (augmentations successives des cotisations et des tickets modérateurs, création en 1991 de la Contribution Sociale Généralisée, etc.). Comme l'écrit Michel Villac, "l'enjeu primordial pour les années à venir (sera) la maîtrise des dépenses de santé et la complexité des problèmes à résoudre (qui lui sont attachés)[3]". Un tel enjeu n'est pas propre à la seule société française : la progression de l'écart entre consommation médicale et PIB est assez générale au sein des pays industrialisés, même s'il est vrai que la France n'a pas su encore opérer son ralentissement et son arrêt. *S'il en est ainsi, il convient de prendre la mesure des aspects sous-jacents à une telle mise en forme de la crise de la santé.*

---

[1] Jean DERAMON, Edith NAVELLOU, 1970-1991, Vingt ans de consommation médicale dans les comptes de la santé. Les éclairages des séries longues, *Solidarité Santé - Etudes statistiques,* n°4, 1992.

[2] Gérard de POUVOURVILLE, Un scénario de régulation du système de soins en France : principes de base et architecture, in Raymond SOUBIE (Commissariat général du Plan. Groupe "Prospective du système de santé présidé par), *Santé 2010. Equité et efficacité du système. Travaux d'ateliers,* Paris, La Documentation française, juin 1993, p. 473.

[3] Michel VILLAC, Présentation générale. Les dépenses de santé des français, *Economie et Statistique,* n°265-5, 1993.

La plus grande partie du budget de la santé, soit 90%, est consacrée aux soins curatifs[4]. Un tel investissement dans le biomédical présuppose un raisonnement du type suivant : plus les individus sont malades, plus ils ont de chances de mourir comparativement aux bien-portants ; mais si une forte morbidité est associée à une utilisation importante du système de soins, des améliorations de la santé en découleront nécessairement parce que l'on sait de mieux en mieux diagnostiquer et traiter. Selon ce point de vue, l'activité médicale correspondrait parfaitement à la définition wébérienne de l'activité rationnelle par rapport à une fin : elle se constitue de la mise en oeuvre des moyens les plus appropriés, scientifiquement et techniquement, pour rétablir une santé perdue (guérison) ou renforcer un tel capital dans le meilleur des cas, ou bien pour améliorer ou stabiliser des états chroniquement pathologiques. L'enjeu crucial est alors l'accessibilité du système de soins : on comprend que l'universalisation de l'assurance-maladie constitue un aspect primordial selon cette logique.

La vision biomédicale de l'amélioration de la santé a un arrière-plan symbolique et politique. D'un côté se manifeste toujours en filigrane l'utopie d'une éradication des maladies et d'une extension de la durée de la vie, grâce aux progrès scientifiques et médicaux. De l'autre, le ralliement de plus en plus général au régime de démocratie politique appelle à une démocratisation du système de santé, et à une égalité des chances à se faire soigner avec les meilleures techniques disponibles à un moment donné.

L'idée selon laquelle l'humanité pourrait vaincre entièrement les maladies, faute de venir à bout de la mort, est fortement attachée au contexte des Lumières[5]. Dans les années 1770 se répandent dans les campagnes françaises des médecins indemnisés par l'administration royale et souvent motivés par la philosophie progressiste de l'époque : puisque le peuple appartient au socle sain de la vie, ils se dévouent à en observer les maux pour tenter de les supprimer[6] ; à partir de 1778, beaucoup deviennent les correspondants de la Société Royale de Médecine contribuant à l'élaboration d'une véritable "topographie médico-hygiénique"[7] : certains ajoutent à leurs rapports médicaux des réflexions sur les problèmes de la médecine et des projets plus ou moins élaborés de réforme. Au cours de la Révolution française, alors que "l'humeur" est à dissoudre les sociétés et à vanter les libertés individuelles, les projets médicaux s'inspirent de l'organisation du clergé : pour supprimer les maladies, il faut que les cantons soient pourvus en médecins payés par l'État, dont la tâche est de surveiller autant que de soigner.

---

[4] Jean-Pierre DESCHAMPS, Médecine préventive et promotion de la santé, in Cité des Sciences et de l'Industrie - La Villette, *L'homme et la santé,* Paris, Le Seuil, 1992. Indépendamment du fait que les estimations varient, soulignons qu'une partie de ce qui est compté dans le curatif n'en relève pas totalement.

[5] Michel FOUCAULT, *Naissance de la clinique,* Paris, PUF, 1963.

[6] Jean-Pierre PETER, Le grand rêve de l'ordre médical en 1770 et aujourd'hui, *Autrement,* n°4, 1975-1976.

[7] Jacques LEONARD, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXème siècle,* Paris, Aubier-Montaigne, 1981.

On retrouve encore cet arrière-fond imaginaire et idéaliste dans les projets internationaux de vaccination pour éradiquer les maladies infectieuses les plus meurtrières dans les pays en développement.

> "Le progrès vers le bonheur par la science et ses applications techniques : ce mythe fondateur de notre civilisation industrielle est à l'œuvre au cœur de la conception et du lancement du PEV *(Programme élargi de vaccination lancé par l'OMS en 1975, en particulier suite au succès remporté contre la variole : l'objectif n'est pas atteint)* (...) L'histoire se répète : le PEV apparaît comme un nouvel avatar des vastes programmes internationaux par lesquels l'humanité avait espéré résoudre le problème de la faim ("révolution verte") ou celui de l'éducation pour le développement ("programmes d'alphabétisation" de l'UNESCO). Programmes-miracles, faisant l'économie de changements socio-politiques plus radicaux à la surface de la planète[8]."

Nous n'en avons pas encore fini avec tous les présupposés qui ont accompagné la naissance du rationalisme moderne, en particulier dans sa dimension militante de domination de l'environnement.

> "Au lieu de cette philosophie spéculative qu'on enseigne dans les écoles, on en peut trouver une pratique par laquelle, connaissant la force et les actions du feu, de l'eau, de l'air des astres des cieux et de tous les autres corps qui nous environnent, aussi distinctement que nous connaissons les divers métiers de nos artisans, nous les pourrions employer de la même façon à tous les usages auxquels ils nous sont propres et, ainsi, nous rendre comme maîtres et possesseurs de la nature[9]."

Bien que la France n'ait pas choisi entre la logique de Beveridge (système de solidarité nationale où les droits sociaux sont un attribut de citoyenneté, gérés sous le contrôle du Parlement) et la logique bismarkienne (système d'assurances sociales liées à l'activité professionnelle et gérées à parité par les partenaires sociaux) en mettant en œuvre l'unité et l'universalité de la protection sociale sans en accepter les contraintes[10], l'espoir de l'après-guerre laissait deviner un horizon où chacun bénéficierait également de la santé par l'accès équivalent à une médecine atteignant elle-même un sommet. *Augmenter les connaissances médicales et en étendre à tous le bénéfice a constitué le double objectif amarré à la solidarité sociale. Chacun d'entre eux a-t-il été également atteint ?*

Parce que les maladies infectieuses sont très largement vaincues (leurs effets sur la mortalité sont extrêmement faibles dans les pays industrialisés), la médecine est confrontée aux maladies chroniques et dégénératives et elle ne dispose pas encore de traitements totalement efficaces à leur encontre. Une observation épidémiologique renouvelée (l'épidémiologie sociale classique, inspirée de l'étiologie des maladies infectieuses décrite par

---

[8] Victor SCARDIGLI, *Le sens de la technique,* Paris, PUF, 1992, pp. 150 et 153 (le contenu de la première parenthèse est une explicitation de notre part).
[9] René DESCARTES, *Discours de la méthode,* Paris, Gallimard, La Pléiade, 1953, p.168.
[10] Béatrice MAJNONI D'INTIGNANO, *La protection sociale,* Paris, Livre de poche, 1993.

Pasteur, est de plus en plus remplacée par une épidémiologie analytique qui recherche les processus contribuant à l'affaiblissement ou au renforcement de la résistance ou vulnérabilité des sujets[11]) a montré que ces maladies étaient significativement liées à des comportements de consommation (alcool, tabac, équilibre diététique...) et à d'autres habitudes de vie (manque d'exercice physique, temps de réactions aux symptômes trop longs...). Le soubassement anthropologique de la médecine (historiquement situé), qui met l'individu libre et responsable au cœur de son dispositif, conduit "tout naturellement" à rendre les personnes responsables de leur santé. Cette tendance, qui n'est pas partagée par tout le corps médical, fait cependant écho dans des propos qui en appellent à une nouvelle normalisation des modes de vie et à une protection sociale "personnalisée". Un éditorial de la prestigieuse revue *Science* en témoigne :

> "Je crois que l'idée d'un "droit" à la santé devrait être remplacée par celle d'une obligation morale à préserver sa propre santé. L'individu a alors le "droit" d'attendre une aide sous forme d'information, d'accès à des services de bonne qualité et de réduction de toutes espèces de barrières financières[12]."

Dans une lettre à la revue en réponse à cet éditorial, le sociologue Anselm Strauss fait remarquer que bien souvent les maladies chroniques frappent les plus âgés et les plus pauvres et que certains symptômes liés à ces maladies peuvent être exacerbés par de mauvaises conditions de vie. La société serait-elle totalement irresponsable de leur sort ?

La tendance à réduire la crise de la santé aux problèmes de financement de la protection sociale et du système de soins, en ce début de la dernière décennie du XXème siècle, avec toutes sortes d'implications pour les professions soignantes, la recherche et les populations, fait de cette crise une question d'ajustement entre l'offre et la demande de soins, entre les services proposés par le système médical et paramédical, et des individus totalement démunis lorsque surviennent des maladies. La santé paraît être sous l'emprise de ce mode de structuration du rapport social entre spécialistes de ce bien ou de cette valeur et les profanes qui cherchent à se la réapproprier en cas de pertes ou de dommages. C'est comme si, dans un autre champ, les spécialistes de l'école, c'est-à-dire les enseignants, structuraient leur rapport aux familles de sorte qu'elles en viennent à croire que la socialisation est affaire purement scolaire. En notre matière, il est remarquable d'observer que la plus grande partie du public et des médecins créditent les avancées de la technologie médicale de l'accroissement de l'espérance de vie que nous connaissons depuis un siècle. *Comment en est-on arrivé à une telle prééminence de la médecine et du système de soins ?*

---

[11] Marcel GOLDBERG, Cet obscur objet de l'épidémiologie, *Sciences Sociales et Santé,* I, 1, 1982 et Marc RENAUD, De l'épidémiologie sociale à la sociologie de la prévention : 15 ans de recherche sur l'étiologie sociale de la maladie, *Revue d'épidémiologie et de santé publique,* Vol.35, n°1, 1987.

[12] John H. KNOWLES, Responsability for Health (Editorial), *Science,* Vol.198, n°4322, 1977 (notre traduction).

Du point de vue de la médecine, toute crise est cruciale : elle est un tournant qui permet le diagnostic. Dans un tel cadre, la crise s'insère dans un ensemble de connaissances qui permet de la "résoudre" par une action appropriée. Ce qui prédomine ainsi, c'est l'accent mis sur le système de soins. Parce que la routine nous habitue à situer la crise au cœur de ce système, on en vient tout naturellement à la banaliser sur le même mode : on présuppose qu'on en connaît les tenants et les aboutissants, qu'elle est parfaitement déterminée et que son éradication relève d'une décision relativement simple (même s'il faut 'trancher dans le vif', à la manière d'un chirurgien).

Ce faisant, on finit par aplatir le système de soins sur le système de santé au point de les confondre, comme si la santé était purement et simplement une affaire de guérison et d'évitement de la maladie. Si le système de santé englobe le système de soins, il le déborde largement : la santé n'est pas seulement le produit des professions soignantes et des actions préventives liées à des programmes d'éducation sanitaire ; sa positivité s'inscrit au cœur de la vie quotidienne et des conditions dans lesquelles elle se déroule. Le bien-être des populations ne dépend pas seulement des ressources investies dans les soins et la prévention (du moins entendue dans un sens étroit) : il est aussi lié à la façon dont la société dispense l'éducation et les compétences, dont elle régule l'activité économique et l'emploi, dont elle apporte secours et contre-projets à ses membres qui se trouvent confrontés à des difficultés ou qui sont plongés dans la pauvreté, et dont elle suscite l'adhésion de tous à l'accomplissement d'un projet collectif.

La crise de la santé, si crise il y a, ne saurait être ramenée à la tranquille assurance des certitudes diagnostiques : elle est chargée d'incertitude ; elle oppose une relative indétermination à ce qui se présentait comme l'occurrence d'un déterminisme apparemment assuré, et du coup affaiblit la capacité de prévision, même si la tendance est à reproduire les modèles antérieurs[13]. Une telle "régression" de la connaissance ne signifie pas condamnation à l'impossibilité de réagir de façon raisonnable : la crise appelle la pensée critique pour déterminer d'abord ce qui fait obstruction à l'approfondissement de sa compréhension et pour entreprendre ensuite réélaboration des connaissances antérieures et production de connaissances nouvelles ; à ce prix, la crise retrouve son sens originaire (le grec 'crisis') de décision : un élargissement approprié des savoirs peut alimenter un débat dont la conclusion pourra se traduire par des actions plus pertinentes.

La crise de la santé signifie que quelque chose nous échappe en la matière : même réduite aux problèmes critiques du financement de la Sécurité sociale, elle peut être révélatrice d'aspects latents quant aux antagonismes profonds de nos sociétés, tout comme de leurs

---

[13] Edgar MORIN, *Sociologie,* Paris, Fayard, 1984. Voir § II. Pour une théorie de la crise, pp.139-153.

virtualités en ressources de transformations. Encore faut-il rompre avec la fascination qu'exerce la scène pour aller observer, avec Goffman, ce qui se passe dans les coulisses...

Dans la société grecque ancienne, le culte d'Esculape, dieu de la santé, a persisté longtemps après que temples et prêtres des autres divinités aient disparu. Cet arrière-fond de notre culture occidentale est encore actuel, tant sur le plan public (les débats, conflits et négociations sur l'équilibre budgétaire de la branche maladie de la protection sociale en témoignent) que dans le privé, en particulier quand la maladie survient. Mais n'a-t-on pas oublié qu'Esculape avait deux filles, Panacée et Hygiée[14] ?

La première est la déesse du médicament : elle apprend aux hommes à les extraire des plantes et des minéraux et à les utiliser à bon escient. Même si l'on définit la technologie médicale, dans un sens très large[15], comme l'ensemble des drogues pharmaceutiques, des procédures et moyens médicaux et chirurgicaux ainsi que des systèmes organisationnels au sein desquels les soins sont produits, ne peut-on pas dire que notre acharnement à inventer de nouveaux remèdes, de nouvelles machines de diagnostic et de traitement, de nouveaux vaccins, etc. est une forme de recherche de la panacée universelle, en quelque sorte le culte moderne de la déesse ? Ne croyons pas trop vite que le monde de la rationalité scientifique a chassé ces vieux mythes.

Hygiée, sa soeur, est la déesse de l'ordre normal des choses : elle n'a rien de conquérant ; elle se contente, dans la mythologie, d'enseigner aux humains l'art de rester en bonne santé, en suivant ce qui est raisonnable et en pratiquant la modération en toutes choses. Son ancien culte trouve son pendant aujourd'hui dans notre souci de l'hygiène et de la prévention. 'Suivre ce qui est raisonnable' et 'pratiquer la modération' nous renvoie immédiatement à l'ordre des valeurs et des normes, moins sous les formes explicites de la règle juridique et de la loi morale ou religieuse, que sous l'aspect évident et peu consciemment reconnu des moeurs[16]. Les moeurs (que d'autres préfèrent dénommer 'éthos' pour en souligner la contrainte, l'exigence, la pression, tout autant que sa propriété d'être non-réfléchi et non-conscient) sont affaire de conventions et de convenances : s'il n'y a pas de sanction formalisée explicitement, on sait que leur inobservance se paie de distance sociale, quand ce n'est pas de rejet et d'exclusion.

Dire qu'Hygiée préside à la définition des mœurs, c'est souligner plusieurs aspects. Premièrement, les mœurs ne sont pas de simples conventions sociales totalement détachées de

---

[14] Marc RENAUD, The Future : Hygeia Versus Panakeia ? in *Population Health Program,* Canadian Institute for Advanced Research, October 1991.

[15] Nous reprenons ici à notre compte la définition de H.D. BANTA, Social science research on medical technology : utility and limitations, *Social Science and Medicine,* 17, 1983, pp.1363-1369.

[16] Jean POIRIER (sous la direction de), *Histoire des mœurs. I. Les coordonnées de l'homme et de la culture matérielle,* Paris, Gallimard, Coll. La Pléiade, 1990. Voir Préface.

notre être biologique et sans effet sur lui : au contraire le mythe grec nous rappelle qu'un style de vie, tel qu'il est façonné par des mœurs spécifiques, permet ou pas de maintenir ou prolonger la bonne santé.

Deuxièmement, la perspective religieuse où elles sont inscrites leur donne une dimension sacrée que l'on ne saurait oublier : il est probable qu'on ne réussira jamais à "balayer" des mœurs jugées nuisibles à coup de diffusion massive de connaissances dites objectives. Encore récemment les premiers résultats d'une recherche européenne établissaient de fortes corrélations entre croyances et pratiques en matière de santé et l'absence de relation statistique entre ces mêmes pratiques et les connaissances médicales souvent exactes que rapportaient les mêmes enquêtés ; ce résultat peu banal peut porter l'étonnement du chercheur à son comble quand il remarque que l'une des populations enquêtées est constituée d'étudiants en cours d'études supérieures, dont on aurait pu supposer que la formation au rationalisme scientifique aurait produit une plus grande proximité et une plus forte cohérence des comportements et des connaissances[17].

Troisièmement, l'instance de production de telles convictions et de telles mœurs, que le mythe dénomme Hygiée, reste encore sociologiquement indéterminée : comment s'opèrent les processus de normalisation et de régulation à ce niveau-là ? quels en sont les agents ou les moteurs ? L'enjeu est ici de déterminer ces 'entrepreneurs moraux' , que l'un des courants de l'interactionnisme symbolique (la 'labelling theory' ou théorie de l'étiquetage) désigne comme lieu de normalisation, de désignation et de contrôle[18]. Il ne s'agit pas de faire l'hypothèse qu'en matière de santé ces 'entrepreneurs moraux' sont nécessairement des groupes en rapport d'extériorité avec les profanes (par exemple, corporation médicale ou partie d'entre elle ou bien associations d'éducation sanitaire ou encore diffuseurs médiatiques spécialisés) : l'interaction des profanes eux-mêmes peut être extrêmement puissante à partir du moment où les individus sont intégrés à des groupes ou des réseaux au sein desquels les relations en face à face sont relativement intenses ou bien sont relativement isolés et subissent

---

[17] Jane WARDLE and Andrew STEPTOE, The European Health and Behaviour Survey : Rationale, Methods and Initial Results from The United Kingdom, *Social Science and Medicine,* Vol. 33, n°8, 1991. On peut noter par ailleurs combien ces résultats sont convergents avec ceux de Daniel BOY et Guy MICHELAT : ce n'est pas parce que le niveau culturel augmente que les croyances aux parasciences s'affaiblissent ('Croyances aux parasciences : dimensions sociales et culturelles, *Revue française de sociologie,* XXVII, 2, 1986). L'hypothèse intellectualiste selon laquelle le développement de la culture et de la pensée scientifique dissiperait les croyances, doit être abandonnée au profit d'une interrogation sur les raisons d'être d'une telle coexistence (rationalité critique et adhésion à des 'certitudes' incontrôlées) (cf. Françoise ASKEVIS-LEHERPEUX, Croyance au surnaturel et instruction. Examen critique de l'hypothèse intellectualiste, *Communications,* n°52, 1990).

[18] Howard S. BECKER, *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance,* Paris, A.M.Métailié, 1985 (1ère édition américaine : 1963).

la pression de tels groupes. Influences locales ou cosmopolites[19], contrôles de commérage ou compérage sur les nouveaux voisins[20] ou les récents collègues, transmission de mère en fille des croyances et des procédures pour préserver la bonne santé ou pour soigner les siens[21] constituent autant de processus par lesquels se trame la solide toile de nos mœurs au sein desquelles nos habitudes sanitaires puisent leur légitimité et leurs significations les plus profondes.

Quatrièmement, cantonner la déesse Hygiée au royaume des valeurs et des normes, même si on l'étend plus largement en y incluant l'univers symbolique dont toute une partie prend forme concrète au travers de pratiques, ne permettrait pas de lui rendre l'intégralité de l'hommage à laquelle elle peut prétendre. Hygiée sait bien que certains de ses conseils sont beaucoup trop exigeants ou sans signification au regard des circonstances de vie d'une partie des êtres humains : que peut bien vouloir dire la modération pour l'esclave qui rentre ivre de fatigue, tous les soirs, du labeur des champs ?

Les disparités de santé, observées entre individus et/ou groupes sociaux, sont largement attribuées à la nature, à la chance ou au hasard. Même la microbiologie pasteurienne, qui a fondé l'étiologie classique (un agent infectieux + un hôte = une maladie), a contribué à cette naturalisation des différences de morbidité et de mortalité. Assez rapidement pourtant, l'épidémiologie a remis en cause une telle causalité linéaire : hôte et microbe peuvent coexister en bonne entente sous certaines conditions, sans que le premier développe la moindre infection. On a remplacé la causalité linéaire sous-jacente à l'implication stricte (si un agent infectieux pénètre dans le corps d'un hôte, alors se déclare une maladie), par l'implication faible présupposée par le raisonnement statistique (si le microbe pénètre..., alors il est probable (à 91%, à 95%, à 99%...) que telle maladie correspondante apparaisse).

Bien qu'une telle "causalité molle" remette en cause une vision positiviste de la biologie et de la médecine, de la santé et de la maladie[22], on a encore du mal aujourd'hui à admettre que la nature n'est pas seule à être engagée dans les processus morbides, même s'il subsiste encore une vision 'socialisée' de la maladie au cœur de nos sociétés 'rationalistes' (comme dans les sociétés sans écriture, combien sont encore prêts à accuser 'l'autre' de leurs maux, y compris les plus physiques). Pourtant à capital bio-génétique équivalent, on observe des destinées tout à fait différentes ; par ailleurs, et à un autre bout de la chaîne, à incapacités

---

[19] Robert K. MERTON, *Éléments de théorie et de méthode sociologique,* Paris, Plon, 1965. Voir chapitre IX, Types d'influence : local ou cosmopolite, pp.295-321.

[20] Norbert ELIAS, Remarques sur le commérage, *Actes de la Recherche en Sciences sociales,* n°60, 1985.

[21] Françoise LOUX, Transmission culturelle chez les catholiques et les protestants : les soins corporels à Chardonneret, *Ethnologie française,* IV, n°1-2, 1974.

[22] Andrew C. TWADDLE, From medical sociology to the sociology of health : some changing concerns in the sociological study of sickness and treatment, Ch. 12 of Tom BOTTOMORE, Stefan NOWACK, Magdalena SOKALOWSKA (eds.), *Sociology. The state of art,* London, Sage Publications, 1982, pp. 327-328.

semblables pour des âges identiques, on peut noter de grands écarts dans les durées de vie des vieilles gens. L'étude épidémiologique des maladies chroniques et dégénératives montre qu'il n'est pas possible, la plupart du temps, d'associer un seul facteur de risque à telle ou telle maladie : on en est venu à l'idée de partir d'un processus dont on fait l'hypothèse qu'il est pathogène et d'examiner quels sont ses effets, s'ils existent, sur une gamme complète de maladies susceptibles d'être affectées par lui, au lieu de faire la démarche classique inverse, qui consiste à isoler les facteurs de risques directs et indirects que l'on peut associer à l'apparition d'une maladie déterminée[23].

Comme on vient de le laisser entendre, la 'découverte' selon laquelle l'environnement et les styles de vie sont des déterminants majeurs pour la santé n'est pas une trouvaille récente. Que le public l'ignore encore largement, au point de continuer à considérer les écarts entre les humains face à la vie comme naturels, sauf pour des situations particulières telles que les séismes, les famines ou les guerres, - a de quoi surprendre : la diffusion de telles connaissances a-t-elle eu l'ampleur méritée ? et si oui, comment se fait-il qu'elles aient si mal atteint leur cible ? Plus surprenant encore est le constat du fait qu'elles donnent lieu à des 're-découvertes' et à des débats plus ou moins puissants, en particulier selon les pays, parmi les spécialistes et les élites.

De ce point de vue, on rejoint la remarque de Strauss dans sa réponse à Knowles (cf. ci-dessus) : si une grande partie des déterminants de la santé des populations, au premier chef dans sa différenciation, relève de la vie sociale ordinaire en ses aspects les plus institutionnalisés et les plus structurels, suffit-il de prendre la posture stéréotypée de la déesse Hygiée en incitant les gens à changer leurs mœurs inappropriées, celles qui sont de puissants facteurs de risque de maladies ? N'existe-t-il pas des conditions de vie qui déterminent ou favorisent de telles mœurs ? L'enjeu est de taille pour les décideurs politiques qui ont souvent considéré la santé des populations comme le domaine réservé des médecins.

Au terme d'un colloque anglo-suédois réuni à Stockholm en juin 1989, un sociologue et un épidémiologiste[24] concluent :

> "Si tant est que la rencontre de Stockholm soit parvenue à une conclusion à propos de la soit-disant 'crise' de la santé, elle serait de cet ordre : il existe un ensemble complexe de problèmes critiques en matière de santé et de systèmes de soins. Sa nature comporte des facettes multiples et, par conséquent, on a besoin de davantage de rigueur et de précision que ne le permet le fait de parler de 'crise' (...) Dans les états-majors des corporations bureaucratiques, professionnelles et politiques, l'option pour une 'crise'

---

[23] J. CASSEL, The contribution of the Social Environment to Host Resistance, *American Journal of Epidemiology,* n°104, 1976, pp.107-123, cité par Marc RENAUD (1987), op.cit., p.8.

[24] Denny VAGERÖ and David J. HUNTER, Guest editorial, *Social Science and Medicine,* Vol. 32, n° 4, 1991. Ce numéro de la revue citée reprend les communications à ce colloque. Le passage proposé est notre traduction.

constitue l'une des nombreuses armes dont on se sert pour faire avancer des intérêts particuliers. (...) Ce n'est faire preuve d'aucune partialité que de dire : les services de santé suédois et britanniques, et d'ailleurs tout aussi bien les hommes politiques qui s'occupent de la politique sanitaire et sociale, n'ont que des ambitions minuscules quant aux politiques qui seraient nécessaires à la fois pour accroître la santé publique et réduire en même temps les différences entre classes sociales, sexes, régions et nationalités. Bien sûr, ce manque de pensée politique n'est même pas perçu comme un problème critique. Il y a là une importante lacune qui mérite notre attention."

L'enjeu central est et demeure la détermination du modèle d'action le plus pertinent en faveur de la santé. A considérer notre histoire de l'après-guerre, cette détermination a consisté, pour l'essentiel, en des investissements de plus en plus élevés dans le système de soins. La mise en perspective historique ne permet-elle pas d'évaluer la pertinence et l'efficacité d'un tel choix ? Le rapport "Soubie" (*Santé 2010*) fait état des constats et argument suivants : l'allongement de la durée de la vie dans les pays développés ne peut pas être attribué au seul progrès de la médecine curative ni au seul développement du système de soins ; les différentiels de morbidité et mortalité restent liés aux conditions générales d'existence et à l'activité professionnelle (la suppression des barrières à l'accès aux soins, ou du moins l'atténuation de leurs effets, est impuissante à réduire les disparités sociales face à la maladie et à la mort : Claudine Herzlich a rappelé, au sein de l'un des ateliers, qu'il était plus facile d'aller consulter un médecin que de changer de catégorie sociale pour augmenter ses chances de vie) ; la plupart des tentatives faites pour évaluer l'efficacité du système de soins suggèrent que de nombreuses améliorations sont en attente pour sa plus grande efficacité, et ce, à divers niveaux : la productivité des services, la pertinence et l'efficacité diagnostiques et thérapeutiques 'douteuses' de produits et procédures, le ressort incitatif à la dépense des mécanismes de rémunération des producteurs de soins. Autant d'éléments qui appellent à réfléchir pour élaborer des modèles alternatifs d'action en faveur de la santé, probablement bien au-delà de la classique opposition entre le préventif et le curatif.

Est-ce à dire que nos sociétés sont à la veille de quelque grande révolution en la matière, au point de réduire médecine et système de soins à la part congrue ? Quelles que soient la force et la détermination de notre volonté à supprimer les maladies, son accomplissement ne paraît pas relever d'un horizon proche : nous aurons besoin longtemps encore d'une médecine efficace qui nous aide dans notre combat contre la maladie et la mort. Le système de soins constitue la bouée de sauvetage ultime quand, suite à divers mécanismes, en particulier sociaux, nous sommes éjectés dans un monde de tempête pathologique : il ne compensera pas tout ce qui a été induit par ces mécanismes producteurs de morbidité mais il peut soulager les symptômes et prolonger la vie.

Que la médecine s'inscrive dans ce double objectif, cela ne fait aucun doute tant au niveau des discours que de la conscience médicale, et plus généralement soignante. Depuis Hippocrate, la médecine n'est plus un ensemble de recettes : elle intègre à sa quête d'efficience "une réflexion sur l'homme pâtissant et compatissant avec le monde[25]," tout en dégageant la maladie de la malédiction religieuse ou morale pour donner une totale dignité au malade et au médecin. Mais on est amené à reconnaître qu'une telle ligne de conduite a donné lieu à des formes d'accomplissements pratiques très variées, en particulier sous l'impulsion des changements techniques, tant au niveau des procédures de soins que de leur organisation.

On a déjà indiqué que l'accent porté sur le développement des technologies médicales s'inscrivait dans l'ambition prométhéenne du positivisme. A propos des sociétés en développement, Georges Balandier[26] a montré combien la fuite en avant de certaines d'entre elles dans la course à la puissance technique avait multiplié les écarts sociaux au sein des populations et exacerbé tensions et violences par l'élimination de significations traditionnelles que rien ne venait remplacer. De telles sociétés sont-elles si différentes des nôtres, au point de nous dispenser de semblable interrogation ? L'hypothèse wébérienne de désenchantement du monde au sein des sociétés industrialisées va dans le même sens : la multiplication de nos capacités électroniques, informatiques et pharmaceutiques pour détecter et traiter les maladies ne paraît pas nous avoir donné des ressources nouvelles pour notre quête du sens du mal et du bien-être. Une telle remarque, par le rapprochement qu'elle opère entre des sociétés très différentes au regard de nombreux critères, souligne une fois encore combien l'univers symbolique est intimement lié à la matérialité des phénomènes corporels, que ce soit sous l'angle biologique ou des comportements.

C'est sur la base de ces constats et de ces questionnements encore mal assurés que nous allons tenter l'exploration des coulisses de la mise en scène actuelle de la santé. *Médecine et médicalisation sont devenues le pivot de toute approche de la santé : au terme de quels processus ont-elles acquis une telle position, largement reconnue comme légitime dans les sociétés occidentales ? L'accessibilité croissante des soins médicaux est-elle une garantie de l'homogénéisation sociale en la matière ? Comment rendre compte des écarts persistants ? Les enjeux de la santé publique sont-ils réductibles aux enjeux de la prévention médicale ?*

---

[25] Jackie PIGEAUD, Maladie et santé dans la médecine hippocratique, in Cité des Sciences et de l'Industrie de la Villette, *L'homme et la santé,* Paris, Le Seuil, 1992, p. 19.
[26] Georges BALANDIER, *Sens et puissance,* Paris, PUF, 2ème édition , 1981, p. 291.

SANTÉ ET PROGRÈS : TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE, TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE, ET TRANSITION SOCIOLOGIQUE ?

1. Transition épidémiologique et progrès médicaux.

Le concept de 'transition épidémiologique' a été proposé par Abdel Omran[27] pour rendre compte de ce que les historiens de la démographie ont désigné comme 'transition démographique'[28]. Il s'agit d'un processus historique fondamental qui s'est déroulé dans la plupart des pays européens au XVIIIème siècle. L'Europe a d'ailleurs entraînée à sa suite le

[27] Abdel R. OMRAN, The epidemiological transition, *Milbank Memorial Fund Quaterly,* Vol. 49, n° 1, 1971, pp. 509-538.

[28] Jean-Claude CHESNAIS, *La transition démographique, étapes, formes, implications économiques : études des séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays,* Paris, PUF/INED, Coll. "Travaux et documents" n°113, 1986.

reste du monde sur ce modèle : l'explosion démographique des pays en développement l'atteste aujourd'hui.

Avant que ce phénomène se produise, la mortalité était très élevée : les décès d'enfants étaient très nombreux, tant avant le premier anniversaire qu'avant cinq ans (moins de la moitié d'entre eux atteignaient cet âge) ; la vie moyenne des êtres humains (leur espérance de vie à la naissance) n'atteignait pas trente ans. Seule une forte fécondité permettait aux populations d'assurer leur équilibre (les périodes fastes sur le plan économique (absence de famine), politique (pas de guerre) et sanitaire (aucune épidémie) leur donnait une légère capacité d'accroissement). Cet équilibre restait toujours fragile parce qu'il était soumis à la brutale et imprévisible survenue de crises de surmortalité du fait des fléaux (ci-dessus évoqués) que les danses macabres et d'autres aspects de la culture ont tenté d'exorciser. Comme l'écrit Philippe Ariès, au cours de cette période "la mort est au cœur de la vie comme le cimetière au centre du village".

Dans l'Europe du XVIIIème siècle un tout autre régime fait son apparition. On observe à la fois la quasi-disparition des grandes crises de surmortalité et une baisse de la mortalité tant infantile que générale : en France, au début du XIXème siècle (1815-1817), la vie moyenne atteint 39 ans. Alfred Sauvy caractérise ainsi cette transition : "Le cercle fermé de la vie et de la mort est brisé".

Un tel phénomène acquiert toute sa force à des moments variables selon les pays et les régions. Il a pour effet de provoquer une saturation démographique qui entraîne une forte pression sur l'occupation des terres. C'est dans ce contexte que la Normandie et la moyenne vallée de la Garonne sont les deux premières régions à 'inventer' le modèle malthusien d'autorégulation[29] : en associant le mariage et le droit à la terre, on recule le moment de se marier (à la veille de la Révolution, l'âge moyen au mariage est de 26 ans pour les femmes) et on accroît le nombre de célibataires ; comme les naissances illégitimes sont alors mal tolérées et que les moyens mécaniques ou chimiques modernes de contraception ne sont pas encore connus, "la contrainte morale" s'impose à tous et produit nécessairement une baisse de fécondité. De 6 à 10 enfants en moyenne par femme (selon que le mariage est interrompu ou non par un veuvage) sous l'Ancien Régime, on en vient à une fourchette plus réduite, même si la descendance reste encore nombreuse.

Évolution de l'espérance de vie à la naissance depuis 1740.

[29] Hervé LE BRAS, *Les trois France,* Paris, Ed. Odile Jacob, 1986, pp. 86ss.

Source : *Population, n° 1, 1983.*

La progression de l'espérance de vie à la naissance n'a pas cessé depuis ce moment-là, même si son rythme n'a pas été régulier : au milieu du XIXème siècle, elle est en France de 41 ans, elle atteint 45 ans au début du XXème siècle, elle approche les 60 ans en 1940, passe à 70 ans en 1958 et à 77 ans en 1990 ; trois principales périodes de stagnation scandent cette augmentation (si l'on fait abstraction du désastre des guerres mondiales) : 1820-1840, 1855-1890 et les années 60 (au cours de cette dernière période, on a cru avoir atteint les limites de l'âge biologique).

Même si le régime de fécondité a changé (malthusianisme), sa maîtrise a été bien plus aléatoire. Ainsi la Révolution française a libéré tout autant les corps que les terres et les métiers : mariage sans consentement des parents et divorce par accord mutuel précipitent le rejet de l'ancienne contrainte malthusienne (sauf dans les régions où l'alliance avec le catholicisme est scellée). La lutte contre la mort, dès lors qu'elle est efficace, produit des effets immédiats ; la régulation des naissances requiert une plus longue durée parce qu'elle suppose une remise en cause de mœurs ancestrales. Selon les pays, l'écart entre les courbes de mortalité et de fécondité produites par les deux régimes respectifs met plus ou moins de temps pour se réduire. Mais, dans l'ensemble des pays européens (et plus tard des pays en développement), cela produit une explosion démographique. De 1750 à 1950, la population de l'Europe (URSS comprise) a presque quadruplé :

> "La part de l'Europe et de son extension nord-américaine dans la population totale du monde passe ainsi en deux siècles de transition de 19 à 30 % . Ce fait n'est évidemment pas sans relation avec l'expansion politique et économique de l'Europe, l'apogée des empires coloniaux et la domination du monde par les Européens[30]."

[30] France MESLÉ et Jacques VALLIN, Santé et démographie : les conséquences du progrès de la médecine, in Cité des Sciences et de l'Industrie de La Villette (1992), op.cit., pp. 237-243.

Comment rendre compte de ce bouleversement ? Le modèle de la transition épidémiologique, élaboré par Omran, prend ici tout son intérêt. Ce qui constitue le ressort principal de ce véritable renversement de la situation démographique est la mutation qui s'opère au niveau des causes de décès : là se trouve le nœud explicatif de la forte chute de la mortalité, en particulier infantile, et de l'allongement de la durée de la vie. En quoi consiste cette mutation ?

Avant la transition démographique, la mort survenait précocément du fait des maladies infectieuses et parasitaires ainsi que des maladies de carence, dont l'impact était le plus fort aux premiers âges de la vie. C'est leur déclin puis leur quasi-éradication qui transforme le régime de la mortalité : désormais ce sont de nouvelles maladies qui provoquent la mort, mais à un âge plus avancé. Il y a quelque paradoxe à constater que c'est l'allongement de la durée moyenne de vie qui est révélatrice de ces nouvelles causes de décès ! Non pas que ces maladies n'existent pas auparavant : leurs 'rivales' ne leur laissaient pas le temps d'apparaître !

La peste et le choléra sont les premières à s'incliner, suivies de la variole, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, de la scarlatine, de la rougeole, de la coqueluche, de la tuberculose, de la poliomyélite... Entrent massivement en scène les cardiopathies, affections cérébro-vasculaires, cancers et autres maladies dégénératives, sans compter les accidents de santé dus aux pratiques (alcoolisme, suicide, maladies sexuellement transmissibles, etc.) ainsi que diverses affections iatrogènes typiquement développées et 'organisées' par le mode de production (maladies professionnelles, conséquences des pollutions industrielles, accidents de la route et du travail...).

A considérer l'évolution de la mortalité par causes, en France, depuis le début du siècle, le processus saute aux yeux[31] : en 1906, 19 % des décès sont provoqués par les maladies infectieuses et parasitaires, dont 11 % par la seule tuberculose ; au début des années 80, la tuberculose n'est plus mortelle (elle va le redevenir pour d'autres raisons dont l'apparition du sida) et l'ensemble de ces 'affections aiguës' ne compte plus que pour 1,3 % des fins de vie. Au contraire, on peut observer la multiplication des causes de décès par maladies dégénératives (on passe de 3,5 % de morts par tumeurs à 24 %,- et de 12,5 % à 36,4% pour les maladies cardio-vasculaires), par accidents et morts violentes (elles ont pratiquement triplé), par alcoolisme...

De tels faits ont conduit Omran à proposer un modèle cyclique de transition épidémiologique en trois temps :

- la première période du cycle se caractérise par une mortalité très élevée du fait des maladies infectieuses, parasitaires et de carence, qui réduisent par ailleurs l'espérance de vie : c'est le temps des épidémies et des famines ;

---

[31] Henri PICHERAL, Géographie de la transition épidémiologique, *Annales de géographie*, XCVIIIème année, n° 546, 1989, p. 130 et ss.

- le second temps constitue la transition proprement dite : les maladies antérieurement mortifères cèdent peu à peu la place à des maladies létales qui arrivent en général à un âge plus tardif, de sorte que l'espérance de vie augmente ;
- la troisième phase est celle de 'l'installation' de ces maladies dégénératives : c'est l'ère au cours de laquelle les taux de mortalité dus aux maladies chroniques ne cessent d'augmenter, tant à la fin de la vie adulte qu'au sein des sous-populations les plus vieilles, ce qui, au total, permet d'obtenir encore des gains en espérance de vie.

Les sociétés-nations, et, en leur sein, les régions, donnent à voir le développement de ce cycle à différentes périodes de leur histoire. Ainsi le Japon entre dans la seconde phase de la transition épidémiologique après la seconde guerre mondiale (la première cause de décès dans ce pays est restée la tuberculose jusque dans les années 50), alors que les Britanniques y accèdent dès la seconde moitié du XIXème siècle. Les pays en voie de développement ont souvent accédé à la seconde phase ou sont sur le point de le faire : les uns s'y attardent, les autres avancent plus rapidement (par exemple Cuba et le Costa-Rica) ; les chinois de Hong-Kong ont montré que l'on pouvait passer très rapidement du premier au troisième stade. Tous les pays industrialisés sont déjà dans le dernier temps du cycle élaboré par Omran mais on peut noter de remarquables différences.

Un certain nombre de maladies 'conquérantes', telles l'infarctus du myocarde, les lésions cérébro-vasculaires, les tumeurs de l'estomac et de l'utérus ou le diabète, dont les effets croissants sur la mortalité paraissaient irréversibles, diminuent maintenant dans certains pays : la diminution de la mortalité par maladies cardio-vasculaires, cancer de l'utérus et diabète a commencé en Amérique du Nord ; on observe ensuite le même phénomène en Australie et Nouvelle-Zélande ; il s'étend enfin à l'Europe occidentale, à l'exclusion de sa partie méditerranéenne et de l'ex-bloc soviétique. Autrement dit, le jeu d'avant-garde et d'arrière-garde se poursuit dans le domaine des maladies dégénératives. Tout se passe comme s'il fallait compléter le modèle d'Omran par une quatrième phase, ainsi que le propose Henri Picheral, celle du tassement (en particulier entre 45 et 54 ans) et de la régression (entre 55 et 75 ans) des maladies chroniques comme causes de mortalité.

D'un certain point de vue, les 'sociétés d'abondance' sont aussi des 'sociétés d'excès', tant au niveau de leurs modes de production que de leurs modes de consommation (pollutions industrielles... additifs chimiques dans les aliments...). Une partie d'entre elles en a pris conscience et amorce une correction de ses propres abus : les mouvements écologiques et les changements de comportements de consommation et de loisirs, tout comme les progrès médicaux et les extensions de la protection sociale ont eu des conséquences évidentes sur la mortalité en régression d'au moins une partie des maladies dégénératives pendant les périodes du cycle de vie où elles se manifestaient le plus. Là encore, il apparaît nécessaire d'avoir, comme pour le second moment du cycle, une assez longue période de jouissance de ce dont la mémoire collective et sociale garde l'expérience comme privation, due en particulier à la

brièveté de la vie, pour qu'une tranquille assurance à profiter d'une longue vie devant soi, sans la hâte d'une avidité excessive, s'installe.

Evidemment, si cette quatrième phase se caractérise par une relative maîtrise de la mortalité due aux maladies dégénératives, cela ne signifie pas que la morbidité correspondante diminue. D'une certaine façon il s'agit moins d'une éradication de ces pathologies, comme ce fut le cas des maladies infectieuses, que d'un 'apprivoisement' : nous apprenons à vivre plus longtemps avec nos maladies chroniques et nous en mourrons plus tardivement. Mais que nous apprend le sida dont l'épidémie multiplie les nouveaux cas d'infection par le virus HIV et accroît progressivement sa part dans les causes de mortalité ?

Ne serait-il pas pertinent de prolonger encore le modèle d'Omran, déjà étendu par Picheral, par une cinquième phase, celle des 'sociopathies' ? Si le sida est, bien sûr, une maladie virale qui a la propriété de faire renouer les populations qui en sont atteintes avec les maladies infectieuses[32], il est tout de même remarquable que le mécanisme de sa propagation opère à partir de l'un des ressorts cruciaux de la socialité : la rencontre sexuelle. Or, si de 1986 à 1987 le coefficient annuel d'augmentation du nombre de décès par sida a été divisé par trois, en France, par rapport aux années antérieures, il reste que l'extension de l'épidémie continue et que ce sont les jeunes adultes qui en sont les plus affectés[33].

Au sida ainsi caractérisé, on peut adjoindre d'autres causes de mortalité que les sociétés ayant atteint le quatrième épisode du cycle de la transition épidémiologique n'arrivent pas à arrêter : en 1988, les morts violentes sont la cause majeure de mortalité pour les 15-24 ans, avec un taux de 60 % du total chez les femmes et de 80 % du total chez les hommes (les accidents de la route représentent les deux tiers de ce type de décès chez les hommes et plus de la moitié chez les femmes ; du milieu des années 60 au milieu des années 80, le taux de suicide masculin pour cette tranche d'âge a plus que doublé)[34]. Ce type de décès paraît avoir un point commun, que Durkheim avait déjà relevé à propos du suicide : ce sont des indicateurs d'un état de la socialité, dans sa double dimension de l'intégration et de la régulation. Lorsque les autres causes de mortalité se stabilisent et régressent, l'émergence des 'sociopathies' devient forte, comme si, de phase en phase au cours du déroulement du cycle épidémiologique, la part du social dans la santé et la maladie devenait plus visible.

Une telle hypothèse ne signifie pas que les 'sociopathies' n'existaient pas auparavant : on a pu dire que la tuberculose était déjà une forme de 'sociopathie' ; de la même façon, la syphilis et l'ensemble des maladies sexuellement transmissibles procèdent de certaines formes de

---

[32] Olivier CHOQUET, Bernard MOREL, La santé en France. Un secteur en mutation, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1990, p. 236.

[33] Françoise HATTON, Éliane MICHEL, Alain LE TOULLEC, Viviane NICAUD, Le sida en France, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1990, pp. 262-265.

[34] Jacques VALLIN, Évolution de la mortalité depuis 1920, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1993, pp. 241-242, et Christan BAUDELOT, Roger ESTABLET et Saadi LAHLOU, Le suicide, un fait social, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1987, p. 456

socialité. L'intérêt de prolonger ainsi le modèle d'Omran vient du caractère révélateur d'une telle opération : cette 'utopique' cinquième phase souligne combien la dynamique de la socialité peut favoriser l'émergence et le développement de processus délétères qui aboutissent à la mort.

Dans beaucoup de sociétés occidentales, la période antérieure au XVIIIème siècle finissant correspond au premier épisode de la transition épidémiologique, la fin du XVIIIème et tout le XIXème au second, la première moitié du XXème jusqu'aux années 70 au troisième, la fin du XXème amorce le quatrième. Ce dernier épisode est lui-même à ce jour problématique : si les maladies dégénératives régressent à certains âges, elles restent encore prépondérantes à des âges plus tardifs. Force est de constater qu'en cette fin de siècle, la quatrième phase proposée par Picheral se manifeste surtout par un processus de fluctuations : quand on réussit à stabiliser ou à faire régresser une maladie dégénérative, une autre en profite pour se développer ; lorsqu'on réduit leur impact au sein de certaines périodes du cycle de vie, elles ressurgissent avec vigueur un peu plus tard.

A ce premier niveau d'intelligibilité de la transition démographique par la transition épidémiologique peut être adjoint un second, plus contextuel et structurel. A quoi tiennent ces bouleversements successifs des causes majeures de décès ?

Lorsque le nombre de décès dus aux maladies infectieuses et de carence chute dans la seconde partie du XVIIIème siècle, il y a coïncidence avec trois changements, dans le contexte plus général du mouvement des Lumières. Sur le plan économique, d'incontestables progrès agronomiques permettent d'assurer à peu près tous les ans, avec une plus grande certitude, une base alimentaire suffisante aux campagnes comme aux villes. En second lieu, l'administration a acquis un certain sens du calcul et de la prévision. Si des années de mauvaises récoltes surviennent, le développement des transports et du commerce qu'elle a su impulser et soutenir lui sert de levier pour ce qui constitue les premières tentatives raisonnées de redistribution. La quasi-suppression des famines et disettes ou du moins leur atténuation a permis de réduire les maladies de carence, sans compter que les corps mieux nourris sont mieux armés pour affronter les maladies infectieuses. Troisièmement, la médecine elle-même est en passe de connaître sa révolution moderne : d'Ambroise Paré à Jenner, les 'médecins des Lumières', nourris en particulier de la pensée de Condorcet (tel Cabanis)[35], préparent "la naissance de la clinique", selon l'expression foucaldienne.

Si le XVIIIème siècle n'est pas une période de progrès spectaculaires en médecine, les nouvelles générations de médecins qui apparaissent à ce moment-là sont de grands observateurs, soucieux de diffuser les connaissances scientifiques à un public élargi. Le cas de

[35] Jean-Claude GUYOT, *Essai sur la définition et le contenu de la sociologie médicale,* Thèse pour le doctorat d'État, Université René Descartes, Paris, 1979. Voir le chapitre 1 de la 1ère partie.

la variole est exemplaire à cet égard. Maladie parmi les plus redoutables à ce moment-là, elle est d'abord combattue par l'inoculation dès 1721 (on déposait du pus recueilli dans un bouton de variole sur des incisions pratiquées sur les bras, ce qui rendait cette variolisation efficace mais dangereuse) avant que Jenner ne découvre et diffuse en 1798 la vaccination (même procédé mais avec de la vaccine recueillie sur un bouton de cow-pox, maladie de la vache, sans danger pour l'homme)[36]. Par ailleurs, les médecins s'allient avec les administrateurs pour barrer la route aux épidémies par la mise en place des quarantaines : on cherche à limiter la contagion en isolant les collectivités ou les personnes atteintes. En dépit des différences de trajectoires des médecins, en particulier dans leurs points d'ancrage (Faculté, hôpitaux, armée, sociétés savantes, etc.), nombre d'entre eux s'inscrivent dans cette "logique d'action interventionniste", professionnalisée et/ou empirique[37], qui correspond à cet univers culturel du rationalisme qu'ils partagent avec d'autres groupes sociaux : "devenir maîtres et possesseurs de la nature".

Dans la plupart des pays européens, le second stade de la transition épidémiologique dure longtemps : les mécanismes favorables à la santé sont encore très mal connus. Le XIXème siècle sera mis à profit pour développer une telle intelligibilité selon une double perspective : l'étude des maladies et des moyens de les guérir, d'une part, et des élaborations successives de programmes hygiénistes, d'autre part[38].

On peut tenter de synthétiser la première perspective autour de quelques grandes figures emblématiques qui marquent l'invention et le rayonnement de la médecine française de l'époque : Pinel, Bichat et Broussais dans la première partie du siècle renouvellent et fondent les connaissances médicales modernes ; Claude Bernard et Louis Pasteur confortent et approfondissent en laboratoire l'œuvre pionnière, plutôt dans la seconde moitié du siècle, et prolongent leurs découvertes d'applications thérapeutiques (asepsie, transformation et généralisation des procédures de vaccination). Aux premiers sont attachés la construction de la médecine anatomo-clinique : au sein d'une réorganisation hospitalière, pédagogique et professionnelle, Pinel définit le regard clinique, faisant alterner l'interrogation verbale et l'observation sensorielle la plus attentive, comme une analytique des lieux successifs du corps ; Bichat, en introduisant l'anatomie pathologique, fait pivoter le regard des médecins pour lire dans ce qui témoigne de leurs échecs la base de leur vérité : les lésions organiques invisibles sans le scalpel de l'autopsie ; Broussais, en fondant la physiologie, rend compte des différentes formes d'inflammation, de l'articulation des altérations locales et d'ensemble, et

---

[36] Anne MARCOVITCH, L'introduction de la vaccination jennérienne, un révélateur des idéologies et des politiques de santé, *L'Année sociologique,* 36, 1986.

[37] Olgierd KUTY, Les innovations scientifiques dans le champ sanitaire (1750-1825), suivi de Jean-Pierre GOUBERT, La production du "champ sanitaire" : une lecture d'historien, *Sciences Sociales et Santé,* n° 3-4, septembre 1983.

[38] Pour une histoire de la médecine, en France, au XIXème siècle, voir en particulier Jacques LÉONARD, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs,* Paris, Aubier-Montaigne, 1981.

établit définitivement la maladie comme "mouvement complexe des tissus en réaction à une cause irritante[39]".

Claude Bernard développe la médecine expérimentale en passant à l'expérimentation *in vivo* : la pathologie de Bichat devient une application de la physiologie. Avec lui, l'expérience n'est pas seulement moyen de vérification (à la manière des anciens empiristes qui travaillaient dans la discontinuité) : il ne suffit pas de provoquer des phénomènes ; encore faut-il "le faire de telle façon qu'on les insère dans un déterminisme connu", de telle sorte que la production d'un fait soit en même temps production de connaissance à des fins pratiques :

> "Claude Bernard propose, dans une formule aux résonnances cartésiennes, «une médecine capable de descendre dans l'intérieur de l'organisme et de trouver le moyen de modifier et de régler jusqu'à un certain point les ressorts de la machine vivante»[40]".

Louis Pasteur conforte ce travail de laboratoire d'un autre point de vue, en apportant l'ouverture de la biochimie : il détermine la "cause irritante" des maladies infectieuses en montrant leur origine microbienne. Dans la perspective épistémologique bernardienne, il insère ses découvertes sur le choléra des poules, le charbon des brebis, la rage... dans une théorie générale de l'universalité de la vie microbienne et de la transmission des germes d'un individu à l'autre (contagion). Ses travaux ont ouvert le territoire de l'infiniment petit, où vont s'engouffrer des explorateurs bactériologistes et parasitologistes, tout comme celui des moyens de se protéger de ces infections (vaccins puis sérums, c'est-à-dire procédures prophylactiques et curatives).

La clinique reste, malgré les découvertes des "fondamentalistes", séparée, pendant une cinquantaine d'années, du laboratoire : ce sont les progrès de la chimie qui vont l'y faire pénétrer, vers 1870 selon Lichtenthaler[41]. Après avoir interrogé le malade et mené à bien son observation, on en vient à effectuer analyses d'urine et de sang, examens bactériologiques et analyse microscopique des tissus. Il reste qu'une totale intégration a beaucoup de mal à s'effectuer : les fondamentalistes gardent une orientation marquée vers les valeurs de découverte et de maîtrise du vivant, tandis que les cliniciens restent préoccupés par la guérison de chaque malade.

Parallèlement et antérieurement à ce travail d'élucidation des processus morbides se développe le courant de la médecine hygiéniste[42] dont le but est à la fois de promouvoir des réformes de l'organisation sociale et des mesures d'hygiène dont l'efficacité l'emporte alors

---

[39] Michel FOUCAULT (1963), op.cit., p. 194.

[40] François-André ISAMBERT, L'expérimentation sur l'homme comme pratique et comme représentation, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 68, 1987, pp. 23-24.

[41] Cité par François-André ISAMBERT (1987), op.cit., p. 26.

[42] On peut trouver une esquisse d'histoire de l'hygiène publique (et son interprétation) dans Christian SCHES, Hygiène publique et ordre social (Essai d'interprétation historique), *Les Temps Modernes,* 36ème année, n° 142, novembre 1980. Pour la période qui nous occupe, voir § III, Prophylaxie politique et prophylaxie médicale, pp. 908-929.

sur les médications 'douteuses' de la clinique : l'hygiénisme va allier invariablement programme de santé et volonté d'organiser la société. Le projet en a été ébauché par les Encyclopédistes.

> "Mais cette pensée, inaugurée par Turgot, puis affirmée avec force par la Constituante, demeurera la préoccupation la plus constante des artisans du programme sanitaire, et ce jusque vers 1920, quand l'idée de prévention voudra, à l'inverse, libérer la médecine sociale du carcan trop étroitement administratif scellé pour elle dans la loi, de 1902 ; encore convient-il d'observer que ce souhait de voir s'assouplir la relation de la médecine sociale avec la puissance publique intervient peu ou prou au moment où l'hygiéniste pénètre - discrètement - l'appareil d'État[43]."

En 1829 paraît le premier numéro des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* . Le titre même de la revue est à lui seul l'indicateur de tout le projet : l'hygiène n'est pas seulement un instrument, elle doit se faire législatrice. Une seconde fois en ce siècle, mais c'est le fait de Durkheim et de sa sociologie, la santé apparaît comme concept opératoire dans les projets d'organisation de la société, à travers la distinction du normal et du pathologique, qui traduit cette volonté de passer d'un "impératif logique (à) un impératif pratique[44]." Entre les deux, le fil rouge du saint-simonisme. Peut-être la figure emblématique de 'l'hygiénisme accompli' est-elle finalement apparue au siècle suivant en la personne de Robert-Henri Hazemann (1897-1976), qui s'est revendiqué du titre de "médecin-sociologue"[45] ! Mais il s'agissait déjà d'une autre vision de l'hygiène, moins de prévention que de standardisation...

L'hygiénisme du XIXème siècle vise la salubrité, mais au travers de réformes sociales : il dénonce le paupérisme aussi bien que les conditions de travail, d'urbanisation et de logement. A ses côtés se développe une première forme d'épidémiologie sociale, déjà initiée au XVIIIème siècle par Lind (médecin de la Royal Navy) et, en France, par Boisguilbert et Deparcieux. Citons encore quelques figures exemplaires de cette démarche au siècle dernier : les travaux de Villermé sur les ouvriers du textile de la France industrielle du nord et de l'est ; ceux de Stanway en Angleterre et de Quételet en Belgique comparant le développement staturo-pondéral en fonction de critères socio-économiques[46]. On peut rapporter à

---

[43] Lion MURARD et Patrick ZYLBERMAN, La raison de l'expert ou l'hygiène comme science sociale appliquée, *Archives Européennes de sociologie,* XXVI, n° 1, 1985, p. 58. La loi de 1902 rend la vaccination obligatoire, tout comme l'équipement des villes en 'bureaux d'hygiène' (cf. Jacques, LÉONARD (1981), op.cit., pp. 312-313).

[44] Jean-Michel BERTHELOT, Les règles de la méthode sociologique ou l'instauration du raisonnement expérimental en sociologie, in Émile DURKHEIM, *Les règles de la méthode sociologique,* Paris, Flammarion, Coll. Champs, 1988, pp. 48-50.

[45] Lion MURARD et Patrick ZYLBERMAN (1985), op.cit., p. 66.

[46] On trouvera une esquisse de cette histoire des enquêtes sanitaires et sociales, tant en Angleterre qu'en France, dans l'ouvrage de Gérard LECLERC, *L'observation de l'homme. Une histoire des enquêtes sociales,* Paris, Le Seuil, 1979. Voir en particulier le ch. 9, § I. La distribution de la santé, fait social.

l'hygiénisme toute une série d'aménagements de diverses natures : la dissociation des réseaux d'adduction des eaux, potables et usées, n'est pas le moindre.

L'hygiénisme social n'a pas qu'une portée collective. Une partie du discours médical hygiéniste tente par ailleurs de définir un autre espace de rapport du sujet à son corps : au lieu de le réduire à la classique conservation de la santé, on va insister sur la présence au monde dans et par le corps, sur le constant "souci de soi". L'hygiène est alors affaire d'éducation des sens par une quête de diversité qui offre la palette de tous les plaisirs possibles, et dont le principe est l'autorégulation[47].

La troisième phase de la transition épidémiologique, on l'a vu, tend à la disparition des maladies infectieuses et à l'augmentation des pathologies dégénératives. Les courbes de mortalité infantile des pays occidentaux industrialisés, au cours du XXème siècle, témoignent du premier phénomène. Pendant cette période, l'enfance pharmacologique du siècle passé a atteint une certaine maturité : diverses découvertes d'avant la seconde guerre mondiale, qui révolutionnent les thérapeutiques curatives, atteignent un maximun de diffusion dans les sociétés modernes. Ainsi, à la
fin des années 80, on disposait, en France, de plus de 170 préparations d'antibiotiques divers. La physique apporte sa contribution à la médecine de plusieurs manières, mais c'est la découverte de Röntgen en 1896 ('les rayons X') qui connaît l'une des diffusions les plus rapides de l'histoire de la médecine moderne : sain ou malade, le corps devient transparent ; on apprend à lire avec de plus en plus de finesse l'écran fluorescent ou les

[47] Roselyne REY, Hygiène et souci de soi dans la pensée médicale des Lumières, *Communications,* n° 56, 1993.

Source : *Le Monde,* 13 septembre 1985.

plaques photographiques selon la densité des parties du corps que ces rayonnements traversent : la révolution radiographique fait sentir ses effets un demi-siècle durant, avant que l'imagerie par ultra-sons, la scannographie, la résonance magnétique... ne soient inventées ; radiothérapie et radiumthérapie sont associées dans le traitement de certains cancers.

Selon Jean Hamburger[48], la révolution thérapeutique à la fois la plus silencieuse et la plus extraordinaire depuis les années 50 a été le bouleversement des

> "principes mêmes de l'action thérapeutique, au moins dans les situations aiguës et graves. L'enseignement traditionnel énonçait que l'intervention du médecin n'était vraiment agissante que s'il pouvait supprimer la cause de la maladie. (Or on s'est aperçu) que le traitement des <u>conséquences</u>, et non des causes, de la maladie pouvait jouer un rôle essentiel dans la guérison d'une affection sévère. (...) Voici un malade dont un traumatisme, ou une infection, ou une agression toxique, a suspendu pendant huit à dix jours le fonctionnement rénal. Au début de ce siècle, il était à coup sûr condamné à une mort certaine. Aujourd'hui, alors même qu'on ne peut rien contre la cause de cette anurie, la seule correction de ses conséquences permettra la guérison."

Une telle mutation est au principe de la réanimation médicale, qui consiste à prendre, pendant le temps nécessaire, le contrôle du milieu intérieur tant que l'organisme 'est en panne'.

Au moment où nous atteignons le quatrième stade du cycle de la transition épidémiologique, caractérisé par un infléchissement de la croissance des taux de mortalité dus aux maladies dégénératives, il semble que des progrès de la technologie médicale (entendue au sens large défini plus haut) soient également au rendez-vous. Entre les années 60 et 80 selon les pays (il s'agit toujours de ceux qui relèvent des sociétés industrialisées modernes, exceptés les anciens pays de l'Est), la mortalité cardio-vasculaire s'est stabilisée et a diminué, tant à la fin de la vie adulte qu'au cours de la vieillesse. Chirurgiens et cardiologues ont appris à intervenir dans de meilleures conditions (les plateaux techniques hospitaliers spécialisés se sont améliorés) tandis que la médecine générale surveille et traite les deux principaux facteurs

[48] Jean HAMBURGER, La révolution thérapeutique, *Le Monde,* 16 avril 1992.

de risques de ces maladies : les tensions artérielles élevées et des taux de cholestérol trop importants dans le sang.

Alors que les cancers sont au second rang des causes de mortalité, leur évolution reste très contrastée, même si on peut noter une stabilisation globale : fort recul du cancer de l'estomac, légère diminution des cancers de l'œsophage et de la prostate, brusque augmentation des cancers du poumons et de la cavité buccale, chez les hommes ; la plupart des cancers orientés à la baisse, sauf le cancer du sein toujours en croissance, chez les femmes. Les traitements médicaux contre les cancers se sont multipliés et diversifiés mais leur efficacité reste variable selon le type de cancer et le moment de sa détection.

Il reste que ces deux siècles de transition épidémiologique sont marqués par une amélioration incontestable de la santé des populations. L'un des indices avancés de cette bonification est la taille. Tout comme les habitants des pays industrialisés, les Français ont grandi[49]. Dans les années 1830-1850, les conscrits mesuraient en moyenne 1,62 m ; un siècle plus tard on est passé à 1,72 m . Mais le conscrit de 20 ans en 1850 n'avait pas encore atteint sa taille définitive : il pouvait atteindre 1,65 m à 25 ans ; dans les années 70, la taille définitive est acquise chez le conscrit de 19-20 ans. Les jeunes de cette fin de siècle ont une stature plus élevée que celle des générations du siècle précédent et ils l'acquièrent définitivement plus tôt. En outre, il semble que l'augmentation moyenne de la taille 's'accélère', du moins pour le sexe masculin : entre 1970 et 1980, les hommes ont encore gagné un centimètre. Bien sûr, il s'agit là de moyennes qui méritent d'être reconsidérées à la lumière d'autres critères : on y reviendra.

[49] Alain CHARRAUD ET Hélène VALDELIEVRE, La taille et le poids, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1984, pp. 402-404.

2. De la transition épidémiologique à une transition sociologique ?

Un tel phénomène massif de recul de la mortalité à des âges élevés, d'accroissement de la durée moyenne de vie et d'amélioration de la santé des populations n'est-il pas l'expression du progrès général de la civilisation ? N'est-il pas possible de mettre en relation le cycle de la transition épidémiologique avec ce que l'on pourrait appeler 'transition sociologique' pour souligner qu'il existerait une solution de continuité entre les deux ? Compte tenu de l'association déjà établie entre transitions démographique et épidémiologique, peut-on conclure à une triple transition des sociétés modernes en longue durée ?

De telles questions ne sont évidemment pas neutres : pour tenter d'y répondre, il est nécessaire d'en saisir et d'en déjouer les présupposés. Sous les termes d'amélioration, de progrès, de civilisation, filent souvent associations et connotations d'évolution, avec des jugements de valeur qui l'accompagnent : on oppose, par exemple, le sauvage au civilisé et l'on valorise le second. Tentons, à la suite de l'ethnologue Alain Testart[50], de démêler quelques ambiguïtés.

L'évolutionnisme social, contrairement à l'évolutionnisme biologique plus accepté, même s'il fait l'objet de virulentes attaques[51], est souvent rejeté à partir d'arguments contestables. Dire qu'il y a évolution des techniques peut être considéré comme métaphorique, dans la mesure où un outil n'en produit pas un autre, contrairement à ce qui se passe au sein d'une espèce : s'il est évident que les sociétés fabriquent leurs instruments et qu'en se reproduisant elles les reproduisent, il en découle qu'une technique est à la société ce qu'un squelette est à tel ou tel type d'espèces vivantes. On objecte encore que la contemporanéité des phénomènes

---

[50] Alain TESTART, La question de l'évolutionnisme dans l'anthropologie sociale, *Revue française de sociologie,* XXXIII, n° 2, 1992.
[51] Pierre THUILLIER, Bible et science : Darwin en procès, *La Recherche,* n° 123, juin 1981.

observés (par exemple, la fusée dans les sociétés modernes contemporaines au regard de la voiture à cheval circulant dans les villes actuelles des pays du sud) rend illusoire la construction de séries temporelles : à ce compte, au nom du fait que la tortue est 'contemporaine' de l'homme, il faudrait dire qu'il est factice de prétendre que la forme animale 'reptile' est antérieure à la forme animale 'mammifère', ce qui est absurde.

Si, avec le darwinisme, l'humanité se rapproche 'dangereusement' de l'animalité, - avec l'évolutionnisme social, c'est le civilisé qui devient proche parent du 'sauvage' ou du 'primitif', et cela suffit à créer le 'scandale' : montrer des différences, mettre en évidence des états successifs a une portée d'autant plus critique qu'on montre des continuités entre l'antérieur et ce qui suit, qu'on réduit de fausses différences souvent au fondement de quelque prétendue supériorité. Mais le paradoxe se poursuit quand on se saisit des différences réelles pour les réintroduire dans une idéologie du progrès de sorte qu'on joue des classes de sociétés ou de groupes sociaux sur un axe normatif de valorisation/dévalorisation. Pourtant rien n'implique que l'évolutionnisme intègre un jugement dépréciatif des états antérieurs ; en même temps, il n'est pas impossible de trouver des critères qui rendent la notion de progrès plus objective : sur le plan des techniques, l'efficacité permet de décrire un écart objectivement perceptible, ce qui ne veut pas dire que l'évolution technique marche de pair avec le progrès social et le progrès moral.

Compte tenu de ces remarques, il est clair que nous chercherons par la suite à lier des états différents et successifs des régimes démographiques et épidémiologiques avec des transformations du système social, sans préjuger du fait que des états et changements sont supérieurs à d'autres. Existe-t-il des transformations des organisations sociales en Europe, significatives au regard des transitions précédemment décrites ?

Il existe un second piège quant à la description et à l'intelligibilité de ces évolutions : quel est le ressort de telles transformations ? De façon maintenant classique s'affrontent deux positions principales[52] : les changements sociaux sont expliqués pour les uns par les projets et les actions d'individus réformateurs ou révolutionnaires qui emportent peu à peu la décision du plus grand nombre, puis de tous, à moins qu'ils ne mettent en place des institutions de verrouillage et de contrainte pour imposer leur dessein ; d'autres considèrent avec mépris une telle explication et lui opposent une interprétation selon laquelle les structures et processus historiques résultent d'une action de forces anonymes dont les individus sont les jouets plus qu'ils ne les orientent. Cette dernière position se subdivise en deux perspectives : la première, par analogie avec la biologie, considère que l'histoire humaine est affaire de changements cycliques (la réflexion sur la décadence y tient une large place) ; la seconde, plus optimiste et

[52] On trouvera de plus amples développements dans les ouvrages suivants : Georges BALANDIER (sous la direction de), *Sociologie des mutations,* Paris, Ed. Anthropos, 1970 ; Raymond BOUDON, *La place du désordre,* Paris, PUF, 1984 ; Henri MENDRAS, Michel FORSÉ, *Le changement social,* Paris, Armand Colin, 1983 (cf. en particulier le ch. 5, Du déterminisme à l'interactionnisme).

grandiose, intègre les discontinuités dans la stricte orientation d'une évolution sans retour, dans le sens d'un progrès inéluctable quels que soient les 'bégaiements' de l'histoire. Est-il imaginable de penser des individus sans société, et inversement des sociétés sans de véritables individus ? Tel est le cercle vicieux auquel on se trouve confronté. Ce piège, comme on va le montrer, est lui-même produit par les transformations sociales dont on va s'occuper[53].

L'étude de la magie montre que cette forme de pensée et d'action est à l'œuvre en particulier quand les hommes veulent influencer des phénomènes sur lesquels ils n'ont pas de prise : la prospérité ou la ruine des troupeaux ou bien des récoltes, les maladies et autres phénomènes de la nature qui affectent profondément leur vie. Sa fonction vise à adoucir, voire à chasser, la conscience de l'angoisse, de l'insécurité et de la vulnérabilité qui émerge de ces situations dans lesquelles ils se sentent sous l'emprise de forces mystérieuses et incontrôlables. Elle leur donne le sentiment d'atteindre le sens profond des choses.

Quand un tel modèle est partagé par tout un groupe, il prend une telle force qu'il devient une conviction inébranlable, et qu'il est difficile de réduire la menace des phénomènes naturels faute d'adopter une autre posture de connaissance et d'action. Les hommes ont pourtant réussi à se dégager de ce traquenard dans leur rapport à la nature : par la science et la technologie, ils sont devenus capables d'intervenir à son endroit.

> "Rien n'est plus illusoire que cette nature supposée harmonieuse, équilibrée et pourvue d'une sorte de sagesse interne. On peut soutenir avec autant d'arguments que la nature est menaçante, désordonnée et cruelle. En fait aucune de ces images mythiques ne tient longtemps à l'analyse. Mieux vaut comprendre que la nature n'a jamais existé : elle a toujours été travaillée, façonnée par les mains humaines. Si elle l'est aujourd'hui davantage, ce n'est pas une raison pour condamner l'industrie (...) si un peu de technique engendre des inconvénients, beaucoup de techniques permettent de les combattre[54]."

Mais le piège qui a longtemps empêché l'humanité d'élaborer un autre type de connaissance et de pratique pour façonner la nature au lieu de lui être soumise, ne fonctionne-t-il pas pour penser la vie collective ? Ne sommes-nous pas d'autant moins capables d'affronter les problèmes sociaux de notre monde que nous sommes confrontés à des tensions et des conflits incontrôlables, issus de notre vivre-ensemble ?

> "Le cercle vicieux, le piège dans lequel on se trouve pris est le suivant : il est difficilement envisageable d'élever le niveau d'autodiscipline, le niveau de contrôle des désirs et des angoisses, - et par voie de conséquence celui de l'objectivité de la pensée et

---

[53] Norbert ÉLIAS, *La société des individus* Paris, Fayard, 1991. Nous allons reprendre ci-dessous un certain nombre d'arguments de cet ouvrage, en particulier ceux du Ch. II, Conscience de soi et image de l'homme, pp.109-203.

[54] Un entretien avec François DAGOGNET, "Plier l'homme à la nature est la pire des aliénations", *Le Monde,* 2 novembre 1993.

de l'observation, - dans le travail de réflexion sur l'univers humain, tant que la menace de l'homme par l'homme, les tensions et les conflits de tous ordres tiennent une large place et que le niveau de contrôle de ces tensions et ces conflits reste relativement faible ; et il paraît difficile de soumettre plus largement ces tensions et ces conflits au contrôle humain, tant que l'affectivité occupe une place relativement importante dans la pensée et la perception en la matière, et tant que leur objectivité reste relativement faible[55]."

Nous voudrions montrer que les transformations qui ont permis les progrès des sciences de la nature ont constitué une entrave pour penser autrement notre rapport aux autres et à l'environnement. Même si nous n'avons pas les moyens de l'établir de façon irrécusable, nous pouvons faire l'hypothèse que notre adhérence à des fantasmes collectifs en matière d'altérité naturelle et sociale (fantasmes que nous prenons pour des idées objectives) n'est pas sans rapport avec l'apparition et l'installation des maladies dégénératives et des 'sociopathies'.

On a indiqué ci-dessus que les progrès médicaux qui paraissent accompagner les transitions, démographique et épidémiologique, plongent leurs racines dans l'humus fécond des Lumières. On a rappelé combien l'interventionnisme sur les phénomènes naturels et humains se fondait sur le projet global de connaissance et de domination des processus, que Descartes a été le premier à formuler.

C'est lui aussi qui, par son entreprise de doute méthodique, place la conscience de l'existence individuelle au cœur du monde, en une nouvelle et radicale indépendance par rapport aux traditions et aux autorités religieuses : les changements dans les conditions de vie et les rapports de pouvoir à la fin de l'Occident médiéval sont les conditions de possibilité de cette perte d'évidence de l'image et de l'expérience de soi comme élément de la création divine, telles qu'elles étaient définies par l'Eglise. Grâce à la distance temporelle qui nous sépare de cette époque, on perçoit bien l'étroite relation entre ce passage d'une pensée surtout autoritaire à une pensée plus autonome ainsi que l'envol d'un individualisme naissant. Il se manifeste à travers un accroissement de la mercantilisation et de la mobilité géographique, une étatisation croissante et la montée d'une bourgeoisie urbaine qui s'enrichit : l'enjeu en est la formation plus autonome de la conscience individuelle.

Tout autant que l'émancipation des sciences de la nature, le mouvement physiocratique, le colbertisme économique et administratif ainsi que la médecine des Lumières s'inscrivent dans ce courant d'individualisation[56], d'autonomisation et de tentatives pour maîtriser ce qui paraissait relever jusqu'alors du destin, entre autres choses la fécondité et la mortalité ; au sein des cités prospères de marchands et de banquiers, la précarité du pouvoir politique (en

[55] Norbert ÉLIAS (1991), op.cit., pp. 134-135.

[56] Louis Dumont aussi bien que Marcel Gauchet décèlent une première impulsion de ce processus dans le développement de certains traits du monothéisme juif par le christianisme. De son côté, Max Weber souligne que la Réforme protestante a tout particulièrement contribué à développer l'individualisation par sa vision du caractère électif et sélectif du salut.

particulier en Italie) incite à développer un esprit de calcul, d'ambition et de volontarisme personnels : *le Prince* de Machiavel est né. Bien sûr les contemporains de ces changements n'ont pas une conscience claire de la discontinuité historique dont ils participent : que nous la percevions aujourd'hui a le mérite de nous faire prendre conscience que notre vision 'individualiste' de l'homme n'a pas l'éternité et l'universalité supposées mais qu'elle est fille de la Renaissance.

Prolongeons encore l'analyse : une telle transformation socio-culturelle a son revers. Au moment où Descartes exprime cette expérience de lui-même en tant que penseur et observateur autonome, aussi bien acteur capable d'infléchir le cours du monde, l'individu se conçoit comme corps parmi tous les autres corps, faisant partie de la réalité qu'il observe : un tel acte de détachement a pour contrepartie la production d'un gouffre entre sujet connaissant et monde des objets de sa connaissance, entre l'individu et la société. Au dualisme corps/âme se substitue le dualisme corps/raison dont toute la philosophie des siècles suivants tente de trouver l'articulation ou le dépassement.

Une telle révolution de la pensée s'accompagne d'une transformation non moins radicale au niveau de la socialisation : régulation et contrôles sociaux s'intensifient dans l'éducation des enfants. «Ne touche pas à ça», «ne la bats pas», «tu n'as pas honte ?», «tiens-toi tranquille»... constituent autant d'injonctions pour amener les petits d'homme à différencier leurs pulsions, leur sensibilité ou leur pensée et les mouvements musculaires ou les activités qui les accompagnent : au lieu d'agir comme ils ressentent, de dire comme ils pensent, ils sont progressivement amenés à dissocier le désir, la pensée, l'action en pensée et son accomplissement effectif. Ce qui est d'abord une prescription sociale, devient par la suite et peu à peu une 'seconde nature' du sujet, dont le principe est de censurer tout passage à l'acte immédiat, c'est-à-dire de contrôler les tendances spontanées à l'action[57].

Dans les sociétés européennes, à partir du XVIème siècle, on observe le passage de la courtoisie chevaleresque à la civilité des sociétés de cours, de l'intense dépense physique sous-jacente aux chevauchées des preux à la lente évolution dans les salons d'une aristocratie raffinée. Ce mouvement de "civilisation"[58], de longue durée, opère un changement dans les rapports sociaux, les relations sociales et la sensibilité : la violence physique virtuelle ou actualisée, entre le suzerain et le vassal dans les guerres et les duels, dans les soulèvements et les jacqueries entre seigneurs et serfs, se transforme peu à peu en violence symbolique jusqu'à ce que l'État de droit garantisse la liberté et l'égalité de chacun et de tous.

Sur le plan des relations sociales s'effectue aussi un changement progressif : on passe de la promiscuité à la distance, d'un engagement corporel total dans l'activité à une culture du 'don d'observation' pour déceler la position de l'autre et ses mobiles, d'attitudes 'simples et

---

[57] Roger CHARTIER, Comment penser l'autocontrainte ? Entretien avec Roger Chartier sur l'œuvre de Norbert Élias, *Communications,* n° 56, 1993.

[58] Norbert ELIAS, *La civilisation des mœurs,* Paris, Calmann-Lévy, 1973 ; *La dynamique de l'Occident,* Paris, Calmann-Lévy, 1975 ; *La société de cour,* Paris, Flammarion, 1985.

naïves' à une multiplication diversifiée et complexe de présentations de soi. La sensibilité elle-même s'affine : par le contrôle des réactions impulsives, on cultive la délicatesse des sentiments ; les mouvements corporels occupent moins d'espace de façon à respecter ce qui est en passe de devenir le 'tabou du toucher' tandis que l'on accorde plus d'importance aux sens qui s'exercent à distance (en particulier la vue et l'ouïe) que l'on éduque à des plaisirs de plus en plus subtils (évolution des arts plastiques, de la musique et de la littérature, dont les auteurs signent les œuvres contrairement à la période antérieure).

Finalement l'écart se creuse entre les comportements de l'enfant et ceux de l'adulte : tant qu'il n'est pas 'civilisé', il va rester entre les mains des servantes et des précepteurs, avant qu'on ne crée pour lui une institution spéciale : l'école. Ce mouvement socio-culturel de longue durée se cristallise en un accomplissement quasi-synchronique au cours de la vie individuelle :

> "Lorsque l'amour et la haine peuvent aisément et spontanément se traduire en actions - et par conséquent lorsque la vie collective entre les hommes, si elle n'est pas placée sous la surveillance de puissants organes de contrôle social, est relativement constante et mal assurée -, les individus entrent en contact les uns avec les autres et ils ont tout naturellement d'intenses exigences affectives les uns avec les autres, exigences qu'ils satisfont ou non, qui apportent de la joie ou de la peine. Lorsque ces impulsions ne peuvent se traduire en actions que sous une forme atténuée, retardée, indirecte et en tout cas dans le cadre d'un contrôle de soi puissant et bien établi, l'individu a nécessairement le sentiment d'être séparé des autres et du reste du monde par un invisible rempart (...) ce rempart invisible se confond, dans la façon dont il est ressenti, avec le corps tangible : c'est le corps, se dit-on alors, qui sépare comme un mur l'homme des autres hommes"[59].

Ce sentiment nouveau d'être un individu, d'être soi avant d'être membre d'une collectivité ou communauté, fait du corps un objet en même temps qu'un facteur d'individuation : dissocié du sujet auquel il prête un visage, il échappe au tabou théologique interdisant l'effraction de l'outil dans la personne humaine, fruit de la création divine ; désormais il est disponible pour le scalpel des anatomistes : Léonard de Vinci et Vésale ouvrent la voie à une pratique qui se généralisera dans les facultés de médecine. A la suite, on l'a déjà noté, "la médecine, porteuse du savoir en quelque sorte officiel sur le corps, fait de l'homme une sorte de propriétaire plus ou moins heureux d'une collection d'organes qui suivent leur bio-logique propre[60]."

Ce 'corps-mur' produit une intériorité dissimulée au regard des autres parce que son exposition au commerce social transgresserait la pudeur et aurait pour effet des sentiments de

---

[59] Norbert ELIAS (1991), op.cit., pp. 164-165.

[60] David LE BRETON, Dualisme et Renaissance. Aux sources d'une représentation moderne du corps, *Diogène,* n° 142, 1988, p. 43. Voir aussi du même auteur : Corps et individualisme, *Diogène,* n° 131, 1985.

gêne et d'angoisse : quand le contrôle et la répression des pulsions atteignent une puissance excessive dans les familles bourgeoises, l'époque est 'mûre' pour l'invention de la psychanalyse.

Il est non moins remarquable qu'au fur et à mesure que l'espérance de vie augmente, le temps de préparation à l'âge adulte s'élève également. Avant que jeunes gens et jeunes filles accèdent aux fonctions et aux responsalités de la vie sociale, ils mènent une existence à part : c'est 'l'invention' de l'adolescence[61].

> L'homme en général n'est pas fait pour rester toujours dans l'enfance. Il en sort au temps prescrit par la nature, et ce moment de crise, bien qu'assez court, a de longues influences. Comme le mugissement de la mer précède de loin la tempête, cette orageuse révolution s'annonce par le murmure des passions naissantes (...) L'enfant devient sourd à la voix qui le rendait docile (...) il ne veut plus être gouverné (...) C'est ici la seconde naissance dont j'ai parlé ; c'est ici que l'homme naît véritablement à la vie[62]."

Depuis les années 1970, cette adolescence devient 'interminable' parce que le temps de scolarisation s'allonge, que l'emploi n'est plus au rendez-vous à la fin des études, que le mariage ne coïncide plus avec l'entrée dans la vie active, que le début de la vie sexuelle n'attend pas le mariage, pas plus que la mise au monde d'enfants[63]. Une si longue attente contribue à façonner la croyance selon laquelle l'intériorité ressentie correspond à ce que l'on est par 'nature' tandis que la société est le monde de la contrainte extérieure. Sans doute cet idéal des individus en fonction duquel chacun vise à exister par lui-même et à satisfaire ses aspirations les plus personnelles selon ses propres qualités, aptitudes et compétences, constitue un élément fondamental de la personnalité : il n'est pas pour autant un élément 'naturel' ; il s'est élaboré en lui par une forme de socialisation nécessaire à une période de l'histoire humaine où les activités spécialisées se transforment (les machines se substituent progressivement à l'exploitation de la force musculaire humaine et animale) et se multiplient

---

[61] La plupart des sociétés sans écriture ne connaissent pas ce phénomène : l'enfant est 'transformé' en adulte par quelque rite de passage, sans ce délai d'adolescence caractéristique des sociétés socialement divisées par le travail et la redistribution de ses fruits. Sur les rites de passage, indiquons brièvement : Arnold VAN GENNEP, *Les rites de passage,* Paris, Ed. Nourry, 1909 ; John WHITING, Richard KLUCKHOHN et Albert ANTHONY, La fonction des cérémonies d'initiation des mâles à la puberté, in André LÉVY, *Psychologie sociale. Textes fondamentaux anglais et américains,* Paris, Ed. Dunod, 1972 ; Pierre BOURDIEU, Les rites d'institution, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 43, 1982. Sur la sociologie de l'adolescence, quelques pistes : Georges LAPASSADE, *L'entrée dans la vie,* Paris, Ed. de Minuit, 1963 ; Edgar MORIN, 1963 : Salut les copains, repris in *Sociologie,* Paris, Ed. Fayard, 1984 ; Jean-Claude CHAMBOREDON, La société française et sa jeunesse, in Darras, *Le partage des bénéfices,* Paris, Ed. de Minuit, 1966 ; Olivier GALLAND, *Sociologie de la jeunesse. L'entrée dans la vie active,* Paris, Ed. Armand Colin, 1991.

[62] Jean-Jacques ROUSSEAU, *Émile ou de l'éducation,* Paris, Garnier-Flammarion, 1986.

[63] Hervé LE BRAS, L'interminable adolescence ou les ruses de la famille, *Le débat,* n° 25, mai 1983, p. 121.

en déterminant une accélération croissante de la répartition des fonctions. Au fur et à mesure que la science et la technologie permettent d'accroître la maîtrise des phénomènes naturels, les individus prennent une conscience plus aiguë de leur incapacité à dominer leurs propres relations, c'est-à-dire à les 'réguler harmonieusement' : cette expérience de la contradiction entre désirs personnels et exigences sociales contribue aussi à étayer la croyance d'un écart entre individu et société.

De telles transformations de l'organisation sociale mettent les individus sous tension parce qu'elles les inscrivent au sein de deux exigences contradictoires : d'un côté, l'éducation les entraîne à se différencier des autres, à entrer en concurrence avec eux et à recevoir l'approbation générale pour leurs succès, à asseoir leur propre indépendance ; d'un autre côté, un frein et des limites sont imposés à un tel processus : au sein de ces limites, on demande au contraire le conformisme, c'est-à-dire la capacité de respecter les mêmes règles du jeu social que les autres, les mêmes valeurs 'universelles', et d'être semblable à autrui. Les difficultés qu'éprouvent les individus ne relèvent pas d'une contradiction entre leur propre 'nature' et le groupe social 'extérieur' : elles sont liées aux contradictions de la société elle-même. Cela ne signifie pas que la société aurait quelque prééminence : cela veut dire que la dualité 'individu/société' est irréductible à l'un ou l'autre terme, - et qu'elle est le produit à la fois des structures sociales et culturelles héritées de notre moyen-âge, et des hommes qui ont tenté de les penser et de les transformer. Comme le dit Jean-Paul Sartre, "l'homme fait quelque chose de ce qu'on fait de lui".

Un tel modèle, aux exigences si contradictoires, ne peut pas ne pas avoir d'effets sur le bien-être des populations : devoir gérer la pression de telles tensions a pour conséquence une usure physique et mentale qui n'est peut-être pas étrangère à l'augmentation des maladies dégénératives et des 'sociopathies', une fois qu'on a maîtrisé l'effet létal des maladies infectieuses. Les accidents de santé de cet ordre mettent du temps pour occuper l'avant-scène : on a montré que les processus de mise en forme de ce type de socialisation (prescrivant l'autonomie individuelle au prix d'un contrôle de soi qui réprime les pulsions premières et retarde les satisfactions à portée de main) s'insèrent dans la longue durée historique.

Esquissons un autre rapprochement : le modèle des exigences sociales contradictoires auxquelles notre civilisation soumet les individus qui apprennent 'normalement' à y faire face, n'est pas sans rappeler la théorie de la schizophrénie élaborée par l'École de Palo-Alto. Cette maladie mentale, explique Bateson et son équipe de psychiatres, est le produit d'un système familial placé sous double contrainte : un individu, pris dans une situation de relations intenses où opère une telle communication paradoxale, se trouve puni ou se sent très fortement coupable s'il insinue qu'il y a discordance entre ce qu'il perçoit et ce qu'il 'devrait' percevoir[64].

---

[64] Si un individu se trouve dans une situation chaleureuse au cours de laquelle on lui donne sans arrêt du "Sois spontané !", on le met en position d'avoir à désobéir pour obéir ou d'être

De ce long processus de 'civilisation', la médecine est à la fois témoin et co-participante : par l'inscription de son art au sein du mode de connaissance moderne, elle contribue à conforter les cadres sociaux de socialisation ; en même temps, elle met à la disposition des individus les moyens qu'elle invente pour diminuer ou soulager leurs tensions destructrices et auto-destructrices. Les soins prodigués par les médecins ne sont pas seulement des gestes techniques qui 'rétablissent' le corps : "le médical s'élargit du somatique au social." Dermatologues, médecins diététiciens, médecins du sport, chirurgiens de l'esthétique nous apportent "le corps de nos rêves de bonheur" ; en coupant le patient de ses 'groupes naturels' (famille, réseaux d'amis...) lors des consultations ou des hospitalisations, la médecine contribue à encourager l'autonomie individuelle et elle multiplie la création d'objets techniques médiateurs pour la conforter[65].

Alors même que la médecine, ses savoirs et ses activités apparaissent comme largement déterminés par les formes culturelles, politiques et économiques de l'époque moderne, elle agit également comme force rétroactive qui contribue à un plus haut degré d'individualisation. Plus l'individu peut se permettre de rechercher seul et avec ses seules forces des formes spécifiques de satisfaction et d'accomplissement, plus il s'expose aussi à des risques d'insatisfaction et d'échec. La médecine se présente alors à lui tantôt comme une offre de moyens adéquats pour mener à bien ses projets, tantôt comme une offre de techniques efficaces de réparation et de reconstitution de soi ; elle peut aussi bien aider l'individu dans sa quête de singularité et d'unicité (par exemple par la chirurgie esthétique ou l'emploi contrôlé de produits de 'mise en forme') que dans ses soucis de ne pas se faire remarquer (elle peut permettre de contrôler des symptômes gênants (par exemple, ceux de l'épilepsie) de façon à permettre d'accomplir les rôles sociaux ordinaires et d'échapper à la stigmatisation).

Un tel "individualisme assisté[66]" ne relève pas seulement de la médecine. L'exploration de son propre espace intérieur, l'évasion ou la contestation de la société, tout comme la quête des moyens d'une meilleure adaptation aux univers collectifs se réalisent également par l'utilisation de l'alcool et, plus récemment (du moins sous l'angle de leur utilisation en masse), des tranquillisants et des drogues. De tels usages "expriment une sensibilité croissante

---

d'une façon telle que s'il ne l'est pas, il l'est ... Se reporter à Paul WATZLAWICK, Janet Helmick BEAVIN, Don D. JACKSON, *Une logique de la communication,* Paris, Ed. du Seuil, Coll. Points, 1972, - et à Yves WINKIN (textes recueillis et présentés par), *La nouvelle communication,* Paris, Ed. du Seuil, Coll. Points, 1981.

[65] Ainsi de la banalisation de la pilule contraceptive : beaucoup de femmes non mariées s'abstenaient d'avoir des relations sexuelles par crainte d'être enceintes et de devenir l'objet de réprobation et d'exclusion sociales. Désormais, et quel que soit par ailleurs le comportement réel des femmes à ce sujet, c'est à chacune de choisir, indépendamment de cette forme de pression sociale. Cf. Victor SCARDIGLI, *La consommation, culture au quotidien,* Paris, PUF, 1983, pp. 180-181.

[66] Nous empruntons cette expression, ainsi que les remarques ci-après à : Alain EHRENBERG, Plaidoyer pour une réflexion politique sur les drogues, *Libération,* 30 novembre 1992.

à la souffrance psychique". Le fait que diverses institutions sociales, dont la médecine, s'efforcent d'en contrôler l'utilisation, tend à produire "la confusion entre pathologie mentale et malheur ordinaire", même si par ailleurs les dangers pour la santé sont réels.

Est-ce à dire qu'un tel modèle de 'civilisation' dont la mise en place progressive accompagne les transitions, démographique et épidémiologique, de l'Occident européen, soit indépassable, c'est-à-dire ne nous laisse d'autres perspectives que celles de quelques améliorations techniques[67] ? La réponse positive à une telle question nous ferait tomber dans "l'idéologie évolutionniste" (à ne pas confondre avec l'évolutionnisme !) : elle présupposerait un choix de valeurs qui est aussi un choix de société.

> "On peut admirer la domination croissante de l'homme sur la nature ou en tout cas en profiter, et en même temps regretter et critiquer le contrôle de soi et la répression des pulsions à court terme qu'elle implique. Dans le fond, nul ne sait si et dans quelle mesure le schéma souvent assez curieux de domination de l'instinct et de l'affectivité qui s'instaure au sein des différents groupes nationaux en imposant souvent de lourds renoncements à l'individu est véritablement nécessaire au fonctionnement du système de division du travail ou si d'autres schémas, moins coûteux et moins conflictuels, y réussiraient aussi[68]."

A ce modèle 'relativement optimiste'[69] de la mutation des sociétés européennes s'oppose le modèle plus 'tragique' qui se dégage de l'œuvre de Michel Foucault. Si cet auteur ne conteste pas le mouvement d'individualisation qui caractérise la modernité, il interroge la

---

[67] C'est la thèse de Francis Fukuyama, qui répond aux utopies socialistes du "grand soir" par "la fin de l'histoire", peu après l'effondrement du mur de Berlin : "la solution du problème de l'Histoire est achevée depuis la Révolution française", déclare-t-il dans un entretien au journal *Le Monde* , 25 février 1992.

[68] Norbert ELIAS (1991), op.cit., p. 202. On peut mesurer la portée d'une telle critique, sur un plan esthétique, à la lecture du roman de Kazuo Ishiguro, un japonais vivant en Angleterre depuis l'âge de 6 ans et fasciné par les rituels quotidiens de sa société d'origine aussi bien que par ceux de sa patrie d'adoption : *Les vestiges du jour,* porté à l'écran par James Ivory, témoigne de cette rigueur digne et sans faille qui constitue une carapace d'où ne peut sortir la moindre expression des sentiments sinon sous la forme d'une dissimulation légèrement ostentatoire, pour laisser apparaître un 'filet de vapeur' à peine perceptible du bouillonnement émotionnel intérieur. "Parce qu'il n'a pas de racines dans les particularismes et les partialités du groupe, il s'en tient à l'écart avec l'attitude spécifique d'objectivité," écrit Georg SIMMEL (Digressions sur l'étranger, in Yves GRAFMEYER et Isaac JOSEPH, *L'École de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine,* Paris, Ed. Champ urbain, 1979, p. 55) : proche et distant à la fois, le témoin étranger Kazuo Ishigouro a effectué une précieuse objectivation du mouvement de civilisation occidental, en particulier sur le plan de son coût affectif et du retentissement possible de celui-ci sur la santé (le père du héros meurt à la tâche d'une attaque d'apoplexie).

[69] Kevin WHITE, The Sociology of Health and Illness, *Current Sociology,* Vol. 39, n° 2, autumn 1991, p. 82 ou 134.

portée libératrice que la Révolution française a prétendu lui associer et lui 'consacrer'. Prolongeant l'analyse wébérienne de la bureaucratie, qui dégage les traits formels de sa domination légitime (monopolisation de l'usage légitime de la force et de la juridiction sur un territoire déterminé reposent sur un corpus de règles définissant l'exercice de l'autorité politique, corpus dont la légitimité est formellement reconnue à la correction des procédures engagées pour édicter les lois et à l'adéquation rationnelle des moyens aux finalités), Foucault examine les effets disciplinaires[70] du couplage de l'invention de formes de la subjectivité et de la découverte du corps, qu'elle requiert.

On l'a déjà indiqué, il existe en effet une interaction entre la prise de conscience de soi comme individu et l'objectivation du corps. Si, délaissant le niveau formel et abstrait des organisations bureaucratiques, on procède à une approche archéologique des pratiques, on observe de place en place diverses techniques (codes de comportements permettant à chacun de tenir son rang, dressages et apprentissages sévères pour préparer les individus aux tâches bureaucratiques ou industrielles, redressements disciplinaires pour intégrer ou réintégrer déviants ou malades dans la vie normale du corps social...) qui sont autant de dispositifs de contrôle social : les corps sont les cibles de technologies sociales visant à la confection de liens sociaux spécifiques, qui subjuguent les individus en les subordonnant les uns aux autres en particulier en fonction de normes déterminant la nature de la santé, de la compétence ou la distribution des richesses.

Ce qui caractérise ces dispositifs, c'est leur pouvoir d'assujettissement[71] : non seulement ils attachent l'individu aux autres, mais chacun se sent lié à lui-même par toutes ces caractéristiques qui le différencient des voisins, l'associent à des pairs et le soumettent aux supérieurs. Contre Marx, Foucault récuse que ces 'liens' relèvent de l'idéologie : ils sont le produit de pratiques coercitives ou incitatives, stimulantes ou intimidantes, qui renvoient à ce que chaque régime de sujétion <u>sait</u> et <u>fait</u> du corps des individus. Les premiers tableaux d'alimentation diététique qui apparaissent en Angleterre au XVIIIème siècle reposent sur le constat que les groupes dominants (aristocratie et bourgeoisie), vivant dans l'abondance, font une surconsommation de nourriture et de boissons alcoolisées et on suppose que cela va les conduire à l'obésité et à 'l'alcoolisme' (il faut attendre 1849 pour disposer de cette catégorie médicale), avec toutes les connotations morales d'anormalité et de déviance. Contre de tels risques, le médecin Cheyne propose des principes de frugalité pour une bonne digestion, seule garantie pour garder un esprit clair et rationnel, et dont la 'nécessité scientifique' s'impose à

---

[70] John O'NEIL, The disciplinary society : from Weber to Foucault, *The British Journal of Sociology,* Vol . XXXVII, n° 1, march 1986.

[71] Michel FOUCAULT, *Surveiller et punir. La naissance de la prison,* Paris, Ed. Gallimard, 1975.

ses yeux parce qu'une telle digestion assure la bonne circulation du sang et des autres liquides au sein du corps[72].

Plus généralement le regard clinique est l'un de ces régimes de sujétion : celui-ci se prolonge et se déplace au fur et à mesure que le regard, les connaissances et les pratiques médicales se transforment. David Armstrong[73] a tenté de faire une sociologie historique des déplacements de ce régime médical de sujétion pour la Grande Bretagne du XXème siècle : "Je pensais que la connaissance médicale décrivait simplement le corps (...) la relation est beaucoup plus complexe (...) la connaissance médicale à la fois décrit et construit le corps comme une réalité biologique constante." Mais l'évolution de la connaissance médicale a fait éclater une telle définition : le patient est perçu en tant que 'corps subjectif', dont on n'est pas capable de faire le tour à partir d'un seul point de vue ; "la personne entière est un être multi-dimensionnel plutôt qu'elle ne relève d'une seule composante". Cela entraîne de nouveaux modes de surveillance et d'évaluation.

On peut observer ce changement de régime dans un certain nombre de spécialités médicales : ainsi de la gériatrie qui s'efforce d'avoir une approche globale, via la gérontologie.

> "(...) l'incapacité physique liée au grand âge est traduite individuellement dans des termes spécifiquement sociaux, c'est-à-dire puisant dans l'histoire sociale de chacun, dans les modèles qui sont à sa disposition, qu'ils soient communs à un groupe social, familiaux ou retravaillés suivant ses expériences propres (...) la dépendance (déterminée sous forme de contraintes, de limites) n'est mesurable qu'en rapport avec l'autonomie, caractérisée de son côté sur un plan plus social. En un sens, personne n'est indépendant, puisque nous sommes liés les uns aux autres par des liens affectifs et sociaux, mais nous pouvons être plus ou moins autonomes, c'est-à-dire avoir à notre disposition des moyens de vivre avec plus ou moins de bonheur nos dépendances[74]."

Qu'il y ait une multiplication des points de vue sur le corps malade ne signifie pas que l'ancienne surveillance 'panoptique' ait disparu : dans les hôpitaux, des technologies médicales de plus en plus pointues permettent de se centrer sur une analyse de plus en plus fine du corps. En cette fin de XXème siècle, le 'corps subjectif', produit de connaissances qui démultiplient l'examen de ses composantes, coexiste avec le 'corps objectif' issu d'une connaissance qui approfondit toujours davantage ses aspects biologiques. On peut même discerner des espaces de conflits, latents ou actuels, entre ces deux régimes de sujétion : certaines formes de médecine générale contre les médecines spécialisées, soins hospitaliers

---

[72] Bryan S. TURNER, The government of the body : medical regimens and the rationalization of diet, *The British Journal of Sociology,* Vol. XXXIII, n° 2, june 1982.

[73] David ARMSTRONG, *Political anatomy of the body. Medical knowledge in Britain in the twentieth century,* Cambridge, Cambridge University Press, 1983.

[74] Serge CLÉMENT, "Je suis en bonne santé, mais je suis vieille, vieille", *Empan,* n° 7, février 1992, p. 61.

contre prises en charge 'communautaires', luttes autour de la gestion des grossesses et des accouchements...

De tels régimes d'assujettissement qui inscrivent le corps dans les espaces variés des disciplines du travail, de la famille, de la justice, de la santé..., sont-ils nouveaux ? Est-ce que l'individualisation qui leur est liée spécifie la mutation historique et sociale contemporaine des mutations démographiques et épidémiologiques ? Qu'est-ce qui a véritablement changé au niveau de la société ?

Pour Michel Foucault, la grande transformation s'opère au niveau du pouvoir et des modes de domination. Ces réalités n'ont rien de diabolique ou de nécessairement négatif, aux yeux de cet auteur : ce sont des concepts normativement neutres[75]. Le pouvoir, c'est tout simplement la capacité d'être ou de faire certaines choses ; c'est d'abord une propriété du corps en ce qu'il est capable de mouvements et, au niveau humain, d'actions. Capacité du corps, il est aussi ce qui s'exerce sur le corps : le pouvoir est exercé par des corps humains qui agissent sur des actions d'autrui ; lorsque l'action de l'un influe sur le champ des actions possibles de l'autre, lorsqu'elle a réussi à modifier les possibilités d'actions d'autrui, il existe bien un "pouvoir exercé sur", tout à fait inévitable dans l'interaction sociale. Il ne saurait exister de société, de groupe social, de relation sociale sans relations de pouvoir.

Qu'une action infléchisse les possibilités d'actions d'autrui, ne signifie pas qu'elle soit accomplie nécessairement au détriment des intérêts de l'autre partie : donner des conseils à quelqu'un, lui offrir son appui moral ou financier, lui transmettre des connaissances ou des 'tours de main' supposent bien un 'pouvoir exercé sur', sans que l'autre le vive comme inacceptable. Une correction à la définition du pouvoir s'impose cependant : son exercice n'implique pas nécessairement la modification des actions des autres car ils sont eux-mêmes des sujets de pouvoir ; cela ouvre, bien sûr, la possibilité de conflits : Foucault écarte pourtant l'hypothèse de Hobbes, selon laquelle le conflit serait une situation typique de relations sociales.

Une telle détermination du pouvoir a pour effet de le relativiser : "là où il y a pouvoir, il y a résistance[76]." Parce que les individus sont des sujets de pouvoir, il leur est toujours possible de résister. Il est vrai qu'une telle possibilité peut s'évanouir et que le 'pouvoir exercé sur' peut devenir unilatéral et partial : ainsi s'établit la domination, en tant qu'elle bloque et fige la relation de pouvoir en sa répartition asymétrique. La domination a pour conséquence le contrôle plus ou moins prévisible des actions des autres selon des objectifs déterminés, tel celui de retirer des avantages des actions d'autrui. Encore faut-il se garder de faire une lecture

---

[75] Paul PATTON, Le sujet de pouvoir chez Foucault, *Sociologie et sociétés,* Vol. XXIV, n° 1, printemps 1992. Nous suivons dans ce qui suit l'argumentation de cet auteur.

[76] Michel FOUCAULT, *Histoire de la sexualité. 1. La volonté de savoir,* Paris, Gallimard, 1976, p. 125.

normative de ce concept : la domination n'est pas mauvaise en soi, parce qu'il n'y a pas toujours et nécessairement transfert de capacités et d'avantages d'une partie à l'autre.

En quoi les modes de pouvoir et de domination se sont transformés au moment de l'émergence de la modernité ? Foucault lit cette mutation dans la transformation de la théorie de la souveraineté. Jusqu'au XVIIIème siècle, l'un des attributs essentiels de la souveraineté est le droit de vie et de mort. Cela veut dire que la vie et la mort des sujets ne sont des droits qu'en fonction de la volonté du roi. Ce don du droit de vie s'exprime notamment dans la tradition française et anglaise du 'toucher des écrouelles' : à des intervalles plus ou moins réguliers, souvent aux grandes fêtes religieuses, le cérémonial consistait en ce que le roi, après avoir communié sous les deux espèces, touche les plaies 'inguérissables' de chaque malade en prononçant une formule rituelle. Le droit de mort est un droit de glaive : il s'exerce à titre de sanction comme droit de tuer les coupables. L'exercice de ce double droit est évidemment déséquilibré, du côté de la mort : le 'toucher des écrouelles' ne donne pas la vie ; seulement il laisse (mieux) vivre.

Cet ancien droit de souveraineté est atténué et complété progressivement par un pouvoir inverse : "pouvoir de faire vivre et de laisser mourir"[77]. Ce qui s'exprime dans les débats des théories politiques s'aperçoit à l'oeuvre au niveau des pratiques : les technologies disciplinaires, centrées sur le corps individuel, qui visaient la distribution des corps pour en organiser la visibilité par le dressage, l'exercice, l'observation clinique, etc., sont intégrées au cours de la seconde moitié du XVIIIème siècle dans une technologie de pouvoir plus vaste qui vise l'homme vivant, l'homme-espèce (et non plus l'individualisation de l'homme-corps) : il s'agit d'exercer un pouvoir sur les populations pour en connaître et en minimiser les facteurs de soustraction des énergies (diminution du temps de travail, coût des soins), consacrées plus utilement au développement de la techno-industrie conquérante.

> "Concrètement, ce pouvoir sur la vie s'est développé depuis le XVIIème siècle sous deux formes principales ; elles ne sont pas antithétiques ; elles constituent plutôt deux pôles de développement reliés par tout un faisceau intermédiaire de relations. L'un des pôles, le premier, semble-t-il, à s'être formé, a été centré sur le corps comme machine : son dressage, la majoration de ses aptitudes, l'extorsion de ses forces, la croissance parallèle de son utilité et de sa docilité, son intégration à des systèmes de contrôle efficaces et économiques, tout cela a été assuré par des procédures de pouvoir qui caractérisent les *disciplines : anatomo-politique du corps humain.* Le second, qui s'est formé un peu plus tard, vers le milieu du XVIIIème siècle, est centré sur le corps-espèce, sur le corps traversé par la mécanique du vivant et servant de support aux processus biologiques : la prolifération, les naissances et la mortalité, le niveau de santé, la durée de vie, la longévité avec toutes les conditions qui peuvent les faire varier ; leur

[77] Michel FOUCAULT, Faire vivre et laisser mourir : la naissance du racisme, *Les Temps Modernes,* 46ème année, n° 535, février 1991, p. 39.

prise en charge s'opère par toute une série d'interventions et de *contrôles régulateurs : une bio-politique de la population.* (...) La mise en place au cours de l'âge classique de cette grande technologie à double face (...) caractérise un pouvoir dont la plus haute fonction désormais n'est peut-être plus de tuer mais d'investir la vie de part en part[78]."

Aux technologies disciplinaires du pouvoir se surajoutent des technologies de régularisation pour maintenir l'équilibre aléatoire des populations : ce sont elles qui visent le contrôle des transitions, démographique et épidémiologique. Ce transfert, ou plutôt cette globalisation des technologies du pouvoir a pour effet de disqualifier progressivement la mort : que celle-ci soit devenue tabou tient moins à un déplacement de l'angoisse ou à la modification des mécanismes répressifs qu'à cette transformation des modes d'exercice du pouvoir et de leurs objectifs. Quand le pouvoir vise à majorer la vie en essayant d'en contrôler les aléas, la mort est sa limite : elle se situe hors de son emprise. Ce sur quoi il a prise, c'est la mortalité : la mort devient affaire privée, affaire d'intimité[79].

Une telle emprise du pouvoir, sous ses formes disciplinaires et régulatrices (ce qui rejoint par certains aspects le modèle d'Élias), relève-t-elle d'une domination inacceptable ? Une telle question paraît relever d'une éthique politique. Reste le constat que

> "les hommes ont beau reconnaître leur identité dans les liens qu'on leur invente, ils ne les éprouvent pas moins comme des entraves ; entraves sans doute nécessaires pour bien tenir sa place, ou encore pour se sentir «vraiment soi-même», mais qui s'avèrent néanmoins contraignantes, douloureuses, souvent humiliantes, et au-delà d'un certain seuil, proprement révoltantes[80]."

L'enjeu ne se situe donc pas autour de la 'malignité' du pouvoir ou de la mise à l'écart de la domination (certains effets de domination peuvent ne pas être inacceptables) : il est dans la nécessité d'une autre économie des relations de pouvoir, nécessité dont témoignent les forces de résistance. Pour Foucault, la nécessité d'un dépassement de la modernité découle du constat que les sociétés occidentales, depuis leur mutation à l'ère des Lumières, ont lié l'accroissement des capacités humaines à l'intensification des rapports de domination : à l'horizon de son anti-humanisme théorique se profile l'idée de formes de pouvoirs réversibles et non coercitives. La critique, dit-il, qu'elle soit théorique ou pratique, "sera axée sur les «limites contemporaines du nécessaire», c'est-à-dire ce qui n'est pas ou n'est plus indispensable pour nous constituer en sujets autonomes[81]."

---

[78] Michel FOUCAULT (1976), op.cit., pp. 182-183.

[79] La mort de Franco, ce dictateur qui a exercé le droit souverain de vie et de mort, est exemplaire de la rencontre contradictoire de ce double régime de pouvoir : il est lui-même tombé sous la coupe d'un pouvoir qui aménage si bien la vie qu'il a un moment dénié sa mort ! Cf. Michel FOUCAULT (1991), op. cit., pp. 46-47.

[80] Michel FEHER, Le nominalisme, le sujet et le corps, *Estetica news,* Anno II, n° 6, settembre-dicembre 1989, p. 3.

[81] Michel FOUCAULT, "What is Enlightenment ?", in Paul RABINOW (ed.), *Foucault Reader,* New-York, Pantheon, 1984, p. 43, cité par Paul PATTON (1992), op.cit., p. 97.

Quels que soient les modèles de description et d'interprétation de la période historique au cours de laquelle s'opère les transitions, démographique et épidémiologique, ils s'accordent à mettre en évidence la mutation des sociétés où s'opère à ce moment-là le changement de régime démographique sous l'effet de la transformation de celui de la mortalité : on est donc en présence d'une triple transition, démographique, épidémiologique et sociétale.

Les deux modèles présentés s'accordent aussi en partie sur l'intelligibilité du changement, en posant de la même façon le problème de l'interprétation du phénomène : pour trouver la raison d'être de ce qui le produit, il s'agit de déterminer quel rôle il joue dans le système social, quelle fonction il remplit. Ainsi, ils permettent de comprendre que "l'histoire de la médecine n'est pas l'histoire de l'application des points de vue rationnels et scientifiques ; elle est plutôt le résultat des changements culturels, politiques et économiques dans la société européenne[82]."

La divergence vient de ce que la fonction n'est pas identique dans les deux modèles : dans le premier, l'appropriation individuelle des règles de l'hygiène médicale aussi bien que le recours à des soins dont l'efficacité de plus en plus grande est personnalisée s'inscrit dans le mouvement théorique et pratique, existentiel et social, d'individualisation croissante, d'adoucissement des mœurs et de 'correction' des relations sociales, au prix d'une répression ou d'un contrôle des pulsions ; dans le second, le développement de la médecine, parmi d'autres institutions, contribue doublement aux technologies du pouvoir, au titre des disciplines des corps individuels et à celui des régulations des populations.

Dans tous les cas, la question du devenir est ouverte : pour Elias, la domination de l'instinct et de l'affectivité impose des renoncements tels que les individus posent la question d'un autre mode de vivre-ensemble moins coûteux et moins conflictuel, - et, si l'on prolonge un peu sa logique, moins stressant et plus favorable au bien-être de chacun et de tous ; pour Foucault, le double constat de la résistance individuelle et collective aux technologies du pouvoir et de l'intensification des rapports de domination conduit à tracer en pointillé le dépassement de la modernité, par un questionnement critique systématique de ce qui semble s'imposer comme nécessité 'objective' du côté des institutions (dont la médecine), au détriment des capacités d'autonomie des sujets.

L'intérêt et la pertinence de ces modèles sont incontestables à la fois dans leur articulation aux processus de transition démographique et épidémiologique, - et au regard des faits et des arguments sur lesquels l'un et l'autre fondent la cohérence de leur interprétation. De même leur ouverture critique les fait échapper au déterminisme et au finalisme de l'histoire humaine : les individus et les collectivités n'ont pas leur avenir joué à l'avance ; par leur résistance et

[82] Kevin WHITE (1991), op.cit., p. 133.

leur imagination critique, ils peuvent organiser autrement leurs modes de socialisation et de socialité, tout comme leur rapport à la santé et au système de soins.

Cependant une telle approche généalogique, fonctionnaliste et macro-structurelle présente diverses limites. On remarque que, dans les deux cas, la démarche consiste à cerner un point initial (la période de la Renaissance en tant qu'inaugurant la modernité des Lumières) d'où l'essentiel découle : il s'agit d'une sorte de 'naissance sociologique' qui contient toutes les virtualités à venir, repérables en parcourant l'histoire de la période qui suit, et à laquelle sont "associés des agents hantés par leur passé qui structure leur présent[83]." Une telle perspective ne tombe-t-elle pas dans l'illusion rétrospective, ce que Merton dénonce comme "interprétation *post factum"* [84] ?

Par ailleurs, s'interroger sur la fonction de la mutation sociétale de l'Occident européen à partir des XVIème-XVIIIème siècles, dont celle des changements dans les institutions en particulier médicale, présuppose que de tels changements jouent un rôle. Mais ce rôle est élucidé moins à partir de chacun des secteurs impliqués, par une recherche de la genèse et des effets de leurs propres transformations, que par rapport au système social global : même si Elias est, des deux auteurs, celui qui s'en défend le plus, finalement le système social l'emporte sur ses parties, que celles-ci soient des individus, des groupes ou des institutions. Suffit-il "de connaître l'effet (des éléments) par rapport au système (leur fonction) pour rendre compte de (ces éléments) dans leur réalité[85] ?" A un autre niveau, celui de l'institution médicale et du système de soins,

> "l'analyse sociologique de (la médecine) vise, couramment, à produire un savoir critique portant sur la nature d'un fait social : l'existence d'une institution spécialisée dans le traitement d'une forme de déviance (la maladie physique ou mentale). Et, dans la mesure où elle se fonde sur une conception de la pratique comme négativité, cette analyse subordonne a priori les activités manifestes des acteurs à une finalité latente, le plus souvent rapportée à l'idée de contrôle social, dont il est postulé qu'elle détermine intégralement la signification réelle et le déroulement des activités (...) (Une telle analyse) se construit en ignorant la question du rapport de la finalité supposée de l'activité (médicale) aux conditions effectives de l'accomplissement pratique d'une intervention (de médecin)[86]."

---

[83] Frédérick de CONINCK, Francis GODARD, L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation. Les formes temporelles de la causalité, *Revue française de sociologie,* XXXI, n° 1, 1989, p. 34.

[84] Robert K. MERTON (1965), op.cit., p. 36 et ss.

[85] Jean-Michel BERTHELOT, *Le piège scolaire,* Paris, PUF, 1983, p. 26. Nous nous référons ici à l'ensemble du chapitre premier de l'ouvrage, au sein duquel l'auteur analyse et critique "la dérive fonctionnaliste" dans l'interprétation du mouvement de scolarisation.

[86] Albert OGIEN, *Le raisonnement psychiatrique,* Paris, Ed. Méridiens-Klincksieck, 1989, pp. 25-26. Les parenthèses sont de notre fait, dans le but d'introduire les translations qui s'imposaient ou pour synthétiser l'esprit de ce qui n'est pas livré au lecteur.

Une lecture peu attentive de telles interprétations les fait souvent dériver vers des hypothèses de manipulation et de complot, via la dénonciation militante. Il est vrai que la focalisation sur la globalité du système et la prise en compte de ses parties en leur totalité finit par masquer le jeu des forces sociales et celui, plus subtil, des interactions dans la production de l'effet constaté : l'attention à ces groupes sociaux qui échappent aux institutions 'consacrées', tout comme aux interactions des individus et à leurs articulations, n'est-elle pas susceptible d'éclairer les aspects qui sont restés dans l'ombre ? En somme, il s'agit de faire avancer la recherche en problématisant ce qui paraît aller de soi en fonction de grilles de lecture 'classiques' : le jeu de l'histoire et des structures, la médecine ou le système de soins comme appareil bureaucratique ou comme 'appareil idéologique d'État',- ou bien à l'inverse, selon une vision tout autant simplificatrice, comme seul instrument rationnel de promotion de la santé...

DES TRANSITIONS À L'INERTIE SOCIALE .

IRRÉDUCTIBLES DIFFÉRENCES EN MATIERE DE SANTÉ : CONSTANTES, RÉDUCTIONS ET ÉLARGISSEMENTS.

"Dans le domaine du vraisemblable, à une proposition s'en oppose généralement une autre qui peut paraître aussi évidente. Il y a donc autant de mérite scientifique à déterminer, de deux opinions vraisemblables, laquelle correspond à la réalité, qu'à mettre à jour une vérité entièrement nouvelle. C'est exactement franchir la limite qui sépare la connaissance scientifique de la connaissance vulgaire. " *M. HALBWACHS*

À un certain niveau d'analyse, global et diachronique, on saisit bien une transition sociale qui englobe les transitions démographiques et épidémiologiques constatées par ailleurs. Un tel phénomène de mutation sociale a-t-il la même consistance dès que l'on déplace le regard pour se situer au cœur de la 'nouvelle société' qu'elle a produite ? Que nous réserve une observation plus minutieuse des phases de la transition épidémiologique dans son rapport avec les composantes de la structuration sociale qui l'accompagnent ? Verrons-nous apparaître des phénomènes d'avant-garde et d'arrière-garde comme les a manifestés la comparaison de la transition épidémiologique entre les pays ? Les processus de transition 'sociologique' se maintiennent-ils ou bien le 'changement d'échelle' fait-il apparaître un effet du changement originaire qui serait plutôt de l'ordre d'une 'inertie sociétale'[87] ? Répondre à de telles questions suppose d'appréhender les variations d'indicateurs de santé en association avec des variables qui décrivent les diverses dimensions de la structure sociale.

Pour la santé nous retiendrons les quatre sortes d'indicateurs dont se sert l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour rassembler les données indispensables à sa réflexion et à son action : la mortalité ou 'durée de vie', la morbidité ou 'qualité de vie', les facteurs de risque (qui incluent des variables telles que le poids à la naissance, la tension artérielle, la taille, l'état de la dentition et de la vue... mais aussi ce qui relève de 'l'auto-gestion' de la santé par les individus et les groupes : habitudes de consommation et de loisirs (tabac, alcool, drogue, conduite automobile...), entretien conscient (surveillance alimentaire, exercice...) et réactions aux symptômes) ainsi que la consommation de soins et le mode de recours (disponibilité des soins, accès aux soins, utilisation des soins et leur condition de possibilité, dont le mode de protection sociale)[88].

---

[87] Nous ne sommes pas sans ignorer les débats auxquels vient de donner lieu ce néologisme, tant sur le plan linguistique que théorique : Philippe d'IRIBARNE, Culture et «effet sociétal», *Revue française de sociologie,* XXII-4-1991 ; Marc MAURICE, François SELLIER et Jean-Jacques SYLVESTRE, Analyse sociétale et cultures nationales. Réponse à Philippe d'Iribarne, *Revue française de sociologie,* XXXIII-1-1992 ; François HÉRAN, Pour en finir avec «sociétal» (suivi par) Jean-René TRÉANTON, Plaidoyer pour un bâtard, *Revue française de sociologie,* XXXIII-4-1991. Nous suivons ici le point de vue de Tréanton : "«Social» est un mot saturé, tant dans son sens général que dans celui, plus spécifique, qui concerne le sort des classes les plus nombreuses (...) les sciences sociales manquent d'un terme qui désigne sans ambages ce qui est relatif à la société globale (...) Semons donc sans vergogne l'américanisme «sociétal» au vent de la sociologie."

[88] Jane H. MURNAGHAN, Health indicators and information systems for the year 2000, *Annual Review of Public Health,* n° 2, 1981, pp. 299-361. La classification des indicateurs (mais dans la logique des propositions de Lazarsfeld ("Des concepts aux indices empiriques" traduit in Raymond BOUDON et Paul LAZARSFELD, *Le vocabulaire des sciences sociales,* Paris et La Haye, Ed. Mouton, 3ème ed. 1971, pp. 27-36) ne vaudrait-il pas mieux parler

Reprenons à Georges Balandier les "frontières-coupures" qui délimitent les sociétés : "La dynamique sociale interne devient tridimensionnelle ; elle doit de plus en plus être définie par référence aux classes «sociales» ou à leur équivalent, aux «classes» d'âge et aux «classes» sexuelles[89]". S'inscrivant dans cette perspective de sociologie dynamique, Salvador Juan montre que la famille intervient toujours dans la régulation de l'accès aux positions sociales[90] : en un premier temps le statut matrimonial constituera l'indicateur de cette composante de l'organisation sociale. Ajoutons que la plupart des sociétés occidentales ont connu des vagues successives d'immigration : l'appartenance ethnique est aussi une 'frontière-coupure' importante pour la structuration sociale. Enfin on ne saurait prendre à la légère un aspect dont deux 'écoles' pionnières et fondatrices de la sociologie (l'École française de sociologie et l'École de Chicago) ont montré l'intérêt et la pertinence : ce que l'une appelle 'la morphologie' et l'autre 'l'écologie', c'est-à-dire la distribution socio-spatiale des individus et des groupes. Chaque fois que les données disponibles le permettront, on mettra en perspective diachronique l'établissement des faits à un moment donné (les relations des indicateurs de santé et de structure sociale) en effectuant quelques comparaisons entre la société française et d'autres sociétés contemporaines, européennes ou non.

Tenter de décrire de cette manière l'état de santé des populations dans son contexte social d'émergence et d'accomplissement présuppose une classification a priori des phénomènes sous étude qui n'a d'autre intérêt que la commodité de présentation[91]. La compréhension et l'explication de tels phénomènes supposent le questionnement d'une telle taxinomie mais, avant d'en arriver là, tentons de répondre, à partir des données disponibles, à notre interrogation sur la part d'inertie 'sociétale' qui accompagne les phénomènes de santé en transition. Dans cette partie, l'objectif est de rassembler, d'organiser et de confronter les données disponibles telles qu'elles se présentent : l'analyse critique de la production de telles données est réduite au minimum et sera reprise plus loin.

---

d'indices pour beaucoup d'entre eux ?), telle qu'elle est présentée ici, n'est pas incluse dans cet article.

[89] Georges BALANDIER, *Anthropo-logiques,* Paris, PUF, 1974, p. 13.

[90] Salvador JUAN, *Sociologie des genres de vie. Morphologie culturelle et dynamique des positions sociales,* Paris, PUF, 1991.

[91] Edgar ANDRÉANI, Des intruments pour la politique de la santé, les indicateurs sociaux (1ère partie), *Economie et statistique,* n° 71, 1975, - et (2ème partie), *Economie et statistique,* n° 72, 1975, p. 38.

1. “Le mort saisit le vif[92]”.

Le décès est ‘révélateur’ d’un ‘état de santé’ irréversible : il condense ce qui a été, l’itinéraire sanitaire d’un individu. A un autre niveau, la mortalité résume aussi à sa façon l’histoire sanitaire d’une population et des groupes qui la composent, quels que soient les critères utilisés pour en faire la partition. L’irréversibilité de l’un comme de l’autre témoigne de ce sur quoi on doit compter si l’on veut en changer le cours. Faisons référence encore une fois à la transition épidémiologique : c’est la ‘résistance’ que l’on a pu opposer aux maladies infectieuses et parasitaires qui a permis d’en réduire le poids et les dégâts du point de vue de leurs effets sur la mortalité.

Les populations décédées sont ce qu’elles ont été, c’est-à-dire ce qui est à jamais inscrit dans l’histoire, l’effet d’une détermination biologique et sociale qui a marqué les corps au cours de leur vie. Si les gènes constituent un ‘capital’ donné au moment de la fécondation et de la constitution de l’embryon, c’est l’environnement, en particulier social, qui permet leur développement, leur épanouissement et aussi l’infléchissement, voire le dérèglement, de leur fonctionnement. Dans la dialectique de l’inné et de l’acquis, gardons-nous de la fiction d’une force toute-puissante de l’un ou de l’autre : chacun constitue une ressource et une limite, une contrainte et une condition de développement pour l’autre, de sorte que toute forme de socialisation opère “contre” le génétique, à la fois comme base ou appui et comme canalisation, mise en forme sociale ; encore convient-il de préciser que cet appui impose ses propres nécessités que la socialisation ne peut éroder : parce que la “flexibilité” génétique a des limites, la formation d’un être humain ne peut s’accomplir que dans une relation dialectique avec cette base bio-génétique.

La mortalité résume l’accumulation dans les corps de tout un ensemble d’effets qui les protègent ou les détériorent , effets propres à une période déterminée, qui portent la trace de leurs conditions de production, mais aussi de leurs conditions de reproduction, si rien n’est fait pour les neutraliser. Tout l’enjeu, on l’a déjà annoncé, est de savoir de quelle manière transformer cet héritage historique, c’est-à-dire quelles sortes d’actions sont à entreprendre pour que le probable cesse d’être au rendez-vous au profit d’autres possibilités. Même si la mort des individus est inévitable, on peut envisager d’en reculer l’échéance et de faire en sorte que les populations n’y soient pas soumises précocément. Encore faut-il prendre la mesure du ‘résultat’ (la mortalité), avant d’entreprendre l’explicitation des mécanismes et des processus permettant de rendre compte de ses variations : comme la clinique naissante qui fait pivoter son regard du patient vers le cadavre disséqué pour comprendre les pathologies du vivant,

[92] Nous reprenons ici la formule juridique de l’héritage, à la suite de Marx ou de Proust, mais dans un sens sociologique, à la manière de Pierre BOURDIEU, Le mort saisit le vif. Les relations entre l’histoire réifiée et l’histoire incorporée, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 32-33, 1980.

observons d'abord la mortalité pour apprendre à connaître ce qui est à la source du bien-être des populations[93].

En cette fin de siècle, dans les sociétés modernes, alors que la prédominance de l'urbanisation est incontestable et que tend à s'opérer une tendance à l'harmonisation des systèmes de soins et à l'uniformisation des recours aux services de santé, l'hypothèse d'une égalité devant la mort est-elle tenable ?

La mortalité selon le sexe.

En France, un peu plus d'un demi-million de personnes sont mortes en 1990 : par rapport à 1989, le volume de décès est en diminution aussi bien pour les hommes que pour les femmes : le taux brut de mortalité[94], tous sexes confondus, est de 9,2 pour mille[95] et il n'a pas cessé de diminuer depuis la seconde guerre mondiale (12,7 ‰ en 1950, 11,3 ‰ en 1960, 10,6 ‰ en 1970 et 10,2 ‰ en 1980[96]). La conséquence est que l'espérance de vie à la naissance[97] témoigne d'une progression.

---

[93] Une telle façon de procéder n'est pas sans poser des problèmes : elle présuppose au moins que la collecte et l'élaboration des "faits" seraient relativement neutres, c'est-à-dire seraient relativement indépendantes des modes d'explication que l'on peut construire pour en rendre compte. Il est vrai que la "résistance" du réel, condition de possibilité de toute vérification, s'impose à tout scientifique 'honnête'. Il reste que ce réel n'apporte de réponse aux questions du chercheur que s'il est "conquis", comme l'écrit Gaston Bachelard : la collecte des données n'est pas de même nature que la cueillette des champignons. Parmi toutes les qualités possibles du réel, il est nécessaire de déterminer les plus pertinentes pour les élaborer en un tableau significatif. Cependant on peut montrer, comme l'a fait Jean-Michel Berthelot pour les données scolaires, que "les faits dont use la connaissance du social sont à la fois construits et partiellement neutres du point de vue de leur valence explicative" : sur un même ensemble de données, on peut opérer des "transferts d'intelligiblité", c'est-à-dire utiliser les mêmes descriptions à des fins explicatives différentes (cf. *L'intelligence du social,* Paris, PUF, 1990, pp. 107 et ss.). Nous faisons ici l'hypothèse provisoire que la proposition dont Berthelot a montré la validité pour les faits scolaires est transférable au champ de la santé.

[94] Le taux brut de mortalité est obtenu en rapportant le nombre annuel de décès à l'effectif de la population au milieu de l'année considérée. Il a l'inconvénient d'être lié à la structure par âge de la population, de sorte que des comparaisons dans la durée n'ont guère de sens si la structure par âge s'est fortement modifiée.

[95] Michelle LE TURDU, Les décès en 1990, *INSEE PREMIERE,* n° 182, février 1992.

[96] Dinh QUANG-CHI, La population française de 1950 à 2010 : évolution récente et perspectives à moyen terme, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1987, p. 23.

[97] L'espérance de vie à la naissance, calculée à partir des tables de mortalité, désigne le nombre moyen d'années vécues par les individus d'une génération. Comme on n'attend jamais l'extinction complète d'une génération pour effectuer le calcul, on construit une cohorte fictive que l'on fait vieillir/mourir en utilisant les quotients de mortalité du moment.

Évolution de l'espérance de vie à la naissance depuis le milieu du XVIIIème siècle.

Source : *Données sociales 1993,* p. 239.

Mais il existe un écart entre les sexes : 72,8 ans pour les hommes et 80,9 ans pour les femmes, soit une différence de 8,1 ans. L'espérance de vie masculine à la naissance est à peu près identique dans tous les pays de l'Union Européenne : 70,6 ans pour le Luxembourg, 70,9 ans pour le Portugal, 71,0 ans pour l'Irlande, 72,0 ans pour le Danemark, 72,2 ans pour le Royaume-Uni, 72,6 ans pour la Grèce et l'ex-Allemagne de l'Ouest, mais 73,2 ans pour l'Italie et l'Espagne, et 73,7 pour les Pays-Bas..., soit une moyenne de 72,8 ans pour l'ensemble des Douze. Comparativement, elle est de 71,3 ans aux Etats-Unis,de 75,5 ans au Japon et de 64,6 en ex-Union Soviétique. Par contre les Françaises vivent en moyenne plus longtemps que leurs homologues de l'Union Européenne : 77,0 ans pour l'Irlande, 77,9 ans

pour le Luxembourg, le Portugal et le Royaume-Uni, 79,9 ans pour les Pays-Bas..., soit 79,2 ans en moyenne pour les Douze. Aux Etats-Unis l'espérance de vie féminine à la naissance est de 78,3 ans, de 81,4 ans au Japon et de 74,0 en ex-Union Soviétique.

Une telle disparité entre les hommes et les femmes a pour conséquence une fréquence plus élevée du veuvage féminin : d'après le recensement de 1990, en France, une femme sur deux est veuve à 70 ans, deux sur trois à 80 ans et plus des trois quarts à 85 ans. Cette même année, 73% des décédés mariés étaient des hommes et la moitié de leurs veuves avaient moins de 67 ans, soit une probabilité de rester encore 18 ans en vie. En 1983, la durée de veuvage pour les femmes était estimé à 15 années[98].

La mortalité selon l'état matrimonial.

Mais les écarts de mortalité existent aussi entre individus selon leur statut matrimonial[99]. Selon des travaux conduits pour 1967-1969, chez les femmes, les célibataires avaient une mortalité sensiblement plus forte à tous âges et les veuves avaient une mortalité semblable à celle des célibataires, du moins entre 45 et 85 ans ; au cours de ce même intervalle d'âge, mariées et divorcées ne manifestaient guère de différence, alors qu'avant 45 ans veuves et divorcées avaient une mortalité exceptionnellement élevée. Pour les hommes, la configuration était du même type pour les mariés et les célibataires, ainsi que pour les veufs et les célibataires à partir de 45 ans ; on observait aussi une surmortalité des veufs par rapport aux célibataires et des divorcés au regard des mariés avant 45 ans. Si l'on comparait l'effet relatif du statut matrimonial sur la mortalité des deux sexes, on notait une divergence beaucoup plus accusée chez les hommes que chez les femmes : le mariage (même s'il vient à être rompu) est plus protecteur pour les hommes que pour les femmes.

La tendance des personnes mariées à avoir des taux de mortalité plus bas que celles qui ne l'ont jamais été ou celles qui ont eu ce statut mais ne l'ont plus, est également observée au Royaume-Uni[100] : en 1971, parmi les hommes âgés de 45 à 64 ans, les taux comparatifs de mortalité[101] varient de 95 pour les mariés à 128 pour les divorcés et 135 pour les veufs et célibataires ; pour les femmes qui appartiennent au même groupe d'âge, les taux sont de 97 pour les mariées et de 149 pour les divorcées (la différence entre mariage et célibat est bien

---

[98] Guy DESPLANQUES, Calendrier des familles, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1987, p. 494.

[99] Jacques VALLIN et Alfred NIZARD, La mortalité par état matrimonial. Mariage sélection ou mariage protection, *Population,* n° spécial, 1977, pp. 95-121.

[100] Nous emploierons dans le texte Royaume-Uni et Grande-Bretagne comme termes équivalents alors que la plupart des données statistiques dont nous disposons sur ce pays concernent seulement l'Angleterre et le Pays de Galles (England and Wales) à l'exclusion de l'Écosse et de l'Irlande du Nord, sauf indication contraire.

[101] Les taux comparatifs de mortalité ou taux standardisés (SMRs : Standardised Mortality Rates) sont calculés sur la base d'une structure par âge constante permettant de construire une population-type : tous les rapports que l'on peut calculer selon différents critères et dans la durée ont l'avantage d'être strictement comparables. En particulier on peut calculer un indice de variation entre les taux extrêmes, le plus élevé et le plus faible.

moindre pour les femmes que pour les hommes à tous âges)[102]. Aux Etats-Unis, les chercheurs soulignent également les écarts de mortalité entre non-mariés et mariés, au détriment des premiers ; les différences sont, encore une fois, plus marquées pour les hommes que pour les femmes, sauf dans les groupes les plus âgés ; enfin le veuvage semble avoir des effets néfastes sur la mortalité masculine alors qu'il ne paraît pas affecter significativement les taux de mortalité féminine[103].

La mortalité selon l'âge.

Qu'il y ait des différences de mortalité selon l'âge considéré nous paraît aller de soi, tellement l'âge est 'naturalisé', c'est-à-dire intrinsèquement lié au vieillissement biologique. Dans une telle perspective, il ne paraît pas choquant d'observer les plus forts taux de mortalité aux âges les plus élevés et l'on admet que les risques de décès soient très importants aux jeunes âges à cause d'une grande fragilité et d'une extrême dépendance des petits d'homme. Entre ces extrêmes, la hausse de la mortalité est-elle régulière, comme l'on pourrait s'y attendre au regard d'un vieillissement biologique continu ? On pourrait supposer également que la configuration des courbes de mortalité ne varie pas ou très peu selon l'âge dès qu'a pris fin la seconde phase du cycle de la transition épidémiologique (les maladies infectieuses sont vaincues et les maladies dégénératives sont liées à l'avancée en âge) : est-ce le cas ?

Quand on compare les courbes de mortalité par âge[104], obtenues à partir des quotients décennaux de mortalité[105] en France, il est évident que ces

Quotients de mortalité par âge en 1920, 1938, 1946, 1960, 1975 et 1989.

[102] A.J. FOX and P.O. GOLDBLATT, *Longitudinal study : socio-demographic mortality differentials 1971-75,* London, HMSO, Series LS n° 1, 1982.

[103] C.A. NATHANSON, Sex differences in mortality, *Annual Review of Sociology,* n° 10, 1984, p. 207.

[104] Jacques VALLIN (1993), op.cit., pp. 239 et ss. On peut se reporter également à Jacques VALLIN, Tendances récentes de la mortalité française, *Population,* 38ème année, n° 1, 1983 (la période prise en compte dans cet article est plus courte : de 1946 à 1977).

[105] Le quotient annuel de mortalité à un âge déterminé est le risque pour les personnes célébrant l'anniversaire correspondant à cet âge de mourir avant de fêter l'anniversaire suivant. Le quotient décennal de mortalité à l'âge x est la probabilité, pour les individus qui fêtent leur anniversaire x, de mourir avant leur anniversaire x + 10.

Source : *Données sociales 1993,* p. 240.

hypothèses sont fausses. Prenons les courbes les plus récentes (celles de 1989). L'allure et la pente des courbes masculines et féminines sont différentes : nous retrouvons du point de vue de l'âge les écarts de mortalité masculine et féminine. Mais l'une et l'autre courbe manifestent des ruptures dès que le quotient de mortalité se remet à croître : chez les hommes, la courbe est abrupte de 12 à 22 ans, puis esquisse un palier de 22 à 30 ans, amorce une remontée de 30 à 40 qui s'accélère entre 40 et 50, ce qui lui donne sa pente définitive jusqu'à la fin ; chez les femmes, la courbe présente des aspérités du même type mais elles se situent à des âges différents : la remontée du quotient de mortalité est moins abrupte et se stabilise dès la vingtième année ; le palier s'étire jusqu'à 40 ans et la reprise qui s'amorce à la suite s'inscrit en une pente plus douce que celle de la précédente courbe. De telles discontinuités dans la mortalité par âge ne peuvent pas coïncider avec le présupposé d'un strict déterminisme par un vieillissement biologique continu.

La comparaison des courbes à différentes dates depuis le début du siècle nous montre un quasi-renversement de tendance : pour le sexe masculin, la chute de mortalité concerne les jeunes âges jusqu'en 1975 ; la courbe suivante suggère que les progrès obtenus depuis cette date s'opèrent au bénéfice des âges avancés (décalage de la courbe de 1989 à partir de 40 ans) ; pour le sexe féminin, la baisse de la mortalité aux jeunes âges est acquise dès les années 60 de sorte que la progression des gains de vie avec l'avancée en âge peut s'effectuer dès ce moment-là (décalage des courbes de 1975 et 1989). Il est probable que les effets d'âge sur la mortalité ne se réduisent pas à de purs effets de vieillissement et de fragilité biologiques.

Pour mieux préciser ces discontinuités et tenter de mieux délimiter les âges de la vie en fonction des types de mortalité, examinons le rôle des différentes causes de décès[106].

Les causes de décès selon les périodes de la vie.

La mortalité infantile a baissé de façon spectaculaire depuis le début du siècle : son taux était de plus de 100 ‰ en 1920 ; en 1946, il est encore de 72 ‰, avant d'être progressivement mais drastiquement réduit à 7,3 ‰ en 1990. Seuls le Japon et les Pays-Bas ont réussi une meilleure réduction de ce taux (respectivement 4,6 et 6,8 ‰)[107] : sa diminution se poursuit en France, en particulier grâce à la chute de la mortalité néonatale précoce (décès à moins de 7 jours). "Les progrès de l'obstétrique prennent à point nommé le relais de la lutte contre l'infection", estime le démographe Jacques Vallin. Pourtant le même auteur note que le taux de mortalité maternelle, qui se situe entre 20 et 40 pour 100 000 naissances selon les sources, pourrait être réduit de beaucoup : au Royaume-Uni, au milieu des années 70, il n'était que de 10 pour 100 000[108]. Le statut matrimonial de la mère n'est pas sans conséquence : la mortalité infantile des enfants illégitimes est nettement supérieure à celle des enfants légitimes, même si l'écart s'est réduit (celui-ci était de plus de 16 points à la fin des années 50 ; il est de 4 points au début des années 80[109]).

L'évolution de la mortalité à 1-4 ans est à peu près parallèle à celle de la mortalité infantile, quoique sa réduction soit plus rapide. Curieusement la mortalité à 5-14 ans a suivi

---

[106] Afin d'établir des statistiques fiables sur les causes de décès, ont été adoptées successivement, en 1883 'la Nomenclature internationale des décès' et en 1946 'la Classification internationale des maladies' (CIM). On trouvera l'histoire de la CIM, les problèmes posés par ses révisions et les façons dont on tente de les résoudre dans les deux articles suivants : Jacques VALLIN et Alfred NIZARD, Les causes de décès en France. I. - Pour une typologie simple et homogène ; application à la période 1968-1974, *Population,* 33ème année, n° 3, 1978 ; Alfred NIZARD et Jacques VALLIN, Les causes de décès en France. II. - Couplage des 7ème et 8ème révisions de la classification internationale. Application à la période 1958-1974, *Population,* 35ème année, n° 6, 1980.

[107] Pour des comparaisons internationales, de 1960 à 1983, se reporter à : OCDE, *La santé en chiffres, 1960-1983. Dépenses, coûts, résultats,* Paris, Études de politique sociale n° 2, 1985.

[108] Jacques VALLIN, La mortalité maternelle en France, *Population,* 36ème année, n° 4-5, 1981, pp. 950-953.

[109] Ding QANG CHI , Le relief social de la mortalité infantile, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1990, p. 246.

l'évolution précédente jusqu'à la fin des années 50, pour diverger ensuite et suivre plutôt le choc de la crise de la jeunesse dans les années 60, avant de retrouver une tendance à la baisse avec les années 70.

A l'exception de l'incidence de la guerre, la mortalité à 15-24 ans diminue, au moins jusqu'à la fin des années 50 : sa recrudescence est très nette des années 60 au milieu des années 70 et il faut attendre les années 80 pour que la baisse reprenne (jusques à quand ? On sait que le sida touche surtout les jeunes adultes...). Avant guerre, jeunes gens et jeunes filles mouraient encore massivement de maladies infectieuses ou respiratoires. A la fin des années 80, 60 % du total de la mortalité chez les jeunes filles et 80 % chez les jeunes gens relève de morts violentes : parmi elles, les 2/3 pour les hommes et plus de la moitié pour les femmes sont des accidents de la route ; du milieu des années 60 à 1985, le taux de mortalité masculine par suicide à 15-24 ans est multiplié par plus de deux et demi : la fin des années 80 témoigne de l'arrêt de cette tendance défavorable[110]. Dans le groupe d'âge des 25-34 ans, la baisse de la mortalité est régulière, sauf pendant les années de guerre et une légère remontée chez les hommes au cours des années 80 du fait du sida.

La mortalité adulte des femmes, depuis 1920 et à l'exception de la période de guerre, est nettement à la baisse jusqu'à la fin des années 80. La mortalité adulte masculine a un tout autre rythme : avant guerre elle stagne, et elle est même en ascension à 45-54 ans ; après la guerre, le groupe des 35-44 ans fait rupture par une chute de sa mortalité qui se prolonge par une baisse régulière jusqu'en 60, puis par un palier de stagnation jusqu'en 70 avant le réamorçage de la décroissance ; les groupes d'âge supérieurs à 45 ans connaissent une mortalité stagnante jusqu'en 70, avec un léger décrochage à la baisse en 1958. C'est donc les années 70 qui marquent dans l'ensemble le tournant de la décroissance de la mortalité masculine adulte, avec une chute très marquée à 65-74 ans.

De 35 à 54 ans, le cancer est la principale cause de décès pour les deux sexes, suivi des morts violentes, des maladies cardio-vasculaires puis de l'alcoolisme. La mortalité à 55-74 ans est d'abord due aux maladies cardio-vasculaires jusqu'en 1975 : la régression de cette cause pour les deux sexes (elle régresse rapidement depuis la seconde guerre mondiale chez les femmes) fait passer les cancers en tête au milieu des années 70, même si l'évolution de la mortalité cancéreuse est à la baisse chez les femmes tandis qu'elle est à la hausse chez les hommes. Ce sont les maladies cardio-vasculaires qui causent le plus de mortalité à partir de 75 ans, mais l'amorce de la diminution de leur impact depuis une vingtaine d'années a une incidence non négligeable sur les gains d'espérance de vie.

Il est hors de notre propos de faire une histoire comparative des différences de mortalité selon les âges en décrivant leur évolution historique en fonction des sociétés. On sait par

[110] On peut comparer la situation française de ce groupe d'âge avec la situation des autres pays européens pour le même groupe en se reportant à Juliette INIZAN et Marie-Hélène BOUVIER-COLLE, La mortalité des jeunes en Europe, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1990, pp. 251-253.

ailleurs que s'opère entre pays un jeu d'avant-garde et d'arrière-garde en matière d'augmentation et de diminution de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires. Les allures générales des courbes de mortalité par âge sont sans doute semblables au sein des pays industrialisés, aux décalages historiques près ; par contre certaines causes de mortalité peuvent prendre un poids considérable dans telle ou telle société du fait de certaines spécificités culturelles (en France, l'alcoolisme est lié à une culture particulière du boire et de la convivialité).

Les différentiels de mortalité ne sont pas seulement liés aux différences de sexe, de statut matrimonial ou de groupes d'âge : les écarts entre groupes socio-professionnels sont aussi très importants, au point que l'on se réfère d'emblée à ce type d'associations statistiques pour désigner et décrire "les inégalités sociales de santé[111]." En effet l'indice de catégorie sociale garde toute sa pertinence et produit divers effets sur la mortalité, même si l'on prend en compte en même temps d'autres indicateurs. Nous n'allons pas reprendre tous les aspects de la littérature sur ce sujet : retenons-en seulement quelques-uns des plus exemplaires.

Quelques aspects de la mortalité selon les catégories sociales...

On a montré ci-dessus que la mortalité adulte prenait un caractère spécifique à 45-54 ans, du moins chez les hommes. Retenons ce groupe d'âge pour comparer les quotients de mortalité selon les CSP d'après l'état-civil[112]. Au cours de la période 1956-1960, les quotients de mortalité masculine suivent nettement la pyramide sociale : on va de 5,4 ‰ pour les cadres supérieurs et les professions libérales à 10,8 ‰ pour les manœuvres en passant par 5,6 ‰ pour les instituteurs et personnels médicaux (autres que médecins) et sociaux, - 5,7 ‰ pour les cadres moyens et techniciens, - 7,3 ‰ pour les agriculteurs, - 8,7 ‰ pour les contremaîtres

---

[111] En France, les travaux sur ce thème ne sont pas très nombreux, contrairement aux pays anglo-saxons et scandinaves : nous aurons l'occasion d'y revenir plus tard. Indiquons pour le moment les travaux français les plus récents qui incluent l'expression dans leur titre : Pierre AÏACH, Roy CARR-HILL, Sarah CURTIS, Raymond ILLSLEY, *Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne. Analyse et étude comparative,* Paris, INSERM et La Documentation française, 1987 ; Dossier : regards sur les inégalités sociales de santé, *Agora,* n° 13, février 1990 ; Robert ROCHEFORT et Christine MEYER, Les inégalités sociales de santé. Rapport de l'Atelier n° 2, in Raymond SOUBIE, *Santé 2010. Équité et efficacité du système,* Travaux d'Ateliers du Groupe "Prospective du système de santé", Paris, Commissariat Général du Plan et La documentation française, 1993 ; Pierre AÏACH, Dominique CEBE, Les inégalités sociales de santé, *La Recherche,* n° 261, janvier 1994. Ces travaux ne prennent pas comme seul indicateur la mortalité : ils incluent aussi d'autres indices. Nous ne reprenons pas pourtant à notre compte une telle expression parce que, comme nous le montrerons plus loin, le jeu des avantages et des désavantages est très complexe. Irréductibles à une seule dimension, ces privilèges et désavantages peuvent faire l'objet de cumuls dans un sens comme dans l'autre : de ce point de vue l'expression paraît justifiée. Mais les insérer systématiquement dans un modèle de sommation relève-t-il toujours d'une démarche pertinente ?

[112] Claude LÉVY et Jacques VALLIN, La mortalité par catégorie socio-professionnelle. Un essai de calcul direct, *Population,* 36ème année, n° 4-5, 1981, pp. 938-945.

et ouvriers qualifiés, - 8,8 ‰ pour les artisans et commerçants - 9,1 ‰ pour les ouvriers spécialisés, - 9,3 ‰ pour les salariés agricoles - et 10,3 ‰ pour les employés de bureau.

Dix ans plus tard (1966-1970), la mortalité a baissé au sein de toutes les catégories sociales, et pourtant les écarts demeurent : entre les deux catégories extrêmes, le quotient de mortalité le plus élevé est presque le double du quotient le plus faible en 1956-1960, - et il devient un peu plus du double en 1966-1970. Cependant quelques changements s'opèrent au bas de la hiérarchie sociale : les artisans et commerçants ont un meilleur quotient que les contremaîtres et ouvriers qualifiés (respectivement 5,8 ‰ et 7,2 ‰) ; les ouvriers spécialisés et les manœuvres devancent les contremaîtres et ouvriers qualifiés (respectivement 6,6 ‰ - 6,9 ‰ et 7,2 ‰) et ce sont les employés de bureau qui prennent la queue du peloton (à la place des manœuvres) avec un quotient de 9,8 ‰. On peut penser que de tels changements sont liés au mode même de caractérisation sociale : les déclarants du décès peuvent 'anoblir' la profession du défunt au moment de son enregistrement (la catégorie d'employé, très floue, devient un lieu sensible de transfert).

... dont la mortalité infantile...

Les effets des milieux sociaux sont tout aussi repérables sur la mortalité infantile[113]. Quatre groupes de catégories socio-professionnelles se différencient et se hiérarchisent à cet égard. Le haut de la hiérarchie est occupé par les professions libérales et les cadres (supérieurs et moyens) : si on prend 100 comme niveau de mortalité des enfants légitimes (la CSP paternelle est inconnue pour les naissances illégitimes), ce groupe a un indice égal à 84 pour les générations 1976-1983. Le second groupe comprend les patrons de l'industrie et du commerce, les agriculteurs exploitants, les employés, les contremaîtres et ouvriers qualifiés : leur indice approche 90. On peut observer que dans ce sous-ensemble les niveaux de revenus sont très hétérogènes : est-ce à dire que le revenu n'est pas déterminant ? La relative homogénéité culturelle du premier groupe (au moins au regard du baccalauréat) permet de soutenir l'hypothèse. Le troisième groupe agrège salariés agricoles et ouvriers spécialisés : leur indice s'établit à 115. Enfin à la dernière place, le groupe des mineurs et des manœuvres dont l'indice est proche de celui des enfants nés hors mariage, soit 140.

Si l'on compare les résultats de la génération 1983 (ci-dessus) à celle de la génération 1956, on constate que les écarts se maintiennent, même si la dispersion des taux selon les catégories se resserre : la diminution très forte de la mortalité post-néonatale (enfants décédés entre un mois et un an) bénéficie aux groupes les plus défavorisés (les groupes du sommet de la hiérarchie sociale en avaient profité auparavant).

... et la spécificité de la mortalité par état matrimonial...

On a noté qu'il existe des différences de mortalité selon le statut matrimonial. Or, la répartition par état matrimonial varie selon la catégorie sociale : les disparités de mortalité selon l'état matrimonial ne sont-elles pas dues aux variations de mortalité selon la CSP ?

[113] Dinh QANG CHI (1990), op.cit., pp. 247-248.

Reprenant une étude de l'INSEE qui avait séparé les hommes en deux groupes (avec ou sans conjoint), deux chercheurs de l'INED comparent leur quotient de mortalité à 50-65 ans[114] : la surmortalité de ceux qui n'ont pas de conjoint augmente lorsqu'on descend dans la hiérarchie sociale. Cependant,

> "la surmortalité des sans conjoint qui est, toutes CSP réunies, de 33 %, tombe à 29 % quand on ramène les deux 'états matrimoniaux' à une même structure par CSP. Mais cette réduction est faible. *La différence de structure n'explique qu'une très faible part des différences observées entre états matrimoniaux.*"

Même si les causes de décès qui sont associées à la mortalité matrimoniale sont aussi celles qui différencient le plus la mortalité par catégorie sociale, la mortalité matrimoniale ne peut pas être réduite à la mortalité différentielle selon les classes sociales.

... quelques comparaisons dans le temps et l'espace.

L'inégalité sociale face à la mort est incontestable : même si la mortalité se réduit dans chaque catégorie sociale, les gains de vie moyenne se font toujours au profit des classes qui ont déjà les plus faibles niveau de mortalité. Un tel constat résiste à l'observation de longue durée tout comme au franchissement des frontières. Des travaux de démographie historique[115] montrent que la mortalité recule au sein des élites françaises du XVIème au XVIIIème siècle, et ralentit au XIXème : il se produit alors un amenuisement de l'écart entre la longévité de ces élites et celle du reste de la population, mais la différence s'accroît à nouveau au XXème siècle. Des études conduites dans d'autres pays recoupent de tels résultats.

A cet égard la Grande-Bretagne est le pays qui a la plus longue tradition de collecte et d'interprétation de données sur les inégalités sociales de mortalité : les travaux pionniers de Farr, Chadwick et Snow ont eu un grand retentissement ; depuis le recensement de 1911, il existe au Royaume-Uni des données complètes sur la mortalité par groupe professionnel. Mais la publication en août 1980 du "Black Report" (Rapport du Groupe de travail présidé par Sir Douglas Black, mis en place en avril 1977 à la demande du directeur scientifique de la Division de la santé et des services sociaux) a stimulé le débat scientifique sur ces questions[116]. Dans le groupe d'âge des 15-64 ans, en 1971, le risque de mortalité est 2,5 fois plus élevé dans la classe V (métiers non qualifiés) que dans la classe I (les professions libérales)[117], tous sexes confondus. La comparaison avec les résultats précédents tend à faire apparaître un léger élargissement de ces écarts.

---

[114] Jacques VALLIN et Alfred NIZARD (1977), op. cit., pp. 115-117.

[115] Alain BLUM, Jacques HOUDAILLE, Les inégalités devant la mort dans le passé, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales,* XXIXème année, n° 1, 1989, pp. 5-20.

[116] Alastair McINTOSH GRAY, Inequalities in health. The Black Report : a summary and comment, *International Journal of Health Services,* Vol. 12, n° 3, 1982, pp. 349-380. On peut aussi consulter Pierre AÏACH et alii (1987), op. cit., pp. 163-169.

[117] Au Royaume-Uni, l'indice de stratification sociale se compose de cinq catégories : I. Professions libérales ; II. Dirigeants d'entreprises ; III. Personnels qualifiés (parfois

Une telle stabilité dans les différences de mortalité entre les classes sociales est attestée par leur observation dans des pays tels que la Suède, la Norvège, la Finlande, le Danemark, même si leur comparaison révèle des différences intéressantes :

> "Parmi les pays nordiques, il se peut que la Suède et la Norvège aient des différences de classes moins marquées en matière de santé que la Finlande et le Danemark. Si l'on compare la Suède et l'Angleterre-Pays de Galles, les différences de classes sont plus grandes pour celle-ci que pour la première. Les pays nordiques, en tant que groupe, peuvent être moins inégaux que, par exemple, la Grande-Bretagne et la France[118]."

De telles différences entre les sociétés, du point de vue considéré ici, sont-elles réductibles à ces jeux d'avant-garde et d'arrière-garde que l'on a repérés dans la transition épidémiologique ?

La mortalité des étrangers.

Chacun sait que la très grande majorité des étrangers vivant en France s'insère dans la partie du marché de l'emploi la plus pénible ; en outre nombreux sont ceux qui viennent de pays où la mortalité est forte. Autant de raisons pour supposer que leur mortalité dans le pays d'accueil soit supérieure à celle des autochtones. Une telle hypothèse s'avère très largement fausse, selon des résultats extraits du recensement de 1975 :

> "Après 30 ans, les étrangers meurent moins que les français et un peu plus avant, ce qui leur donne une espérance de vie à la naissance un peu plus élevée (70,12 ans contre 69,66 ans pour les Français...) Les femmes étrangères meurent un peu moins que les françaises seulement entre 30 et 50 ans et même à ces âges la sous-mortalité est moins nette que pour les hommes. Avant 30 ans et après 50 ans, elles meurent au contraire un peu plus. C'est cette dernière tendance qui l'emporte et l'espérance de vie à la naissance qui résume ces deux tendances est ainsi inférieure à celle des Françaises (76,23 contre 77,15...)[119]."

Si l'on compare les quotients de mortalité selon les nationalités, on s'aperçoit que la sous-mortalité est d'autant plus forte que le courant d'immigration est récent, aussi bien pour les immigrés maghrébins qu'européens : on passe d'une sous-mortalité forte (Portugais, Marocains) à une moindre sous-mortalité (Italiens, Espagnols, Algériens) et même à une surmortalité pour les polonais. La tendance de la mortalité des femmes selon la nationalité est semblable à celle des hommes, mais sous forme atténuée : les Polonaises, mais aussi les Algériennes, manifestent une surmortalité, les Italiennes ont une mortalité identique aux

---

subdivisés en manuels et non-manuels) ; IV. Personnels semi-qualifiés ; V. Personnels non-qualifiés.

[118] Denny VÂGERÖ, Inequality in health - Some theoretical and empirical problems, *Social Science and Medicine,* Vol. 32, n° 4, 1991, p. 369 (notre traduction).

[119] Michèle BRAHIMI, La mortalité des étrangers en France, *Population,* 35ème année, n° 3, 1980, p. 604.

Françaises, tandis qu'Espagnoles et Portugaises sont en sous-mortalité. Un tel phénomène est-il réductible aux effets de la méconnaissance de l'immigration clandestine ?

Il est remarquable d'observer des tendances similaires au Royaume-Uni à peu près à la même période : les taux comparatifs de mortalité par âge, pour les hommes immigrés, sont plus bas que ceux de leur pays de naissance et que ceux des hommes britanniques. La seule exception est celle des Irlandais dont les taux sont plus élevés que ceux des britanniques. Pour les femmes immigrées, les taux comparatifs sont plus élevés que ceux des femmes britanniques, sauf pour les immigrées européennes[120].

Mortalité et zone de résidence.

Parce que les populations ne vivent pas dans le même environnement socio-économique (ce qui entraîne, ente autres conséquences, une inégale distribution des 'installations' de soins[121]), on peut supposer que la mortalité se différencie selon les zones de résidence. En France, en 1990, la mortalité permet d'opposer très grossièrement le nord au sud. Plus précisément, la mortalité la plus forte suit un arc de cercle, de la Bretagne à l'Alsace-Lorraine en suivant la bordure nord du territoire, auquel il faut ajouter l'Auvergne (avec le poids particulier du Puy de Dôme). Au sud de cette zone, les régions de moindre mortalité se répartissent au centre-ouest et surtout dans le sud-est et le sud-ouest. La mortalité masculine accentue encore le contraste tandis que, pour les femmes, les régions de surmortalité sont moins nombreuses : Bretagne, Nord-Picardie et Alsace-Lorraine. On observe les taux les plus faibles en Midi-Pyrénées pour les hommes et en Poitou-Charentes pour les femmes.

Existe-t-il des différenciations géographiques selon les causes de décès ? La géographie des cardiopathies ischémiques est à peu près identique à celle de la mortalité générale, mais les maladies vasculaires cérébrales offrent une plus grande dispersion : chez les hommes, Bretagne, Nord-Picardie, Alsace-Lorraine s'adjoignent tout le Sud-Ouest, l'Auvergne et la Corse pour la plus forte mortalité ; chez les femmes, on 'joue aux quatre coins' : Bretagne, - Nord-Pas-de-Calais, - Alsace, Lorraine et Franche-Comté, - Midi-Pyrénées sont les zones de surmortalité. Une fréquence de décès par cancer du poumon supérieure à la moyenne

---

[120] M.G. MARMOT, A.M. ADELSTEIN and L. BULUSU, *Immigrant mortality in England and Wales, 1970-78. Studies on medical and population subjects,* London, OPCS, HMSO, Vol. 47, 1984.

[121] On peut trouver la description de quelques aspects de la distribution géographique de l'offre de soins dans les textes des communications au colloque *Géographie et socio-économie de la santé. Paris, 23-26 janvier 1989,* Paris, CREDES, 1989, Tome 1. Voir en particulier les textes d'Henri Picheral (la répartition des généralistes dans la ville) et de Jean-Pierre Besancenot (le parc des transports ambulanciers).

Source : *Solidarité Santé. Études statistiques, 1, 1993,* pp. 81, 83 et 85.

nationale se situe dans tout le Nord et le Nord-Est ainsi que la Corse, pour les hommes, - en Ile-de-France, Alsace et Provence-Côte-d'Azur, pour les femmes. Décès par alcoolisme et cirrhose du foie coupent la Fance en deux : pour les hommes et les femmes, les régions

défavorisées sont au nord du pays, de la Bretagne à la Lorraine (sauf la Basse-Normandie), auxquelles s'ajoutent pour les hommes Pays de Loire, Alsace, Auvergne et Bourgogne. La distribution spatiale des décès par accidents de la circulation se distingue totalement de celle de l'alcoolisme : c'est le Sud-Ouest qui est le plus touché ainsi que les régions autour de l'Ile-de-France. Avons-nous réellement appris quelque chose de nouveau par cette approche morphologique ?

> "La surmortalité générale est en 1990 toujours très parallèle à la surmortalité due aux pathologies liées à l'alcoolisme. En effet, si on regroupe les affections directement en rapport avec l'alcoolisme (Alcoolisme et cirrhose du foie) et les cancers des voies aéro-digestives supérieures également liées à la consommation d'alcool, on obtient une cartographie similaire à celle de la mortalité générale. Il n'existe pas vraiment une cause dont le rôle soit aussi général[122]."

On admet généralement qu'une telle spécificité est typiquement française. Partons du constat que la Grande-Bretagne a ses propres différences régionales de mortalité : les taux de mortalité standardisés (SMRs) les plus élevés se situent dans les trois régions du Nord (Nord, Yorkshire et Humberside, North-West) par opposition à l'Est-Anglie, le Sud-Est et le Sud-Ouest où ils sont les plus bas. Sont-elles liées à des causes de décès particulières ?

> "«The British Regional Heart Study», étude régionale britannique sur les maladies cardio-vasculaires, montre qu'il existe, dans les 24 villes de Grande-Bretagne étudiées, une relation entre la mortalité par cause cardio-vasculaire et la classe sociale ; cependant cette relation n'est pas très étroite et des facteurs tels que les comportements tabagiques et alcooliques, ou le fait que les eaux soient calcaires, sont des facteurs aussi explicatifs[123]."

---

[122] Éliane MICHEL, Disparités régionales de la mortalité en France. Situation en 1990, *Solidarité Santé. Études statistiques,* n° 1, 1993, p. 87. On peut effectuer une 'géographie historique' des disparités de la mortalité en se reportant aux *Données de démographie régionale* publiées par l'INSEE après chacun des recensements suivants : 1968, 1975, 1982. La comparaison avec le travail de Marie-Hélène BOUVIER-COLLE (Géographie de la mortalité en France, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1987) sur les données de 1982 ne fait pas apparaître de changements notables. Par contre le recul historique révèle de profondes transformations depuis le XIXème siècle : La Seine et la Seine-et-Oise étaient parmi les départements qui avaient les plus fortes mortalités jusqu'en 1931 ; ils font partie de ceux qui ont la plus faible aujourd'hui, tout comme les départements de la première couronne. De la même façon les départements méditerranéens et de la vallée du Rhône connaissent un renversement favorable de tendance. Inversement, la partie nord a une évolution défavorable de sa mortalité. Sur un siècle, la Bretagne reste égale à elle-même sur ce plan. Se reporter à : François TONNELIER, *Inégalités géographiques et santé : évolution depuis le XIXème siècle en France,* Paris, CREDES, 1992.

[123] Sarah E. CURTIS, La dimension géographique des inégalités de mortalité en France et en Angleterre, in Pierre AÏACH et al. (1987), op. cit., p. 113.

Une telle remarque ne peut pas permettre de considérer comme identiques les situations française et anglaise : elle appelle au moins à être attentif aux causes de décès et à leurs conditions environnementales les plus 'proches'.

Quelles que soient les dimensions retenues de la structuration sociale, il apparaît que la mort ne survient pas au hasard dans les populations : malgré les progrès médicaux accomplis, comme nous l'avons montré, il existe des surmortalités référables au sexe masculin, à certains groupes d'âge, aux classes sociales du bas de la pyramide sociale, à l'immigration dont le courant est ancien et à des zones de résidence qui cumulent des facteurs de risques importants. L'hypothèse d'une égalité 'naturelle' devant la mort, souvent soutenue dans l'opinion, comme pour se 'consoler' des inégalités économiques, sociales ou culturelles, n'est pas vérifiée : que les phénomènes pathologiques dépendent de processus biologiques ne permet pas de tout ramener à la 'nature' ; la durée de vie n'est pas la même selon les conditions d'existence des générations, des sexes, des classes sociales, des groupes ethniques, - selon l'environnement techno-économique et social au sein duquel ces groupes travaillent et vivent.

Mais le vif est-il réductible au mort ? Si le décès est le résultat d'une trajectoire biographique, dont l'une des composantes est proprement sanitaire, il n'est pas sûr que la prise en compte de la seule mortalité livre tous les secrets de ces parcours de vie.

2. La santé au prisme de la morbidité.

"La morbidité est à la maladie ce que la mortalité est à la mort[124]." Il s'agit donc de la description et de la mesure soit des malades nouveaux dans une population au cours d'une année (appelée 'incidence de la maladie' par les épidémiologistes), soit de l'ensemble des malades existant ou ayant existé à un moment précis et au cours d'une période déterminée, indépendamment des dates d'entrée en maladie et/ou de sortie (appelée 'prévalence de la maladie'). Mais si le décès est incontestable (sauf exception rarissime), la détermination de la maladie est davantage problématique et cela se manifeste dans la langue elle-même qui offre une pluralité de termes pour désigner un problème de santé : trouble, affection, désordre, malaise, symptôme... Même si la médecine tend à imposer sa propre conception de la maladie, patients et bien-portants qui n'ont pas cette compétence spécifique, témoignent de leurs propres interprétations en la matière, à travers l'espace et le temps[125].

L'enjeu ici n'est pas d'analyser les variétés de contenu de la notion de maladie : il importe seulement de savoir ce que l'on mesure, précisément quels aspects sont retenus pour décrire et évaluer l'importance de la morbidité. Au regard de la littérature sur le sujet[126], la morbidité est appréhendée de quatre manières : dénombrement de maladies médicalement attestées (par diagnostic, avec ou sans examens complémentaires) ; dénombrement des maladies ressenties par les gens, qu'elles aient fait l'objet ou non d'un diagnostic médical ('morbidité déclarée', selon l'expression consacrée) ; évaluation de la gravité de la morbidité, appréciée par les limitations qu'elle occasionne (nombre de jours passés au lit, d'arrêt de travail pour cause de maladie, d'hospitalisation ; séquelles incapacitantes et handicaps) ; enfin auto-évaluation de l'état de santé (le 'health status' anglo-saxon) à partir de la sollicitation du jugement (depuis 'je suis en bonne/mauvaise santé' jusqu'à des listes complexes, ordonnées ou pas) ou bien d'un auto-positionnement sur des listes de situations ou d'activités (quelle que soit la forme prise par ce type d'indicateur, les épidémiologistes le qualifient de 'santé subjective').

La morbidité médicalement attestée.

En matière de morbidité médicalement attestée, on dispose en France de plusieurs sources. Il existe une 'statistique hospitalière publique' qui donne des informations à la fois sur

---

[124] Pierre AÏACH, Morbidité, in Gilles BRÜCKER et Didier FASSIN, *Santé Publique,* Paris, Ed. Ellipses, 1989, pp. 344-363

[125] Claudine HERZLICH, Janine PIERRET, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui,* Paris, Ed. Payot, 1984, - et Marc AUGÉ, Claudine HERZLICH (sous la direction de), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie,* Paris, Ed. des Archives Contemporaines, 1984.

[126] On trouvera une bonne description des sources de données statistiques dans : Jacques VALLIN, Morbidité dans la région parisienne : apport et intérêt des statistiques de la Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie, *Population,* 34ème année, n° 1, 1979, pp. 110-113 (l'auteur ne cite pas la partie de l'enquête IDREM traitée par le Ministère de la Santé, sans donner les raisons de cette exclusion... Il est vrai que ce type d'enquête vise d'abord à décrire les pratiques médicales : ceci explique sans doute cela).

l'activité des services et sur la nature des pathologies traitées[127]. Elle présente deux inconvénients : en sont absentes les informations qui concernent le secteur privé ainsi que toute la morbidité qui échappe à l'hôpital. On retient le plus souvent au titre de morbidité médicalement attestée les résultats d'enquêtes effectuées auprès des médecins : l'enquête annuelle (depuis 1963) effectuée par l'Institut Européen de Documentation et de Recherche sur les Maladies (IDREM) auprès d'un échantillon de médecins, à l'exclusion de ceux qui n'exercent qu'en milieu hospitalier ainsi que des chirurgiens, anesthésistes, radiologistes, biologistes, stomatologistes et dentistes, comporte un volet 'prescriptions médicales' et un volet 'diagnostic'[128] ; l'enquête INSERM de 1974-1975[129], qui a évalué à 90 % la proportion des patients drainée par la médecine libérale, a été effectuée auprès des praticiens exerçant en secteur libéral. Que nous apportent ces études au regard de notre questionnement sur les effets d'inertie de la division sociale sur la santé ?

Commençons par l'enquête INSERM qui est transversale et ponctuelle : la comparaison des enquêtes IDREM nous donnera à la suite une profondeur de champ.

En 1974-1975, les disparités par sexe et par âge constituent la première observation issue de l'enquête INSERM : 57 % des personnes ayant fait l'objet d'une visite ou procédé à une consultation sont des femmes, alors que le sexe féminin ne représente que 51 % de la population en 1975 ; 3,4 % des patients sont des enfants de moins d'un an (ils représentaient 1,6% de l'ensemble de la population) et 21 % sont des personnes de plus de 65 ans (ce qui correspondait à 14 % de la population totale).

Cette disparité se confirme selon les domaines pathologiques : chez les moins de 15 ans, les affections respiratoires prédominent tant pour les garçons (29,5 %) que pour les filles (26,7 %), suivies par les maladies infectieuses et les maladies de l'oreille ; de 15 à 44 ans, la proportion des maladies respiratoires est à peine plus importante que celle des traumatismes

---

[127] Se reporter par exemple à : D. LEROUX, C. LESDOS, M.C. MOUQUET, Statistiques de morbidité dans les établissements d'hospitalisation publics. Années 1977 et 1978, *Santé Sécurité Sociale. Statistiques et commentaires,* n° 2, 1982 ; M.C. MOUQUET, Les malades traités à l'hôpital général public. 1er trimestre 1985, *Solidarité Santé. Études statistiques,* n° 5, 1986. À ces statistiques de source administrative, il faut ajouter les enquêtes du CREDES sur l'hospitalisation, en 1981-82 et en 1991-92 : Marie-Jo SOURTY-LE GUELLEC, *Enquête sur les hospitalisés 1991-1992. Qui sont les hospitalisés ? Où sont-ils ? Depuis combien de temps ?* Paris, CREDES, Biblio n° 996, 1994.

[128] Jean-Yves DELANOË, Louis DERUFFE, Jacqueline DEVOUASSOUX-MÉRAKCHI (enquête présentée par), La morbidité en clientèle privée en 1973. Étude statistique à partir d'une enquête permanente sur les prescriptions médicales (I.D.R.E.M.), *Santé Sécurité Sociale. Statistiques et commentaires,* Tome A, n° 4, 1977 ; Jacqueline DEVOUASSOUS-MÉRAKCHI et Bernard MOREL (étude réalisée par), Les diagnostics en médecine libérale en 1980. Résultats de l'enquête I.D.R.E.M. Mars 1980- avril 1981, *Santé Sécurité Sociale. Statistiques et commentaires,* n° 5, 1982.

[129] M. GUIDEVAUX, A. COLVEZ, E. MICHEL, F. HATTON, *Les malades en médecine libérale. Qui sont-ils ? de quoi souffrent-ils ? Enquête nationale de morbidité. Statistiques de mortalité,* Paris, INSERM, 1975.

(respectivement 16,2 et 15,5 %) pour les hommes, bien loin de celle des maladies digestives (9,1 %), - tandis que les premières sont supplantées par les pathologies des organes génito-urinaires pour les femmes (respectivement 9,1 et 9,4 %) ; au-delà de 45 ans, les pathologies de l'appareil circulatoire ont la plus forte prévalence pour les deux sexes, mais, à 45-64 ans, elles sont suivies des maladies de l'appareil respiratoire chez les hommes, et des pathologies du système ostéo-articulaire chez les femmes, - tandis qu'à 65 ans et plus, ce sont les maladies de la nutrition et du métabolisme qui prennent la seconde place chez les hommes. On aura noté une relative concordance entre les formes de pathologies observées et les causes de mortalité, à l'exception des accidents et des tumeurs cancéreuses qui tendent à s'effacer dans l'enquête de morbidité au profit des maladies ostéo-articulaires et des troubles mentaux.

Les disparités de pathologies en fonction des catégories sociales sont seulement indiquées pour deux CSP censées représenter les deux extrémités de la pyramide sociale : ouvriers, - et professions libérales et cadres supérieurs. Pour les ouvriers de sexe masculin, les diagnostics révèlent les fréquences pathologiques suivantes : accidents, traumatismes et empoisonnements (17,8 %) ; maladies de l'appareil respiratoire (16,2 %) ; maladies du système ostéo-articulaire (11,3 %) ; maladies de l'appareil digestif (11,2 %) ; maladies de l'appareil circulatoire (10,3 %) ; - pour les professions libérales et cadres supérieurs de sexe masculin, les pathologies les plus fréquentes sont totalement différentes : maladies de l'appareil circulatoire (16,4 %) ; maladies de l'appareil respiratoire (11,8 %) ; maladies de la nutrition et du métabolisme (11,1 %) ; maladies de l'appareil digestif et troubles mentaux (10,2 % pour les unes et les autres). Les ouvrières n'ont pas de pathologies qui se détachent très nettement : 13 % de maladies de l'appareil circulatoire, 12,1 % de maladies de l'appareil respiratoire, 10,2 % de maladies du système ostéo-articulaire, 9,3 % de symptômes et états morbides mal définis ; à l'inverse, chez les femmes appartenant à la CSP "Professions libérales et cadres supérieurs", les troubles mentaux prédominent (17,8 %), suivis par les maladies des organes génito-urinaires (10,2 %), les maladies de l'appareil digestif (9,1 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (8,6 %).

La comparaison de la morbidité, médicalement attestée, par sexe et CSP est tout à fait révélatrice d'une différence de morbidité selon les classes sociales à ce moment-là. Cela est-il confirmé par l'enquête IDREM ? De telles disparités persistent-elles dans la durée ?

Bien que l'hypothèse en ait été faite dès les premières analyses, ce sont le recul et les comparaisons avec les enquêtes de l'INSERM et du CREDOC, ainsi qu'avec des données de la CNAM, qui ont permis d'établir une sous-estimation de la morbidité dans l'enquête IDREM 1973, en particulier pour les personnes de 75 ans et plus. Si une telle sous-estimation peut affecter un certain nombre de répartitions et si, à ce titre, il faut en tenir compte, il reste qu'un certain nombre d'écarts sont bien trop importants pour qu'une estimation totalement correcte les réduise significativement.

En 1973, quatre groupes de maladies constituent plus de la moitié de la morbidité médicalement attestée au sein de la population française : les affections respiratoires (16,3%), les affections cardio-vasculaires (15,7 %), les symptômes et états morbides mal définis (12,7 %) et les affections digestives (7,9 %). Les six groupes de pathologies suivantes ont une fréquence de l'ordre de 5 % : troubles mentaux, maladies du système ostéo-articulaire, maladies endocriniennes et métaboliques, maladies infectieuses, traumatismes et accidents, affections de la peau.

En 1980, ce sont les maladies cardio-vasculaires qui prennent largement la tête (20 % de la totalité des diagnostics en pratique libérale) et les maladies digestives sont détrônées par les pathologies du système nerveux et les troubles mentaux. Les chercheurs ont procédé à un redressement théorique des résultats de 1973 pour rendre les comparaisons plus rigoureuses. Il apparaît très nettement que, quel que soit l'âge des consultants, l'accroissement de la morbidité cardio- vasculaire est important : il est beaucoup plus significatif pour les maladies hypertensives que pour les pathologies cérébro-vasculaires. Une autre évolution significative est la diminution des symptômes et états morbides mal définis, qu'on ne peut manquer de rapprocher de l'augmentation des troubles mentaux. De telles transformations de la morbidité font bien écho à la quatrième phase de la transition épidémiologique : l'abaissement de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire s'accompagne de l'accroisement de leur fréquence sur le plan de la morbidité.

Le nombre moyen de diagnostics par personne et par an, en 1973, diffère selon le sexe : il est de 4,1 pour les femmes et de 3,1 pour les hommes (3,6 pour l'ensemble). En 1980, on note une augmentation pour les deux sexes, mais elle est plus importante chez les femmes (+ 4,6 % pour celles-ci contre + 4 % pour les hommes). Une telle disparité prend une force particulière si on la prolonge par l'examen des groupes de maladies : en 1973, les affections respiratoires tiennent le premier rang chez les hommes, occupé chez les femmes par les maladies de l'appareil circulatoire ; les écarts sont plus nets encore pour les troubles mentaux et les maladies de l'appareil génito-urinaire et ils sont inversés pour les traumatismes et l'alcoolisme. La comparaison avec la morbidité hospitalière de 1973 (secteur public) montre que les maladies de l'appareil respiratoire sont près de deux fois plus fréquemment diagnostiquées en médecine libérale, tandis que l'on peut observer les fréquences plus fortes de l'hôpital public pour les traumatismes, les tumeurs cancéreuses et l'alcoolisme.

De telles disparités prennent les formes connues selon les groupes d'âge : affections respiratoires prédominent jusqu'à 19 ans mais dès 15 ans s'opère une différenciation avec une plus grande fréquence des traumatismes chez les hommes et des maladies des organes génitaux pour les femmes. De 20 à 39 ans, maladies respiratoires, maladies infectieuses et états morbides mal définis occupent les trois premiers rangs ; ensuite on trouve encore l'importance des traumatismes pour les hommes et, pour les femmes, les troubles mentaux. À 40-54 ans, la part des maladies ostéo-articulaires et cardio-vasculaires s'accroît, mais la

fréquence des premières est plus importante chez les hommes tandis que que ce sont les secondes qui augmentent le plus chez les femmes. À 55 ans et au-delà, l'importance des pathologies cardio-vasculaires s'affirme : elles prennent le premier rang des fréquences à partir de 65 ans. Les résultats de 1980 ne changent pas ces sortes de tendances : tout au plus on observe que les maladies de l'appareil circulatoire deviennent le premier groupe de pathologies dès 40 ans.

Le nombre de diagnostics par personne et par an, en 1973, selon la CSP du patient varie de 2,4 (ouvriers) à 5,5 (employés et cadres moyens confondus). En utilisant cet indicateur de morbidité, on obtient, en fonction des catégories sociales, la hiérarchisation suivante : ouvriers, agriculteurs exploitants, cadres supérieurs et professions libérales, patrons de l'industrie et du commerce (y compris artisans et commerçants), personnels de service, inactifs, employés et cadres moyens. Dans toutes les catégories sociales, le nombre de diagnostics est supérieur pour les femmes mais les variations ne sont pas de même ordre de grandeur selon la CSP : la différence est d'autant plus faible que la personne appartient à une catégorie sociale plus défavorisée.

En 1980, le même indicateur fait apparaître des écarts moins marqués entre ces groupes sociaux. L'enquête de 1980 montre également des différences très sensibles entre catégories sociales selon les domaines pathologiques. Si l'on prend le rang des groupes de maladies en fonction de la fréquence, pour les hommes les proportions et l'ordre sont très divergents : maladies de l'appareil circulatoire et affections respiratoires sont en tête chez les agriculteurs exploitants, les patrons de l'industrie et du commerce, ainsi que les professions libérales et cadres supérieurs (respectivement, en proportion de l'ensemble des diagnostics pour chaque CSP : 21,8/13,4 % - 17,8/14,4 % - 16,3/12,8 %) ; chez les cadres moyens, les employés, les ouvriers et personnels de service, ce sont les affections respiratoires qui prédominent, suivies par les maladies circulatoires (cadres moyens), les états morbides mal définis (les employés) et les traumatismes (ouvriers) (respectivement : 16,5/13,7 % - 17,9/13,8 % - 16,3/12,5 %). Les troubles mentaux sont d'un poids plus important chez les indépendants et les cadres supérieurs que chez les employés et les ouvriers. Pour les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire ont les fréquences les plus élevées pour les agricultrices, patrons de l'industrie et du commerce et les ouvrières/personnels de service ; ce sont les troubles mentaux qui viennent en tête chez les cadres, les maladies respiratoires chez les cadres moyens et les états morbides mal définis chez les employées ; de tels états sont en seconde et troisième position respectivement pour les femmes patrons de l'industrie et du commerce, - les cadres supérieurs et moyens ; ce sont les maladies du système ostéo-articulaire qui occupent le troisième rang chez les agricultrices.

À plusieurs reprises on a vu que certaines pathologies comme les affections cardio-vasculaires étaient corrélées avec l'âge : la prise en compte de l'âge change-t-il les écarts entre CSP ? Pour les maladies de l'appareil circulatoire, l'introduction de l'âge réduit les

écarts mais le poids de ces pathologies reste bien inférieur chez les ouvriers par rapport aux indépendants et aux cadres supérieurs. De la même façon, si l'écart se réduit très légèrement après 40 ans pour les accidents, on voit apparaître le poids considérable qu'ils prennent chez les jeunes ouvriers.

De 1973 à 1980, l'augmentation des diagnostics s'est opérée surtout par l'élévation des pathologies de l'appareil circulatoire et des troubles mentaux : toutes les CSP sont-elles également concernées ? On note que le poids des maladies cardio-vasculaires est resté stable chez les hommes cadres tandis qu'il s'est accru chez les ouvriers et personnels de service, sans que cette augmentation ait bouleversée les écarts, on l'a vu. Par contre, la part de la pathologie mentale est devenue plus grande au sein des deux CSP. On observe également une particularité qui 'sépare' les cadres des ouvriers pour les pathogies cardio-vasculaires : ensemble des diagnostics et premiers diagnostics ont augmenté au même rythme chez les ouvriers, alors que le rythme annuel moyen d'accroissement des premiers diagnostics est, pour les cadres, deux fois et demi plus rapide que celui de l'ensemble des diagnostics (recours plus fréquent au spécialiste ou diagnostic plus précoce de ces affections ?).

Quelles que soient les enquêtes considérées[130], il est évident que la morbidité médicalement attestée offre à l'observation des écarts significatifs selon l'âge, le sexe et la catégorie socio-professionnelle. L'introduction de la durée permet d'établir que les réductions qui s'opèrent à certains niveaux sont souvent compensées par un accroissement d'écart ou de nouveaux écarts à d'autres niveaux. La mise en perspective de ces résultats avec les données de mortalité appellent deux remarques : que l'inégalité face à la mort soit éminemment sociale trouve un large écho dans l'observation de la morbidité médicalement attestée ; l'étonnement surgit plutôt de ce qu'il paraisse y avoir non-coïncidence entre la fréquence et le rang des maladies qui sont causes de décès et la fréquence et le rang de celles qui sont soignées dans le cadre de la médecine libérale. Nous avons indiqué ci-dessus que cancers, traumatismes et alcoolisme sont beaucoup plus fréquemment diagnostiqués à l'hôpital. On sait par ailleurs que "le taux de décès à domicile semble se stabiliser aux alentours de 30 % depuis 1980[131]." Dans ces conditions, tant que nous ne disposons pas d'enquêtes représentatives de l'ensemble de la morbidité médicalement attestée, dans les secteurs public et privé, en médecines ambulatoire et hospitalière, il est difficile d'effectuer des comparaisons rigoureuses entre mortalité et morbidité. Peut-on espérer trouver de meilleurs ajustements entre la morbidité déclarée par des échantillons représentatifs de l'ensemble de la population et la mortalité ?

---

[130] Les données de morbidité élaborées pour la Région parisienne par le Dr Komarover, de 1962 à 1974, ne contredisent pas les grandes tendances. "Malgré ses limites évidentes, la statistique des avis du contrôle médical favorables à la mise en œuvre des articles L 286 et L 293 du code de la Sécurité sociale constituent une source de données sur la morbidité qui dans un contexte général relativement pauvre, peut fournir des renseignements du plus grand intérêt." (Jacques VALLIN (1979), op.cit., p. 135).

[131] Michelle LE TURDU (1992), op.cit., p. 3.

La morbidité déclarée.

Nous avons noté que les populations avaient leurs propres interprétations de la maladie, plus ou moins indépendantes de la conception médicale. Il est donc important de prendre la mesure de la morbidité au niveau de la population elle-même, dans sa différenciation sociale pluridimensionnelle. Cela permet, en outre, d'appréhender les écarts, s'il existent, entre la morbidité déclarée par le public et la morbidité diagnostiquée par les médecins.

En France, nous disposons des enquêtes décennales conduites par l'INSEE et le CREDOC/CREDES en 1970, 1980 et 1991 sur les consommations et les soins médicaux : elles donnent des informations à propos de la pathologie existante le jour du premier entretien (assimilée à la pathologie chronique) et de celle qui survient incidemment au cours d'une période de trois mois (assimilée à la pathologie aiguë). De plus, en 1986-1987, l'INSEE a inclu un volet 'santé' (sous le double aspect morbidité et biographie sanitaire) dans son enquête '*Étude des conditions de vie* [132].'

Sans entrer dans le détail de chacune des enquêtes, relevons les résultats les plus pertinents au regard de notre questionnement. Toutes les enquêtes que nous venons de citer corroborent une morbidité différentielle selon les sexes, déjà notée pour la morbidité médicalement attestée, et qui est tout à fait paradoxale au regard de la mortalité : les femmes, qui ont une bien meilleure espérance de vie que les hommes, déclarent plus de maladies que les hommes. Même s'il existe des variations entre les enquêtes, le fait massif est la relative constante du sex ratio en matière de morbidité sur plus de 20 ans (entre 1,2 et 1,4). A regarder la dispersion des pathologies déclarées par l'un et l'autre sexe, il apparaît que les femmes signalent un plus grand nombre de troubles, plus diversifiés et plus flous, dont le caractère est peu létal, alors que les hommes ont des taux plus élevés de morbidité pour des pathologies génératrices de mort.

Qu'en est-il de la morbidité déclarée en fonction de la stratification sociale ? Prenons les résultats de l'enquête INSEE/CREDOC 1980. Cadres supérieurs, employés et ouvriers qualifiés ont le nombre le plus élevé, par personne, de morbidité déclarée 'existante' (assimilée à la morbidité chronique) mais l'écart avec les autres catégories sociales n'est pas très important. La morbidité 'aiguë' est plus déclarée par les cadres supérieurs et professions intellectuelles, puis par les employés, tandis que les agriculteurs et les artisans-commerçants la déclarent le moins. L'enjeu est de distinguer les maladies selon leur importance sur le plan

[132] Cette enquête de l'INSEE s'inscrit dans le prolongement de celle de 1978-1979 "Situations défavorisées", dont elle a visé à améliorer les indicateurs. Cf. André VILLENEUVE, Construire un indicateur de précarité : les étapes d'une démarche empirique, *Économie et statistique,* n° 168, 1984. L'enquête de 1986-1987 a inclu un volet "santé" à plusieurs dimensions.

létal, de façon à repérer, si elles existent, les différences significatives au regard de l'inégalité sociale devant la mort.

> "Sans que ces différences soient considérables, on voit tout de même que les ouvriers non qualifiés et les salariés agricoles, qui ont la mortalité la plus forte (*l'auteur se réfère ici aux statistiques issues de l'enquête longitudinale de l'INSEE et non à celles de l'état-civil, que nous avons précédemment citées*), ont toujours une valeur parmi les deux plus élevées pour les causes les plus dangereuses sur le plan vital : maladies cardio-vasculaires, endocrines, du tube digestif, tandis que les cadres supérieurs et les professions intellectuelles et intermédiaires, les mieux loties sur le plan de la mortalité, ont, sauf pour la bouche, les dents, la peau et le tube digestif, les valeurs les plus basses (...) De toute évidence, la mise en lumière des différences de morbidité sociale en fonction de la gravité sur le plan vital serait encore plus nette si on pouvait disposer de suffisamment de cas précis de maladies ayant le plus grand poids sur le plan de la mortalité (...) Il n'y a donc pas de mystère : les maladies par lesquelles les inégalités sociales face à la mort s'expriment sont bien les mêmes que celles que l'on retrouve pour la morbidité sociale différentielle[133]."

Comparer des données d'enquêtes de morbidité médicalement attestée avec celles d'enquêtes différentes de morbidité déclarée ne manque pas de pertinence. Pourtant la rigueur comparative en pâtit puisque l'échantillonnage n'est pas le même et n'est pas du même ordre. Mais il existe une enquête 'locale' française, sur un échantillon de population d'une agglomération urbaine importante (Boulogne-Billancourt), qui a procédé à l'enregistrement de la morbidité déclarée et qui l'a confronté à un bilan médical de santé auprès des mêmes individus[134]. On observe les mêmes tendances, concernant les groupes de maladies qui affectent cette population urbaine, que dans les autres enquêtes. Cependant

> "il apparaît que les affections médicalement constatées sont nettement plus nombreuses que les maladies déclarées, les plus grandes différences portant sur les affections chroniques omises dans les déclarations et cependant connues des sujets concernés."

Pour une part ces 'oublis' dans les déclarations sont dûs à la présence routinière des pathologies chroniques (lorsque leur premier diagnostic n'est pas récent et que les traitements thérapeutiques limitent la gêne et/ou la souffrance qu'elles occasionnent, elles ne mobilisent pas la conscience immédiate) ; pour une autre part, certaines pathologies sont 'tabous' au point que le déclarant préfère les occulter[135]. Dans une enquête faite en Angleterre au milieu

---

[133] Pierre AÏACH, in Gilles BRÜCKER et Didier FASSIN (1989), op.cit., pp. 355-356.

[134] D. MINVIELLE, P. AÏACH, A. LECLERC, D. CEBE et J. PIESSET, Problèmes de santé et inégalités sociales, *Santé Sécurité Sociale. Statistiques et commentaires,* Tome A, n° 4, 1977.

[135] Commentant un travail de Francine SAILLANT (Fabriquer le sens : le réseau sémantique du cancer), Pierre ACHARD écrit : "Si l'on prend au sérieux la notion de «charge symbolique», il ne faut pas y voir un simple problème de connotation. Autrement dit, *si*

des années 80, la sociologue britannique Mildred Blaxter note qu'il y a accord dans plus de 80 % de cas de pathologies chroniques entre déclarations des patients et diagnostics médicaux. D'après son analyse, les désaccords tiennent à la sous-déclaration de certains individus, dont les plus de 50 ans et les membres de professions manuelles[136]. Si une telle sous-déclaration mérite la plus grande attention du point de vue d'une 'surveillance épidémiologique' et des conséquences que l'on en tire sur le plan de l'action publique, elle est tout aussi pertinente sociologiquement parce qu'elle paraît être liée à des processus psycho-culturels qui s'accomplissent surtout au sein de certains groupes d'âge et de certaines classes sociales.

Les indicateurs ou indices des limitations occasionnées par la morbidité vont-ils également dans le sens d'une différenciation sociale de leur apparition au sein des populations ? Une rapide comparaison de l'absentéisme au travail dans les pays industrialisés, au début des années 80, atteste déjà du bien-fondé de l'hypothèse : le nombre moyen de jours par an au cours desquels les gens s'absentent de leur travail pour raison de maladie est de 14,9 en France alors qu'il est de 12,3 en Allemagne, de 8,5 aux Pays-Bas, de 4,9 aux Etats-Unis, mais de 17,1 en Australie, de 19,6 en Suède et de 20,0 au Royaume-Uni. En outre cet indicateur connaît d'importantes variations dans la durée : en France, il est de 13,2 au début des années 60 pour atteindre son maximun à 16,8 en 1978 avant d'amorcer sa décroissance ; en Allemagne, il est de 13,9 en 1960 puis baisse régulièrement jusqu'en 1967 (10,6) avant de croître et de se stabiliser à nouveau entre 12 et 13 jours/an ; sur la même période, il est relativement stable aux Etats-Unis (entre 5 et 6 jours/an)[137].

L'enquête de l'INSEE «*Étude des conditions de vie 1986-1987* » permet d'affiner ce premier constat grâce à la construction d'indices globaux (par analyse factorielle des correspondances ou AFC) de morbidité, d'incapacité dans le travail, d'incapacité permanente, de perception de l'état de santé (l'équivalent d'un 'health status') et d'histoire de la santé[138]. L'une de ces AFC nous donne un premier mode de structuration qui est le suivant : aux personnes en parfaite santé, sans incapacité, s'opposent des individus très malades, se percevant comme tels, inaptes au travail et fortement handicapés dans leur vie quotidienne ;

---

effectivement le plus important ce n'est pas la maladie, c'est le mot, il faut alors insister sur le fait que, d'un point de vue cognitif et typologique, un certain nombre de choses peuvent être des cancers, mais qu'on n'utilise pas le mot tant que le malade n'est pas condamné. Prononcer le mot risquerait au-delà de nos convictions les plus raisonnables, de créer la chose. On sait bien mais quand même ..." in *Sciences Sociales et Santé,* VIII, n° 3, 1990, p. 44.

[136] Cité par Pierre AÏACH, in Gilles BRÜCKER et Didier FASSIN (1989), op.cit., p. 350.

[137] OCDE, *La santé en chiffres. 1960-1983. Dépenses, coûts, résultats,* Études de politique sociale n° 2, 1985, p. 137.

[138] Jacqueline BOURGET-DEVOUASSOUX, Santé et inégalités, *Solidarité Santé. Études statistiques,* n° 2, 1992, pp. 49-61. Par la technique d'AFCM, l'auteur a mis progressivement en place divers indices regroupant a priori, selon une détermination théoriquement fondée, divers indicateurs collectés lors de l'enquête. Ainsi l'indice final de prise en charge des maladies chroniques agrège morbidité déclarée et symptômes perçus, initialement distingués.

entre les deux groupes, celui des personnes usées par le travail, ayant des affections chroniques, peu aptes à travailler ; la courbe du suivi médical est décroissante du groupe des très malades à celui des bien-portants en passant par le groupe intermédiaire. Cette première esquisse appelle le commentaire suivant de l'auteur :

> "... cette tentative d'approche multidimensionnelle de la santé surprend en ce qu'elle met en lumière le caractère tout à fait secondaire, pour rendre compte des inégalités en ce domaine, d'une part du niveau de protection sociale, et d'autre part de tout ce qui relève de la responsabilité individuelle en matière de protection ou d'exposition de la santé (...) On ne saurait évidemment en conclure que ces variables ne jouent aucun rôle. Plus vraisemblablement c'est par l'intermédiaire d'autres facteurs que leurs effets se font sentir."

L'approfondissement de l'analyse met en exergue de nouveaux constats. Les différences de morbidité entre les sexes sont confirmées : un tiers des hommes contre seulement un cinquième de femmes sont en très bonne santé ; à l'inverse, 7 % des hommes et 11 % des femmes atteignent les scores les plus élevés de morbidité. Les incapacités dans la vie quotidienne sont à peu près uniformément répandues entre les deux sexes jusqu'à 70 ans ; à partir de cet âge l'invalidité est plus fréquente et plus lourde chez les femmes : la longévité féminine paraît se payer d'un lourd tribut sur le plan des incapacités. Par contre il n'y a pas de différences remarquables au niveau des incapacités liées au travail : au cours de leur vie professionnelle, la plupart des hommes et des femmes n'ont pas souffert d'incapacités, sauf les 8,5 % (les deux sexes confondus) qui ont eu plusieurs arrêts de travail de longue durée ou un arrêt définitif.

Source : Bourget-Devouassous (1992), p.55.

Observe-t-on un semblable décalage entre morbidité et incapacités lorsque l'on fait intervenir les groupes socio-professionnels ? Il n'en est rien.

Sur le plan de la morbidité, un homme jeune sur deux est en très bonne santé indépendamment de la CSP. Les différences apparaissent et

Source : Bourget-Devouassous (1992), p. 56.

s'accentuent avec l'âge : ouvriers et employés ont des niveaux de morbidité plus élevés. À 40-65 ans, ouvriers, employés et agriculteurs sont seulement 25 % à être en très bonne santé contre un tiers de cadres et de patrons. À 65 ans et plus, le privilège des cadres est patent : pratiquement un tiers d'entre eux est encore en bonne ou très bonne santé. Pour les

Source : Bourget-Devouassous (1992), p. 57.

femmes, les différences sont du même ordre. La particularité vient des femmes de 40 ans et plus qui n'ont jamais exercé dans la vie active : elles
ont un niveau de morbidité élevé, proche de celui des ouvrières et des employées.

À partir de 40 ans, les incapacités de la vie quotidienne affectent beaucoup plus les hommes ouvriers, employés et agriculteurs, qui déplorent trois fois plus que les cadres de devoir restreindre leur activité. Après 65 ans, les écarts s'accentuent : les incapacités sont deux fois plus fréquentes chez les ouvriers et les agriculteurs que chez les cadres et les incapacités des premiers sont plus 'lourdes'. Les tendances sont du même ordre pour les femmes, quoique moins accentuées. A l'inverse de la morbidité, leur inactivité paraît avoir un effet protecteur sur les risques d'invalidité, même si par ailleurs les femmes d'ouvriers inactives sont celles qui ont le plus fort taux d'incapacité.

Les disparités d'incapacité au travail manifestent la même logique sociale : de 40 à 64 ans, un ouvrier sur dix est en arrêt définitif de travail et un sur trois souffre au moins d'une incapacité professionnelle ; aux mêmes âges, seulement un cadre sur cent a été obligé de s'arrêter de travailler, tandis que pour le plus grand nombre l'activité professionnelle se poursuit sans accroc. Les femmes ne manifestent pas de telles différences en termes d'incapacités permanentes limitant ou arrêtant l'activité professionnelle. Notons toutefois que,

si les ouvrières ont moins d'incapacités au travail que les ouvriers, pour les femmes cadres supérieurs le phénomène est inverse.

De tels résultats ne diffèrent pas, sur le plan des incapacités, de ceux obtenus une dizaine d'années auparavant par Alain Charraud et Olivier Choquet à partie de l'enquête décennale "Santé" de 1980[139] :

> "L'incapacité n'est qu'une composante de la notion générale d'état de santé. En particulier, elle n'a rien de commun avec le risque vital. La construction de l'indicateur proposé ici le montre : il est fondé exclusivement sur la capacité à effectuer certains gestes pour ses deux premiers niveaux (*il s'agit de l'incapacité au domicile et de celle à l'extérieur du domicile)* . Quant aux «maladies incapacitantes», conceptuellement ce ne sont pas des maladies à risques ; et dans les faits, peu d'entre elles comportent un risque associé (...) Et pourtant la hiérarchie sociale que révèlent les indicateurs d'espérance de vie ou de probabilité de décès est très proche de celle produite par l'indicateur d'incapacité. Ce résultat, établi au niveau des catégories ne signifie en rien que ce sont les mêmes individus qui souffrent d'incapacité et qui décèdent prématurément. Simplement il rend vraisemblable l'hypothèse que des facteurs identiques, comme de mauvaises conditions de travail, sont à l'origine des deux phénomènes."

Les recherches conduites dans d'autres pays en matière de morbidité, d'incapacité et de perception de la santé attestent de l'influence du social sur la santé en ce que des écarts du même ordre sont observés en fonction des grandes fractures de la division sociale. C'est le cas en particulier des résultats obtenus en Grande-Bretagne à partir de l'enquête GHS (General Household Survey) dont voici les principales tendances relevées en 1982[140]. En matière de maladies chroniques et aiguës, il existe un écart important entre les métiers sans qualification (classe V) et les professions libérales (classe I). Chez les hommes, l'absentéisme au travail pour cause de maladie ou d'accident est deux fois plus élevé pour ceux qui occupent des emplois manuels semi-qualifiés et non-qualifiés que pour ceux qui exercent des professions libérales. Enfin on se perçoit d'autant plus en mauvaise santé que l'on appartient aux classes populaires.

---

[139] Alain CHARRAUD et Olivier CHOQUET, L'inégalité devant les incapacités physiques, *Économie et statistique,* n° 170, 1984 (citation des pp. 30 et 32). Les auteurs reconnaissent que les handicapés les plus sévères jeunes et adultes, le plus souvent placés en institution, ont échappé à l'enquête qui était effectuée auprès des ménages. On dispose aujourd'hui d'un ensemble de données sur ces institutions et ces handicapés : Annie TRIOMPHE (sous la direction de), *Les personnes handicapées en France. Données sociales,* Paris, INSERM et Publications du CTNERHI, 1991.

[140] Office of Population Censuses and Surveys, *General household survey,* London, HMSO, 1984.

L'analyse de la mortalité a permis d'établir des écarts spécifiques entre populations étrangères et populations autochtones : qu'en est-il de la morbidité ? La réponse à une telle question est d'autant plus complexe que le visage de l'immigration a changé, en particulier depuis 1974, première date de l'arrêt officiel de 'l'immigration de main-d'œuvre', et que les données disponibles concernent les étrangers, quelle que soit leur génération, à l'exclusion des populations d'origine étrangère mais de nationalité française, en particulier ces jeunes dits de la 'seconde' ou de la 'troisième' génération[141]. Au sein des primo-arrivants, les demandeurs d'asile et réfugiés présentent un profil sanitaire particulier : ceux qui arrivent avec un accord préalable font l'objet d'un dépistage systématique qui révèle des parasitoses intestinales chez 60 % d'entre eux, des bactérioses dominées par la tuberculose (2 à 3 %) et diverses séquelles incapacitantes (dont des blessures de guerre et des troubles mentaux) ; ceux qui arrivent sans accord (90 % des réfugiés en 1987) ne bénéficient pas de prise en charge médicale à leur arrivée, sauf de la part des ONG (Organisations non gouvernementales) : beaucoup souffrent des suites des conséquences dramatiques de leur persécution (dont les tortures). Les membres des familles rejoignant un travailleur migrant constituent la seconde catégorie des primo-arrivants : outre les parasitoses intestinales (souvent diagnostiquées chez les jeunes enfants d'origine tropicale), c'est la tuberculose qui attire l'attention (taux d'incidence de 5,3‰ chez les Africains noirs contre 0,1‰ chez les Français), d'autant plus qu'elle apparaît dans un intervalle de 6 à 18 mois après leur arrivée, - et dans une moindre mesure l'hépatite B et le VIH (virus du sida). Enfin les migrants de retour de vacances à l'étranger constituent une catégorie particulière parce qu'ils ont perdu en France certaines immunités : 38 % des cas de paludisme observés en France en 1986 concernent des patients de nationalité africaine.

La morbidité la plus fréquente et souvent grave est constituée par les accidents de travail : plus d'un étranger sur dix est accidenté dans la métallurgie et un quart dans les BTP (Bâtiments et Travaux Publics). Au terme d'une enquête locale, le Service Social d'Aide aux Emigrants concluait : "l'accident de travail est un événement malheureusement trop "fatalement" présent (plus fréquent dans les dix premières années de migration)".

Une enquête de 1981 établit que la surveillance de la grossesse est moins bonne chez les femmes étrangères (pas ou peu de consultations prénatales) alors qu'elles ont des problèmes spécifiques (fréquence plus importante de toxoplasmose et de rubéole, entre autres difficultés). L'observation ethnographique de leur accouchement à l'hôpital public (cas les plus fréquents) révèle un cumul d'obstacles à son bon déroulement :

---

[141] F. BOURDILLON, P. LOMBRAIL, M. ANTONI, J. BENREKESSA, R. BENNEGADI, M. LELOUP, C. HURAUX-RENDU and J.C. SCOTTO, La santé des populations d'origine étrangère en France, *Social Science and Medicine,* Vol. 32, n° 11, 1991, pp. 1219-1227. Pour la morbidité des populations étrangères, nous prenons les principales données de cet article, qui comporte par ailleurs une abondante bibliographie.

"L'accouchement à l'hôpital en même temps que médicalisé est surtout désocialisé. Privé de l'écho féminin familier et cérémoniel, la jeune femme est frustrée d'une sanction qualifiante. Le pouvoir médical est bien différent de celui d'une "quabla" (*accoucheuse traditionnelle au Maghreb)*. Pas toujours à même d'en apprécier les avantages incontestables (hygiène, qualité des soins) comment n'en saisirait-elle pas les inconvénients majeurs, les différences : position traumatisante, inhabituelle (pour elle inadaptée et impudique), absence de gestes et paroles familières, de rituels rassurants, a fortiori quand la barrière linguistique interdit toute possibilité de communication[142]."

Enfin on observe que les enfants étrangers ont un taux d'hospitalisation plus élevé que dans la population générale. Même si on le standardise en tenant compte de la CSP du père et de l'existence d'une activité professionnelle maternelle, ce taux reste significativement plus important. Témoin d'une morbidité, l'hospitalisation l'est aussi de l'attitude des médecins qui préfèrent une solution de sécurité quand la communication avec la famille est difficile et/ou qui adoptent ce mode de soins pour accélérer la prise en charge par l'aide sociale. La morbidité n'est pourtant pas spécifique : c'est la plus grande fréquence qui l'est (sur-représentation des affections de l'appareil respiratoire, des intoxications accidentelles, des brûlures et des accidents par défénestration).

Les différences de morbidité des populations étrangères vivant en France, on le voit, sont extrêmement importantes, moins selon la nationalité d'origine qu'au regard des conditions de travail, de vie et de soins qui sont les leurs.

Comme la mortalité, les indices de morbidité sont sujets à des variations en fonction du sexe, de l'âge de la classe sociale et du statut d'étranger ou de la situation de migrant. Les constatations sont formelles : les troubles de santé sont le produit d'une rencontre entre le corps humain et les divers éléments matériels et culturels, produits par les sociétés, qui l'environnent ; leur importance aussi bien que les écarts de leur fréquence selon les positions au sein d'un espace social pluridimensionnel peuvent diminuer ou augmenter selon leur nature, mais globalement ils ont tendance à s'accroître (en dix ans, d'après l'enquête décennale de l'INSEE, la morbidité déclarée a considérablement augmenté, même si l'on tient compte de l'effet des maladies dites 'rattrapées' introduit par la procédure de recueil de 1980). Est-ce que l' 'auto-gestion' de la santé et le recours au système de soins sont plus uniformément répandus ? L'entretien et le développement de son corps sont-ils un souci également partagé ? L'accessibilité du système de soins est-elle la même pour tous, compte tenu du système de protection sociale ?

---

[142] Camille LACOSTE-DUJARDIN, Être mère à l'étranger, *Migrations Santé,* n° 54/55, 1988, cité par F. BOURDILLON et alii (1991), op.cit., p. 1223. On trouve des notations du même ordre dans : Michèle FELLOUS, *De l'état de fille à l'état de mère. Journal de travail,* Paris, Méridiens-Klincksieck, 1988, en particulier le chapitre '7 avril - Le vide social de la femme émigrée, les nouveaux rituels', pp. 99-108.

3. Pratiques de santé et consommation médicale.

L'opposition entre les soins professionnels et les soins personnels et/ou familiaux est une fausse dichotomie : en général les individus prennent soin d'eux-mêmes, qu'ils ressentent ou non des troubles, et la recherche d'une aide professionnelle, médicale ou non, en fait partie. De la même façon on distingue les 'conduites de santé' et les 'conduites de maladie'[143] : préparer son repas quand on est enrhumé et fiévreux relève-t-il de l'une ou l'autre catégorie ? Pourtant la plupart des études séparent les 'comportements reliés à la santé' et les recours aux agents du système de soins, sans qu'il y ait la moindre tentative de penser théoriquement cet ensemble de pratiques, du moins en France. La principale difficulté vient de ce que la frontière entre les pratiques qui contribuent au développement, au maintien ou à la restauration de la santé, - et les autres, n'est pas facile à tracer. Le plus souvent on range dans la première classe toutes les pratiques dont on a pu montrer empiriquement que leurs variations avaient un lien avec la détérioration ou l'amélioration de la santé, avec l'apparition de symptômes ou de maladies (ou leur absence). Une telle démarche est très liée à la conception classique de l'étiologie de la maladie qui recherche 'la' cause directe ou indirecte de son apparition[144]. Cependant rien ne permet d'affirmer ou d'infirmer que la contemplation

[143]Stanislas V. KASL and Sidney COBB, Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior, Part I, *Archives of Environmental Health,* vol. 12, february 1966, pp. 246-266 ; Part II, *Archives of Environmental Health,* Vol. 12, april 1966, pp.531-541.

[144] Marcel GOLDBERG, Cet obscur objet de l'épidémiologie, *Sciences Sociales et Santé,* Vol. I, n° 1, 1982, p. 60.

d'un beau spectacle ou le plaisir pris à parfaire un travail ne contribue pas positivement au maintien ou à l'amélioration de la santé.

Faute de disposer d'une théorie pertinente qui permettrait de recourir à des critères justifiés pour procéder au filtrage des pratiques, on est conduit, au moins en ce premier temps de description des données disponibles, à reprendre ce qui a été thématisé comme 'auto-gestion' de la santé (expression qui nous paraît être la plus proche du 'self-care' anglo-saxon) : il ne s'agit pas de désigner par là les seules actions conscientes et volontaires dont l'intention explicite est d'entretenir ou d'améliorer la santé, mais d'englober aussi bien les habitudes qui causent des dommages à la santé que les quêtes lucides de prévention de la maladie et de promotion du bien-être ainsi que les réactions aux symptômes et aux troubles qui se traduisent par des activités de recherche d'aide professionnelle ou d'auto-réparation (le plus souvent d'auto-médication).

Il suffit de prendre les principales causes de décès pour repérer un ensemble de comportements de consommation, de loisirs et de travail dont on a établi la probabilité statistique d'association significative avec des maladies létales ou graves, quand leur occurence est élevée : consommation d'alcool, de tabac ou de drogues, - consommation alimentaire qui s'écarte d'un régime diététique 'équilibré', - conduite à risque de véhicules automobiles à deux ou quatre roues, sédentarité ou exercice physique, - activité professionnelle sans prévention au contact de produits dangereux ou dans un contexte périlleux et malsain.

Alcool, tabac et drogues illégales.

Depuis Sully Lederman[145], divers travaux se sont attachés à montrer la covariation de la surmortalité masculine générale aux âges avancés et la mortalité par alcoolisme avec la consommation d'alcool et cette orientation a été poursuivie en prenant en compte le tabagisme. En 1986, selon une estimation de chercheurs de l'INED, un sixième de l'ensemble des décès serait dû, en France, à la consommation d'alcool et de tabac, mais à 35-64 ans c'est un décès sur cinq qui est provoqué par l'alcool et autant par le tabac[146]. Une telle association perdure sur les quarante dernières années, avec des variations. Dès la fin des années 50, la consommation d'alcool a diminué et cela s'est traduit par une baisse de mortalité par troubles mentaux et par cirrhose. Par contre, consommation de tabac et cancer du poumon ont

---

[145] Sully LEDERMAN, *Alcool, alcoolisme et alcoolisation,* 2 vol., Paris, PUF/INED, 1956 et 1964.

[146] Alfred NIZARD et Francisco MUNOZ-PÉREZ, Alcool, tabac et mortalité en France depuis 1950. Essai d'évaluation du nombre des décès dus à la consommation d'alcool et de tabac en 1986, *Population,*_ 48ème année, n° 3, 1993 ; Alfred NIZARD et Francisco MUNOZ-PÉREZ, Alcool, tabac et mortalité en France depuis 1950. Incidence de la consommation d'alcool et de tabac sur la mortalité, *Population*, 48ème année, n° 4, 1993, p. 1011.

augmenté jusque dans les années 80 : la mortalité due au tabagisme est en voie de diminution pour les hommes (comme la consommation de tabac) tandis que chez les femmes l'accroissement devrait se poursuivre ; on devrait observer les mêmes effets sur les maladies cardio-vasculaires (également liées à la consommation de tabac), de sorte que l'écart entre les sexes pour ce type de mortalité devrait s'amoindrir. Cancers des voies aéro-digestives supérieures et de l'oesophage, liés à la double consommation d'alcool et de tabac, diminuent chez les hommes et ralentissent leur croissance chez les femmes. Il reste que la surmortalité masculine attachée à ces causes reste élevée.

Depuis le début des années 60 la consommation globale d'alcool a diminué en France, avec une forte régression de la consommation de vin et de cidre au profit, il est vrai, de la bière. Deux fois plus d'hommes que de femmes ont des habitudes de consommation régulière et c'est entre 25 et 55 ans que les consommations sont les plus élevées : "un homme sur cinq, une femme sur cinquante boivent plus de quatre verres par jour, ce qui est généralement considéré comme la limite de l'acceptable pour l'organisme[147]." Si la consommation 'acceptable' est à peu près également répartie selon les PCS (Professions et catégories socio-professionnelles, selon la nouvelle nomenclature de l'INSEE, depuis 1982) pour les deux sexes, la proportion des 'buveurs excessifs' est très différente pour les hommes selon les PCS : 25,9 % des agriculteurs, 25,5 % des artisans, patrons et commerçants, 24,3 % des ouvriers qualifiés, 23,3 % des ouvriers non qualifiés, 18,1 % des techniciens, 12,5 % des cadres du privé, 12,3 % des professions intermédiaires du privé, 10,7 % des employés du privé et 10,3 % des cadres du public boivent cinq verres ou plus de boisson alcoolisée par jour (critère de 'l'excès' selon l'auteur de l'article cité).

De 1950 à 1976, les ventes de tabac ont progressé ; depuis cette date on observe une relative stabilité. En 1987, une femme sur cinq fume en moyenne cinq cigarettes par jour et deux hommes sur cinq dix-sept cigarettes ; mais un fumeur régulier sur deux et une fumeuse sur trois fument plus de vingt cigarettes par jour. La consommation maximale est atteinte entre 35 et 45 ans et son intensité est à la mesure de sa précocité. Ce sont les hommes ouvriers, suivis des employés, qui fument le plus tandis qu'à l'inverse, les femmes exerçant les métiers de bureau (employées et professions intermédiaires) fument plus que les ouvrières ; abstinence et consommation modérée sont surtout le fait des agriculteurs et agricultrices. On observe que 27 % des hommes et 5 % des femmes consomment à la fois alcool et tabac (respectivement 32 et 7 % en 1980) : le cumul des toxiques multiplie les risques.

Qu'en est-il de ces deux types de consommation sur le plan international ? En 1960, la France arrive en tête des pays industrialisés avec une consommation moyenne de 19,0 litres d'alcool par personne (13,1 au Luxembourg, - 12,5 en Italie, - 10,4 en Autriche, - 9,1 en Suisse, - 7,8 aux Etats-Unis et 7,5 en Allemagne). Depuis lors, les consommations ont

[147] Nicole GUIGNON, Alcool et tabac. Des plaisirs qui empoisonnent, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1990, p. 254.

fortement varié selon les pays : en France, Italie et Autriche, elles ont diminué (respectivement en 1983 : 15,2/12,3/10,2 litres) ; au Luxembourg, Suisse, Etats-Unis et Allemagne, elles ont augmenté : respectivement, en 1983, 18,0/11,7/10,5 (1981)/11,0 litres, de sorte que le Luxembourg est devenu le premier pays consommateur d'alcool depuis le début des années 80[148]. En matière de tabac, la consommation journalière moyenne de cigarettes par fumeur régulier s'est accrue dans tous les pays du début des années 60 à la fin des années 70 : de 11,2 à 16,5 en France, - de 11,9 à 21,3 aux Pays-Bas, - de 15,9 à 18,0 au Royaume-Uni, - de 11,3 à 21,0 en Allemagne, - de 11,5 (1970) à 13,4 aux Etats-Unis. D'autres sources de données suggèrent "que l'habitude tabagique est le fait de parts de populations qui vont en s'amenuisant mais aussi que les fumeurs réguliers tendent à accroître leur consommation quotidienne[149]." Au cours des cinq dernières années, les ventes de cigarette ont baissé de 15 % aux Etats-Unis et augmenté d'autant en Chine ; dans les pays de l'Union Européenne la consommation est restée stable[150].

La consommation de drogues illégales pose des problèmes de santé publique moins à cause de la mortalité directe qui lui est liée (0,33 % des toxicomanes, en France, meurent de surdose, contre 0,11 en Grande-Bretagne, - 0,35 aux Pays-Bas, - 1,39 en Suisse[151]) que par la prise en charge et l'aide nécessaires pour les drogués dépendants qui souhaitent se sevrer (ou que l'on oblige à se faire 'soigner') et à cause des risques de contamination par le virus du sida, qui sont liés à certains de ses usages[152]. Parce qu'illégal, l'usage de 'la drogue' est clandestin : nous le connaissons principalement à travers les réactions de la société face à cette pratique (interpellations policières, condamnations judiciaires, traitements médico-sociaux). Qu'en savons-nous à travers elles ? Usages et usagers de la drogue sont très différents :

> "les toxicomanes interpellés pour leur usage de stupéfiants sont plus jeunes que les condamnés, eux-mêmes plus jeunes que ceux qui ont recours au système sanitaire et social (... pour ces derniers la) toxicomanie est assez ancienne puisque l'on estime de 5

---

[148] Il est probable que cette position singulière du Luxembourg tient moins à l'alcool qui est consommé par les Luxembourgeois eux-mêmes qu'à celui qui est vendu aux 'visiteurs' de passage...

[149] OCDE (1985), op.cit., p. 132. Les nombres avancés avant la citation viennent aussi de cet ouvrage, pp. 141 et 143.

[150] Dominique GALLOIS, L'insolente santé du tabac, *Le Monde (L'économie)* , 6 octobre 1992, p. 32.

[151] "Drogués en Europe : aider ou sévir", *Le Monde,* 4 au 10 janvier 1993 (série de six reportages et analyses dans les principaux pays de l'Union Européenne). Les pourcentages cités sont extraits du second article (5 janvier).

[152] Douglas S. GOLDSMITH et Samuel R. FRIEDMAN, La drogue, le sexe, le sida et la survie dans la rue. Les voix de cinq femmes, *Anthropologie et Sociétés,* Vol. 15, n° 2-3, 1991 ; Michaël C. CLATTS, Sherry DERREN et Stéphanie TORTU, What's in a name ? La construction sociale du risque de sida chez les consommateurs de drogue à Harlem, *Anthropologie et sociétés,* Vol. 15, n° 2-3, 1991.

à 8 ans le temps qui s'écoule entre leur première «défonce» et le moment où ils font appel au système de santé[153]."

En 1987, la proportion des toxicomanes qui consomment de l'héroïne est de 58,8 % parmi les soignés et de 34 % parmi les interpellés ; pour le cannabis, elle est respectivement de 15,9 % et de 62,5 % ; pour la cocaïne, elle est de 1,9 % dans l'un et l'autre cas. De telles données partielles appellent compléments et approfondissements : entre les exigences de santé publique, de sécurité et de sauvegarde des libertés individuelles, le politique a besoin de bases plus sûres pour de justes décisions. Rappelons qu'en droit français, toute 'présomption d'usage' justifie une interpellation : une telle pénalisation incite à la clandestinité, c'est-à-dire rend difficile le contact avec les dispositifs de soins, et se révèle par là même "un obstacle majeur aux programmes d'échanges des seringues" (Professeur Montagnier, 1993).

Le mode d'alimentation.

Si un certain nombre de maladies de l'appareil circulatoire sont associées à la tabagie, la plupart d'entre elles sont davantage encore liées au mode d'alimentation : on a établi un lien entre la consommation de sel, l'hypertension et les maladies cérébro-vasculaires ; on sait que les cardiopathies (infarctus du myocarde et autres pathologies ischémiques) et l'athérosclérose sont fortement influencées par l'abus de graisses animales[154]. On a également établi que certaines formes de consommation alimentaire sont en cause dans l'apparition de cancers, en particulier ceux liés à l'appareil digestif : il existe une corrélation entre l'ingestion de thé brûlant et le cancer de l'œsophage, la mastication de bétel et le cancer de la cavité buccale, un mode d'alimentation qui comporte une forte proportion de pommes de terres, de matières grasses animales et de bière, - et le cancer du colon (la corrélation de ce type de cancer avec l'utilisation de graisses végétales est négative, tout comme est négative la corrélation entre consommations de fruits et légumes frais, et cancer du rectum)[155].

Ces observations épidémiologiques ne sont pas propres à la société française. A partir de données publiées par l'ONU, France Meslé montre que " les deux corrélations les plus fortes s'établissent entre cancer de l'intestin et consommation de viande et de céréales" (positive pour la première, négative pour la seconde). Mais c'est moins l'excès de consommation d'un constituant alimentaire qui importe qu'un type d'alimentation :

---

[153] Jean-Michel COSTES, La toxicomanie : un difficile passage à l'âge adulte ? *Données sociales,* Paris,, INSEE, 1990, p. 259. On trouvera des informations complémentaires, une réflexion théorique et une bibliographie internationale dans : Alain EHRENBERG (sous la direction de), *Penser la drogue, penser les drogues,* Paris, Ed. Descartes, 3 volumes, 1992.

[154] France MESLÉ et Jacques VALLIN, Les composantes de la mortalité cardio-vasculaire en France depuis 1925 : résultats d'une reconstitution historique, *Population,* 43ème année, n° 2, 1988.

[155] France MESLÉ, Cancer et alimentation : le cas des cancers de l'intestion et du rectum, *Population,* 38ème année, n° 4-5, 1983.

"Ainsi, l'Australie caractérisée par une forte consommation de viande de sucre et de matières grasses s'oppose au Japon où les consommations de céréales, de poissons et de légumes dominent. Les pays de l'Est (...) ont un profil alimentaire proche du Japonais, le poisson mis à part. Les pays d'Europe du Sud ont un profil alimentaire très particulier à forte consommation de céréales, de fruits et de légumes, mais aussi de matières grasses. Toutefois, les graisses consommées dans les pays méditerranéens sont essentiellement végétales et les risques encourus totalement différents. Les taux élevés de mortalité par cancer de l'intestin se retrouvent dans les pays de type Australie-R.F.A. et les valeurs les plus basses dans ceux du type Japon-Roumanie. La consommation de viande joue semble-t-il un rôle déterminant mais qui ne peut être dissocié de tout un univers alimentaire où l'excès de consommation est la règle[156]."

Les modes d'alimentation ne sont évidemment pas distribués au hasard : les lieux communs sur le nivellement des consommations alimentaires et leur homogénéisation industrielle, dans nos pays, font long feu dès que l'on se réfère à des données systématiquement recueillies qui démontrent une hiérarchie sociale des aliments[157]. En France, viande de boucherie, poisson, légumes et fruits frais, fromages sont surconsommés par les strates du haut de la pyramide sociale ; à l'inverse la sur-consommation de pommes de terre, pâtes alimentaires, pain et margarine est le fait des classes populaires. Plus précisément, à la fin des années 70, les endives sont nettement surconsommées par les industriels et gros commerçants, et sous-consommées par les ouvriers qualifiés et les agriculteurs, tandis que poireaux, petits pois et choux , légumes 'paysans', sont boudés par les cadres supérieurs ; si la banane est le fruit populaire par excellence, légèrement surconsommé par les ouvriers et les contremaîtres, fraises, raisins, cerises, pêches et poires sont consommés de plus en plus quand on passe des cadres moyens aux cadres supérieurs, professions libérales et industriels (il en est de même pour des fruits aussi communs que les pommes ou les oranges); lapins, volailles et viande de porc entrent surtout dans l'alimentation des agriculteurs, ouvriers et

---

[156] France MESLÉ (1983), op.cit., p. 755. Voir aussi Guy de THÉ, Annie HUBERT, *Modes de vie et cancers,* Paris , Ed. Robert Laffont, coll. Pluriel, 1988. Ce dernier ouvrage est un bel exemple d'interdisciplinarité efficace entre oncologue et anthropologue pour établir la chaîne causale entre un type d'alimentation, la transmission ou l'activation du virus d'Epstein-Barr et l'apparition d'un cancer du rhino-pharynx, par l'observation ethnographique de populations de Chine du Sud, du Maghreb et du Groenland et l'étude bio-chimique de prélèvements culturellement significatifs de leur alimentation.

[157] Claude GRIGNON et Christiane GRIGNON, Styles d'alimentation et goûts populaires, *Revue française de sociologie,* XXI-4-1980 ; Claude et Christiane GRIGNON, Les pratiques alimentaires, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1984 ; Raymond LEDRUT (sous la direction de), *L'évolution des pratiques alimentaires sous leurs aspects qualitatifs,* Toulouse, Rapport ronéo. de fin de contrat ATP 2765, Centre de Recherches Sociologiques, 1979 ; Claude FISCHLER, *L'homnivore,* Paris, Ed. Odile Jacob, 1990 ; M. AYMARD, C. GRIGNON, F . SABBAN (sous la direction de), *Le temps de manger. Alimentation, emplois du temps et rythmes sociaux,* Paris, INRA et Ed. de la MSH, 1993.

contremaîtres, tandis que les cadres supérieurs, professions libérales, industriels et gros commerçants font leurs délices du boeuf à rôtir et du mouton, des poissons et des crustacés.

"(...) les enquêtes annuelles de l'INSEE montrent que la consommation alimentaire des ouvriers demeure, en valeur, inférieure à la consommation moyenne de l'ensemble des ménages ; par rapport à celle-ci (indice 100), la consommation des ouvriers était, en 1979, à l'indice 90 (contre 105 pour les cadres supérieurs et 112 pour les industriels, les gros commerçants et les membres des professions libérales). Cet écart est remarquablement constant : l'indice de la consommation alimentaire des ouvriers était de 92 en 1967, 89 en 1972 et 1974, 90 en 1976 et 1977[158]."

Des enquêtes de marketing au cours des années 80 continuent à attester la perdurance de ces écarts dans les modes d'alimentation, même si on observe en même temps des phénomènes nouveaux, en particulier la séparation de plus en plus nette entre repas quotidien et repas de fête, - et la déstructuration des repas (mode du 'grignotage', horaires variables et personnalisés, réduction à un plat principal...)[159].

Comme on pouvait le supposer, les variations alimentaires se distribuent selon une logique propre aux traditions régionales. Chaque région française a des productions spécifiques qui continuent à marquer l'approvisionnement et les habitudes alimentaires, malgré la circulation sur tout le territoire de l'ensemble des produits disponibles : l'huile prédomine au sud et le beurre au nord ; le Sud-Ouest est producteur de volailles, le Centre-Est de veaux, l'Est et la Bretagne de porcs, l'Ouest de fruits de mer... Si l'on compose un panier standard à partir de la moyenne nationale de chacun des produits, on construit une abstraction mais on peut observer l'intensité des écarts de chaque région par rapport à cette moyenne : Région Parisienne, Centre, Poitou-Charentes, Aquitaine et Midi-Pyrénées sont les régions les plus proches du panier standard (viandes de boeuf, volailles et lapins, lait et yaourt prédominent) ; régions méditérranéennes, Auvergne, Rhône-Alpes, Bourgogne et Franche-Comté marquent une légère spécificité avec plus de viandes de veau et de mouton, de gibier et de fromage dans le panier de la ménagère ; Alsace-Lorraine, Champagne-Ardenne, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Haute-Normandie se singularisent davantage encore par l'abondance de la charcuterie, du saindoux, du beurre et de la crème fraîche ; enfin Basse-Normandie, Pays de Loire et Bretagne témoignent de l'écart le plus massif au panier standard par une surconsommation des produits de la mer et de leurs conserves[160]. Si l'on rapproche la carte des régions obtenue par leur classement selon leur distance au panier standard en 1977, des cartes de mortalité

---

[158] Claude et Christiane GRIGNON (1984), op.cit., p. 336.

[159] Gérard MERMET, *Francoscopie. Les Français : qui sont-ils ? où vont-ils ?* , Paris, Larousse, 1985, pp. 145-150.

[160] Nicolas HERPIN, Alimentation et régionalisme, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1984, pp. 340-341. "Si, poste par poste, est calculée la différence (en France) entre le panier standard et celui d'une région et si l'on somme le carré de ces différences, l'indicateur ainsi fabriqué donne une mesure globale des particularismes alimentaires d'une région".

générale en 1962 et 1982 (cf. cartes ci-après), il est étonnant de constater combien est grande leur relative coïncidence ! Cette carte de l'alimentation n'accorde pas de poids spécifique aux boissons alcoolisées : si on la compare avec la carte de la mortalité par alcoolisme et cirrhose du foie, on peut noter aussi une certaine proximité. Certains modes d'alimentation seraient-ils liés à des 'manières de boire' ? De tels rapprochements n'ont évidemment d'autre valeur qu'heuristique...

Au-delà des prescriptions culturelles innombrables (concernant les quantité et qualité des mets, leur mode de préparation, leur saveur, leur association préférentielle avec telle ou telle boisson, leur mode de présentation...), les pratiques alimentaires sont soumises à une autre contrainte, tout aussi déterminante : celle de l'emploi du temps. Cuisine raffinée et délicate mise en scène du repas ne dépendent pas seulement des revenus et des goûts : elles supposent disponibilité.

> "Les retraités et les mères au foyer se disputent les premières places pour la longueur des temps passés aux courses, aux préparations culinaires et aux entretiens alimentaires. Si la présence d'enfant(s) dans le ménage allonge la durée globale des préparations et des entretiens, c'est surtout un rythme quotidien plus saccadé, où les tâches s'enchaînent plus rapidement, qui caractérise le temps des
> mères au foyer. (...) Sur un laps de temps réduit, les mères au travail accomplissent le même volume d'activités que les mères au foyer. En quoi consiste leur gestion du temps ? Elles font la guerre au temps mort (...) Elles s'organisent en distribuant sur l'espace de la semaine (et non de la journée) l'ensemble de leur besogne (...) La mère au foyer, en raison des contraintes de temps qui pèsent sur elle et non pour des raisons idéologico-culturelles, est en mesure de négocier un partage plus égalitaire des productions domestiques[161]."

[161] Nicolas HERPIN, Comportements alimentaires et contraintes sur les emplois du temps, *Revue française de sociologie,* XXI-4-1980.

Sources : - les deux premières cartes : Tonnelier (1992), pp. 7 et 22 ;
- la carte suivante : Herpin (1984), p. 340.

L'importance du temps disponible et de la gestion du temps affecte, on le voit, le mode d'alimentation : de 1967 à 1981 le nombre de repas hebdomadaires pris à l'extérieur a notablement augmenté, sans doute du fait de l'enrichissement général, mais aussi du développement du travail féminin et de l'individualisation croissante des modes de vie[162]. Mais une telle variable n'est-elle pas également l'indice d'un accroissement de la fatigue et du stress dans nos modes de vie, dont on suppose qu'ils ont des effets de détérioration de la santé[163] ?

---

[162] Yannick LEMEL et Marie-Annick MERCIER, L'approvisionnement alimentaire, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1987, p. 408.
[163] H. SELYE, *Stress without distress,* Philadelphia, Lippincott, 1974.

Quels que soient les aspects nutritionnels de l'alimentation et leurs effets 'biochimiques' sur l'organisme, la relation de la nourriture et de la santé est aussi inscrite dans les cadres socio-culturels de notre perception du monde[164] : toutes sortes de croyances réfèrent les aliments à la santé et prescrivent des modes d'utilisation et de préparation particuliers pour la préserver ou la favoriser. L'émergence ou la redécouverte de 'produits naturels', de régimes alimentaires (par exemple le végétarisme) témoignent d'une vitalité culturelle en la matière qui ne se laisse pas enfermer dans les cadres d'une diététique bio-médicale[165].

Du mode de conduite automobile aux accidents de la route.

Cette dimension symbolique des pratiques est tout particulièrement importante dans la conduite automobile : réduire les accidents de la route, dont on a vu les conséquences désastreuses sur la mortalité des jeunes et des jeunes adultes, à de purs effets mécaniques de masses, de vitesses et de trajectoires, - ou à des conduites déviantes de transgression des règles de circulation revient à s'interdire la compréhension d'un phénomène aussi important en matière de santé. Sans doute, au regard de critères 'matériels' tels que l'augmentation régulière du trafic routier et autoroutier, il est tout à fait exact que, rapporté à un semblable critère, le risque d'accident diminue ; il est vrai aussi que la décroissance du nombre d'accidents s'accélère depuis 1980, surtout sous l'effet de mesures publiques de sécurité. Pourtant en 1990, avec plus de 160 000 accidents corporels, on a 6,3 tués pour 100 accidents et, parmi les 100 000 handicapés, plus d'un sur dix a une incapacité permanente de 50 % et plus[166].

Les véhicules automobiles ne sont pas seulement objet de concurrence entre producteurs : ils produisent aussi de la concurrence entre leurs propriétaires et /ou conducteurs d'un double point de vue. Au travers de la marque, de l'aspect extérieur et intérieur, de la puissance, d'un modèle neuf ou d'occasion, l'enjeu est souvent l'expression d'un statut social, d'une réussite sociale. Mais les véhicules servent aussi la concurrence pour l'espace : on le voit bien sur les autoroutes quand les conducteurs les plus pressés, au volant des voitures souvent les plus puissantes, exercent diverses manipulations à distance (appels de phare, klaxon) pour 'régner' sur la totalité de la voie de gauche en chassant les voitures les moins rapides. C'est que la

---

[164] Marc SORIANO, Traditions populaires et société de consommation : la situation en France, *Cultures,* n° 2, 1973. Voir en particulier le § 'le cuit et le mijoté', pp. 55-57.

[165] Claude FISCHLER, Gastro-nomie et gastro-anomie : sagesse du corps et crise bio-culturelle de l'alimentation moderne, *Communications,* n° 39, 1979. Sur l'aspect symbolique et les croyances en matière de nourriture, se reporter à : Stephen MENNELL, Anne MURCOT, Anneke H. van OTTERLOO, The sociology of food : eating, diet and culture, *Current sociology,* Vol. 40, n° 2, 1992, en particulier le chapitre 5 : Beliefs and practices about food and health : the lay perspective, pp. 42-47.

[166] Jean-René CARRÉ, Hubert DUVAL, Hélène FONTAINE, Sylvain LASSARRE, Les usagers de la route : une exposition au risque inégale, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1993, pp. 283-291.

conduite automobile est une conduite symbolique qui engage les actes les plus techniques dans des stratégies de dissuasion, de bluff, d'autorité ou d'expression ostentatoire de résignation et d'humilité :

> "Sur une route à deux voies de circulation, une file de voitures suit un camion ; chaque voiture souhaite le dépasser dès qu'un espace libre suffisant sur la voie de gauche se trouvera libre ; cet espace libre appartiendra à la voiture qui l'occupera la première : l'application à ce cas particulier de schèmes en vigueur dans d'autres domaines de la vie sociale et, particulièrement, dans celui de la bienséance et de la politesse, voudrait que la voiture immédiatement placée derrière le camion dépasse en premier, puis la seconde et ainsi de suite. La logique de la concurrence fait au contraire que l'appropriation de l'espace libre reviendra à la voiture qui, dans le conflit symbolique avec ses partenaires, arrivera à les dissuader de déboîter, puis les en empêchera physiquement en les dépassant sur la voie de gauche avant de dépasser le camion qui obstrue l'espace. L'effet de dissuasion sera obtenu par la mise en œuvre de conduites symboliques qui expriment non seulement la puissance mécanique de la voiture, mais aussi les aptitudes du conducteur et son esprit de résolution[167]."

Conduire un véhicule ne se réduit donc pas à l'application des règles du code de la route et des gestes techniques dont on a fait l'apprentissage : il existe des 'cultures automobiles', faites de perceptions et d'actions symboliques, différenciatrices de groupes de conducteurs, et qui sont transmises par les parents et les pairs, et s'acquièrent par l'expérience. On peut faire l'hypothèse, à la suite de Boltanski, que les accidents de la circulation s'accroissent à la mesure de l'augmentation de l'hétérogénéité sociale des conducteurs en interaction sur la route (due en particulier à la différence entre ceux dont l'apprentissage est récent et les autres). En effet, une telle hétérogénéité augmente les risques de malentendus, c'est-à-dire de mauvais déchiffrements des messages des autres concurrents et donc de désaccords sur les modes d'affrontements symboliques : la concurrence symbolique pour l'espace devient alors accidentellement concurrence physique et se traduit dans le meilleur des cas par des dégâts matériels, dans le pire par des blessures graves ou des décès.

Sédentarité et activités physiques.

Spécialistes de cardiologie et épidémiologistes ont établi que certains problèmes cardio-vasculaires sont liés à 'la sédentarité' : à titre de prévention ils recommandent à tous l'exercice physique, en particulier à ceux et celles que les postes de travail ou la sédentarité domestique obligent aux stations debout ou assises prolongées. Mais l'enquête INSEE *"Emplois du temps"* révèle que plus de deux français sur trois et presque trois femmes sur quatre (en dehors du milieu scolaire) n'ont pratiqué aucun sport en 1986. Si l'on met ce fait en

---

[167] Luc BOLTANSKI, Les usages sociaux de l'automobile : concurrence pour l'espace et accidents, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 2, 1975, p. 31.

perspective diachronique, on note pourtant que les vingt dernières années se caractérisent par une plus grande assiduité sportive, faute d'un accroissement massif des pratiquants. Depuis la fin des années 60, les sports qui attirent le plus sont le tennis, la natation, la course à pied ou la randonnée pédestre, le cyclisme ou la randonnée à vélo, la gymnastique, le ski et la planche à voile (par ordre décroissant). Dans le sens du mouvement de civilisation décrit par Norbert Élias (cf. ci-dessus), les sports collectifs et de compétition régressent : typique à cet égard est le glissement de l'athlétisme vers le jogging en solitaire, dont la côte de popularité progresse au détriment des 'multipratiques'.

> "Le jogging se dispose *homologiquement* par rapport à la crise des années soixante-dix. Non seulement il signale le passage d'une société du sprint et de la croissance à une société de la durée et de l'état stationnaire, mais il prépare l'individu aux pires éventualités écologiques. C'est un apprentissage typique d'une conduite de survie, avec son cortège d'impératifs : se préparer aux souffrances physiques et psychiques, mais rester en équilibre d'oxygène, maximaliser en toute circonstance et en tout lieu l'exploitation utile de sources d'énergie restreintes (...)[168]."

On peut se douter que de telles significations sont le fait d'une 'avant-garde' et qu'elles ne sont pas partagées par tous, à commencer tout simplement par le fait qu'il existe de fortes disparités sociales entre les pratiquants : parmi ceux qui font du sport, il y a presque trois fois plus de cadres que d'OS ; la proportion des sportifs selon les CSP suit très exactement la hiérarchie sociale : ce sont surtout les classes aisées qui s'engagent dans ce type d'exercice physique, même si le développement d'infrastructures appropriées et la diversification des formes d'activités sportives permet une plus grande diffusion (quoique lente) vers les classes moyennes et les groupes jusque là les moins sportifs, femmes et adultes âgés[169].

L'inscription des activités physiques et sportives dans une perspective de santé n'est pas seulement le fait des recommandations de professionnels de spécialités médicales : elle se traduit chez de nombreux pratiquants dans la préoccupation de la 'forme' et de l'apparence corporelle. L'enquête INSEP de 1985 montre que la pratique sportive est fortement liée à la morphologie de l'individu (définie par le rapport taille/poids) : les hommes, comme les femmes, sont d'autant plus nombreux à faire du sport qu'ils sont plus 'minces'. Ce n'est pas seulement une question de 'mesures objectives' : l'image que l'on a de soi est au contraire essentielle. Se sentir 'normal' ou à peine un peu 'rond' (en souhaitant 'un peu maigrir') est la condition d'accès au sport ; ceux et celles qui se voient trop 'gros' ne s'autorisent même pas à se livrer à des pratiques d'entretien au domicile. On note par ailleurs une association marquée entre pratiques physiques et vigilance alimentaire ; s'ajoute, chez les femmes, une plus grande

---

[168] Paul YONNET, *Jeux, modes et masses. 1945-1985,* Paris, Ed. Gallimard, 1985, pp. 122-123.

[169] Pascal GARRIGUES, Les Français et le sport, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1990, pp. 266-268.

propension des sportives à fréquenter les instituts de soins corporels esthétiques et à consommer produits de toilette et de beauté[170].

Conditions de travail : accidents et maladies professionnelles.

L'ensemble de ces constats révèle des pratiques et des conditions de vie très différenciées sur le plan social, que ce soit sur la dimension socio-économique ou sur la composante socio-culturelle. Parmi ces conditions de vie, les conditions du travail jouent un rôle non négligeable, même si les analyses statistiques effectuées jusqu'ici n'autorisent pas de conclusions définitives, en particulier du fait que les effets pathogènes du travail sont différés dans le temps (un salarié peut être malade aujourd'hui non pas du fait de son travail actuel mais à cause de celui qu'il a accompli au cours de sa carrière professionnelle antérieure).

Dans l'enquête CREDOC-INSEE de 1980, il existe des informations sur les horaires de travail. Même si les écarts ne sont pas très importants, ils vont très souvent dans le sens d'une aggravation quand on passe aux salariés (l'analyse porte sur les hommes seulement) qui travaillent de nuit soit par rotation soit systématiquement :

> "le travail en horaire décalé, surtout s'il comprend des périodes nocturnes, peut être la cause de troubles digestifs et de problèmes de poids, liés à l'irrégularité des horaires de repas, à la nécessité fréquente de manger sans appétit, voire à la difficulté de se procurer à de telles heures, des repas chauds et correctement équilibrés. On note aussi un petit surcroît de troubles nerveux et de migraines, ainsi qu'une fréquence légèrement plus grande de sensations de fatigue (limitée, cette fois, aux salariés devant travailler la nuit)[171]."

Des enquêtes locales confirment et approfondissent ces résultats généraux. Une enquête conduite en 1980 par le laboratoire de physiologie du travail et d'ergonomie du CNAM auprès des professions ouvrières de l'imprimerie (l'échantillon est de 1500 ouvriers) est exemplaire à cet égard. D'un côté, on observe une augmentation annuelle de la tension artérielle systolique, du poids et des atteintes digestives ou respiratoires, augmentations d'autant plus significatives que l'on passe des correcteurs aux compositeurs, puis aux clicheurs et enfin aux rotativistes. D'un autre côté, l'examen des conditions de travail révèle des disparités importantes : compositeurs et clicheurs font un travail de nuit de moindre

---

[170] Paul IRLINGER, Catherine LOUVEAU, Michèle MÉTOUDI, L'activité physique, une manière de soigner l'apparence ?, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1990, pp. 269-272. Voir aussi : Michèle PAGES-DELON, *Le corps et ses apparences. L'envers du look,* Paris, Ed. L'Harmattan, 1989, en particulier les chapitres 2,3,4 et 5.

[171] Serge VOLKOFF, Conditions de travail et santé, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1987, p. 452.

ampleur que les rotativistes, dont la charge physique et mentale de travail, dans un milieu bruyant et toxique, est beaucoup plus forte[172].

Les enquêtes régulières de l'INSEE sur les conditions de travail montrent l'ampleur des contraintes et nuisances dans l'exercice professionnel, ainsi que leur évolution. L'analyse de celle de 1984 permet d'opposer en un premier temps les ouvriers qui cumulent les risques et les nuisances (ils travaillent en des lieux sales, humides et exposés aux courants d'air, où ils sont amenés à respirer des fumées toxiques ou malsaines et où les risques de chute et d'électrocution sont importants, soit 17,8 % d'hommes et 10,4 % de femmes) et les ouvriers qui non seulement ne vivent pas ces désavantages mais bénéficient en outre de postures ergonomiques d'où les manipulations de lourdes charges sont exclues (21,3 % d'hommes et 44,1 % de femmes). En un second temps, l'analyse permet un affinement entre ces pôles extrêmes. Au premier on rencontre essentiellement des ouvriers du bâtiment, qui travaillent souvent dans des entreprises de taille faible ou moyenne : beaucoup n'objectivent même pas les risques qu'ils prennent tellement ils sont 'acceptés' et ils ne bénéficient pas de primes 'compensatoires'. Un second groupe rassemble les ouvriers, souvent des ouvrières, dont le travail s'effectue au service d'une machine ou d'une chaîne : ce sont de grandes entreprises qui développent des industries taylorisées ; tout y est géré par l'horloge pointeuse : le peu de risques et de nuisances a pour revers l'intensité du travail et l'isolement du travailleur. Le troisième ensemble relève des 'industries de process' dont l'exigence de rentabilisation du capital physique entraîne un travail en continu : un bon nombre d'ouvriers travaillent là selon le système des équipes alternantes ("3 * 8"), avec travail de nuit ou de samedi/dimanche selon les semaines ; les risques, pour la plupart 'objectivés' et donnant lieu à des primes, sont liés à la manipulation de toxiques, à la respiration de fumées et poussières, aux dangers de brûlure et d'infection. Enfin un quatrième groupe est constitué d'ouvriers au service d'une clientèle ; ils subissent peu de nuisances ou de risques mais la spécificité de leur travail tient à la pression de ses contraintes : ouvriers-boulangers, magasiniers, auxiliaires des spectacles, chauffeurs-routiers ont des temps de travail très longs, très particuliers et décalés, pour répondre au mieux aux exigences des clients de l'entreprise[173].

Les évolutions des nuisances, de 1978 à 1984, sont tout aussi significatives. La proportion des ouvriers exposés à la respiration de poussière régresse chez les hommes mais augmente chez les femmes ; il en est de même pour les risques de chute grave, la respiration de toxiques et les contraintes de rythme automatique. La proportion des ouvriers exposés aux risques liés au port ou transport de charges lourdes, aux températures toujours ou souvent très basses

---

[172] C. TEIGER, A. LAVILLE, et M. LORTIE, *Morbidité, mortalité différentielles et conditions de vie dans les métiers ouvriers de la presse parisienne,* Paris, Laboratoire de Physiologie du travail et d'Ergonomie du CNAM, 1980, cité par S. VOLKOFF (1987), p. 451.

[173] Francis KRAMARZ, Les conditions de travail des ouvriers, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1987.

augmente tant chez les ouvriers que chez les ouvrières. Enfin la proportion d'ouvriers exposés au bruit ou à des températures souvent ou toujours très élevées diminue (tous sexes confondus). En 1984, la proportion des ouvriers des deux sexes exposés à la respiration des poussières ou de toxiques est près du double de l'ensemble des salariés ; pour les autres nuisances ou contraintes, les écarts sont importants et toujours en défaveurs des ouvriers[174].

Quelles que soient les difficultés pour établir et démontrer les effets pathogènes de certaines conditions de travail, il reste que deux indicateurs témoignent, de façon incontestable, d'atteintes à la santé dont l'origine est l'exercice professionnel : les accidents de travail et les maladies professionnelles. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) dénombre les accidents du travail qui donnent lieu à un arrêt de travail d'au moins un jour ('accidents avec arrêt'). Bien que cela entraîne forcément une sous-estimation, on obtient tout de même, en 1980, 971 000 accidents du travail, dont 1 500 ont entraîné le décès de la victime et dont plus d'un sur dix sont d'une extrême gravité :

> "Ces nombres sont importants : *ils correspondent à près d'un décès par heure travaillée, un accident grave à la minute, un accident avec arrêt toutes les six secondes pour l'ensemble des salariés.* Si l'on pouvait prendre en compte l'ensemble des accidents déclarés (c'est-à-dire avec ou sans arrêt de travail), on atteindrait le rythme d'un accident toutes les trois secondes[175]."

Depuis 1955, on observe leur diminution dans tous les secteurs, en particulier dans les activités qui en comportaient le plus (bâtiment, mines et métallurgie). Cependant, depuis 1972, une certaine stabilité s'est installée sauf dans les pierres et terres à feu, la métallurgie et les caoutchoucs, les papiers-cartons. En 1984, on a recensé 866 000 accidents avec arrêt. La baisse de l'accidentéisme est bien confirmée : entre 1974 et 1984, le nombre de décès par accident de travail a diminué de 45 % et le nombre d'accidents graves (donnant lieu à versement d'une rente d'incapacité) de 32 %[176].

Le recensement des maladies professionnelles s'opère en fonction de 'tableaux' déterminés par la loi, qui définissent les pathologies susceptibles d'avoir été contractées dans le cadre du travail. En outre, pour être acceptées comme telles, il faut démontrer que la durée d'exposition au risque a été suffisante ou qu'il n'y a pas de délai trop long entre son diagnostic et la fin de l'exposition. Compte tenu de cet ensemble de restrictions, on dénombre 4085 cas de maladies professionnelles en 1984, qui témoignent sans doute moins de l'ensemble de la réalité pathologique du travail que de l'évolution de sa reconnaissance. On approche sans doute mieux cette réalité à partir des résultats de l'enquête SUMER : de décembre 1986 à juin 1987, six cents médecins du travail ont collecté 50 000 fiches sur un échantillon représentatif de salariés, dans lesquelles ils ont estimé les expositions habituelles à

---

[174] Serge VOLKOFF (1987), op.cit., figure 5, p. 453.
[175] Anne-Françoise MOLINIÉ et Serge VOLKOFF, Les accidents de travail, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1984, p. 160.
[176] Serge VOLKOFF (1987), op.cit., p. 455.

des agents, produits ou situations de travail susceptibles d'engendrer des maladies d'origine professionnelle.

> "Parmi les risques de maladies professionnelles recensées (...), *le bruit supérieur à 85 db* est le plus répandu : 13 % des salariés, 28 % des ouvriers, 43 % des salariés de la fonderie et du travail des métaux et 31 % de ceux du bâtiment, génie civil et agricole et dans les services marchands aux particuliers. Par ordre de fréquence décroissante, on trouve ensuite *les risques liés au travail sur écran cathodique,* auxquels sont exposés 9 % des salariés (un tiers des salariés des organismes financiers et des assurances) ; puis les travaux de nuit en équipes alternantes et autres horaires contraignants ; les maladies infectieuses, principalement dans le secteur sanitaire ; les affections périarticulaires ; les postures pénibles, les contraintes thermiques ; les vibrations, etc. Les expositions à des risques de *type chimique* sont aussi relativement fréquentes[177]."

A ce tableau, il convient d'ajouter des notations issues d'enquêtes locales : les mesures de prévention définies pour les salariés à statut stable et qui leur sont généralement appliquées, sont loin de recevoir la même attention dans l'encadrement des salariés sous contrat à durée déterminée et des sous-traitants non salariés, qui en plus n'ont pas la même maîtrise des risques. Compte tenu de toutes ces restrictions, on peut raisonnablement estimer qu'une telle description est exagérément optimiste.

Chômage et santé.

Si les conditions de travail peuvent être source de troubles, le chômage a-t-il des effets bénéfiques ? Au milieu des années 60, Raymond Ledrut a montré que l'état de santé (qu'il dénomme 'déficience') constitue une dimension très importante de la vulnérabilité et de l'employabilité des chômeurs[178]. Il prenait le problème du point de vue de la sortie de situation de chômage. Mais à l'inverse, dans les années 20, quand il fait son étude dans la 'hobohème' de Chicago[179], Nels Anderson note que l'état de santé déjà précaire de ce type de vagabonds sans-abris que sont les 'hobos', empire encore au cours d'une année de vaches maigres pendant laquelle ils n'arrivent pas à trouver du travail. Pourtant, les auteurs de l'enquête autrichienne à Marienthal, au début des années 30, deux ans après la fermeture de l'unique usine, rapportent les propos du médecin qui atteste une amélioration sanitaire chez ceux qui avaient travaillé : l'arrêt du travail pénible leur est bénéfique tandis qu'enfants et jeunes subissent les conséquences de la mauvaise alimentation[180]. En France, une première

---

[177] Marie-France CRISTOFARI, Les risques professionnels, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1990, p. 120.

[178] Raymond LEDRUT, *Sociologie du chômage,* Paris, PUF, 1966, pp. 78-84, 105-106, 219-223.

[179] Nels ANDERSON, *Le hobo. Sociologie du sans-abri,* Paris, Ed. Nathan, Coll. Essais et Recherches, 1993 (édition originale aux Etats-Unis : 1923), pp. 145-154.

[180] Paul LAZARSFELD, Marie JAHODA, Hans ZEISEL, *Les chômeurs de Marienthal,* Paris, Ed. de Minuit, 1981, pp. 65-66.

étude locale a été conduite sur le site de Fougères en 1974-1978[181]. S'il n'est pas possible d'établir un lien de causalité assuré entre mise au chômage et survenue d'une morbidité spécifique au sein de la population concernée, il reste que les auteurs observent une correspondance chronologique entre les événements économiques liés à la crise de l'industrie de la chaussure et des modifications notables des pathologies enregistrées (en particulier variation soudaine à la hausse de certains taux d'incidence) ainsi que dans la structure de la population soignée à l'hôpital de la ville. En outre, le chômage est précédé par sa menace : l'incertitude de sa survenue entraîne de l'angoisse dont on peut trouver des signes pathologiques l'année qui précède les licenciements. Il affecte l'entourage familial de la personne touchée : vieilles personnes et enfants présentent des maladies liées à l'angoisse. A l'inverse, en tant que non-travail, il peut avoir des effets bénéfiques : les femmes sont soulagées que la contrainte de la double journée de travail disparaisse momentanément ; ceux qui occupaient des emplois particulièrement pénibles tirent également un bénéfice de ce repos forcé.

La limite d'une telle recherche tient à son caractère transversal et local : peut-on faire abstraction de la durée ou plus exactement un suivi de cinq années est-il suffisant ? plus précisément encore peut-on s'appuyer sur des fondements théoriques pour circonscrire le délai minimum d'apparition de phénomènes pathogènes ? sur un autre plan, est-il possible d'extrapoler ces observations locales à l'ensemble de la population ? En l'état actuel des connaissances il est difficile de répondre aux premières questions. Par contre l'enquête INSEE *Études des conditions de vie 1986-1987* permet de donner des éléments de réponse à la dernière[182].

La convergence des résultats, malgré les différences de procédures et de durée dans le recueil des données, est étonnante. La même bipolarité est attestée : à la fois les chômeurs sont proportionnellement plus nombreux que les actifs à se déclarer en bonne santé (pas de pathologie mentionnée et aucun symptôme ou un seul) et plus nombreux à déclarer un état de santé dégradé présentant une pluri-pathologie. Parmi la pluralité des pathologies signalées la dépression est la seule significativement différente par rapport aux non-chômeurs, et elle se manifeste par un ensemble de symptômes qui forment un syndrome cohérent marqué de surdéclarations de nervosité, d'anxiété, d'angoisse, d'insommie, de perte de confiance en soi, de vertiges, d'évanouissements et de constipation. Un autre paradoxe apparaît : si les chômeurs vont davantage consulter le généraliste et consomment plus régulièrement des médicaments, ils recourent moins au médecin pour dépression "comme si un état de dépression ne justifiait pas (ou moins) de consulter lorsque l'on est chômeur." Enfin, les

---

[181] M. BUNGENER, C. LAFARGE-HORELLOU, M.V. LOUIS, *Chômage et santé,* Paris, Ed. Economica, 1982.

[182] Martine BUNGENER, Janine PIERRET, *Appréhender l'influence du chômage sur l'état de santé. Analyse seconde des données INSEE "Étude des conditions de vie 1986-1987",* Paris, Rapport pour la MIRE, CERMES, mars 1993.

auteurs mettent en évidence un certain effet pathogène du chômage sur l'ensemble familial : les jeunes appartenant à des familles déjà touchées par le chômage se sentent davantage contraints d'occuper un emploi et se plaignent plus fréquemment d'éprouver d'intenses fatigues.

Évolution des mœurs et sida.

Depuis le début des années 80, les populations sont exposées à un autre type de risques totalement nouveau, qui ne ressort pas véritablement à l'ensemble des domaines que nous venons d'explorer : avec le sida[183], nous l'avons déjà indiqué, c'est la relation à l'autre, le lien social qui deviennent un enjeu de santé dépassant le seul souci prophylactique. Jusqu'au début des années 70, l'accès aux rapports sexuels constitue un point d'aboutissement dans l'élaboration du couple : les premiers rapports sexuels peuvent à la limite précéder le mariage, le plus souvent ils coïncident avec lui, c'est-à-dire qu'ils font suite à une assez longue période de fréquentation 'chaste' et ne surviennent pour le moins qu'une fois prise la décision de se marier. La libéralisation des mœurs, qui coïncide avec d'autres transformations sociales, inverse en quelque sorte le processus : à la naissance même du couple, les relations sexuelles surviennent dès que les partenaires commencent à 'sortir ensemble' avant même qu'intervienne la décision éventuelle de 'cohabiter'[184]. La substitution de l'expression 'évolution des mœurs' à celle de 'bonnes mœurs' témoigne de cette transformation caractérisée par une visibilisation et une relative reconnaissance du pluralisme des pratiques. Aujourd'hui, les 'déviances sexuelles' concernent moins les libertés hétérosexuelles et homosexuelles que le harcèlement sexuel, le viol, l'inceste ou les mauvais traitements envers les enfants[185].

Dans sa brutalité, la phrase d'un jeune homosexuel résume cette tendance majeure du mode vécu de la sexualité, quelle que soit son orientation : "d'abord on couche, ensuite on

---

[183] Au milieu des années 80, 66 % des cas diagnostiqués concernent des homosexuels non-toxicomanes, 13 % des hétérosexuels non-toxicomanes, 7 % des toxicomanes, 7 % des hémophiles et transfusés, et 2 % des enfants de mères contaminées. Cf. Anne LAPORTE, Le Sida en France : 1982-1992, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1993.

[184] Michel BOZON, Le mariage : montée et déclin d'une institution, in François de SINGLY, *La famille. L'état des savoirs,* Paris, Ed. La Découverte, 1991, pp. 47-57. Une telle présentation par renversement structural simplifie à outrance la lenteur du changement et les décalages dans l'adoption des nouvelles pratiques par les nouvelles générations. Pas plus que le 'modèle traditionnel', le 'nouveau modèle' n'existe que sous des formes complexes variables: on peut en avoir un aperçu en lisant Alfred SPIRA, Nathalie BAJOS et le groupe ACSF, *Les comportements sexuels en France ,* Paris, La Documentation Française, 1993, § Les premiers rapports sexuels, hier et aujourd'hui, pp. 122-128.

[185] Martine KALUSZYNSKI, Les bonnes mœurs. Approche historique, in François de SINGLY (1991), op.cit., pp. 334-343.

cause"[186]. La découverte de sa propre séropositivité fait-elle renverser la formule ? Psychiatres et psychanalystes observent plutôt que la communication d'un tel diagnostic fait souvent renoncer à la relation : affective et/ou sociale, elle se fragilise jusqu'à la séparation, à l'isolement et à la solitude.

> "Les liens antérieurs étaient déjà marqués pour beaucoup d'un rapport à l'Autre particulier : en effet, par le choix que l'homosexuel fait en s'épargnant la rencontre avec l'autre sexe, par celui que fait le toxicomane en préférant une jouissance qui court-circuite la nécessité d'en passer par l'Autre, ou encore par le choix qu'élude le bisexuel, les liens antérieurs sont brutalement remis en question à l'annonce d'une séropositivité. Cela vaut aussi pour ceux qui se trouvent contaminés au cours de rencontres hétérosexuelles, le contexte dans lequel cela survient étant généralement complexe, voire fragile, sur le plan des relations affectives[187]."

Au regard du moment historique où nous nous situons, l'enjeu en matière sanitaire devient l'adaptation des pratiques au risque de contamination par le VIH. Ce risque, comme tous les risques d'ailleurs[188], fait l'objet d'une construction sociale qui engage une évaluation des situations dangereuses en fonction de savoirs, de jugements moraux et de stéréotypes sociaux. Cette construction sociale du risque n'est évidemment pas uniforme et homogène dans tout l'ensemble social : Michael Pollack, pour les homosexuels, et une équipe de sociologues belges, pour les hétérosexuels, montrent la diversité des modes d'exposition aux risques et la disparité des stratégies pour s'en protéger ; l'âge, le sexe et le niveau socio-culturel constituent des variables importantes de différenciation mais interviennent aussi la manière d'assumer son identité sexuelle, le stade d'évolution de la relation (moment de la séduction, familiarité, dénouement...), les attentes et le mode d'insertion dans un réseau social[189].

Consommation médicale et protection sociale.

Par delà ces conditions et pratiques qui améliorent ou endommagent le bien-être des individus et des populations, 'l'auto-gestion' de la santé (au sens où nous l'avons défini ci-

---

[186] Cité par Danièle SYLVESTRE, François LEGUIL, Françoise LINARD, Le SIDA, une rupture pour le sujet, *Sciences Sociales et Santé,* Vol. VII, n°1, 1989, p. 88.

[187] Danièle SYLVESTRE et alii (1989), op.cit., p. 89.

[188] Denis DUCLOS, La construction sociale du risque : le cas des ouvriers de la chimie face aux dangers industriels, *Revue française de sociologie,* XXVIII-1-1987.

[189] Michael POLLACK, *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie,* Paris, Ed. A.M. Métailié, 1988 ; Danièle PETO, Jean REMY, Luc VAN CAMPENHOUT et Michel HUBERT, *Sida. L'amour face à la peur,* Paris, Ed. L'Harmattan, 1992. Voir aussi Hugues LAGRANGE, Un gramme cinq de latex ? (Les hétérosexuels face au risque du sida et la prévention), *Les Temps Modernes,* 46ème année, n° 536-537, 1991, pp. 117-146.

dessus) englobe toutes ces activités d'utilisation des services et ressources disponibles pour réparer ou prévenir des dégradations de la santé : c'est ce que l'on tente d'englober sous l'expression de 'consommation médicale'. Une telle consommation présente une certaine spécificité qu'économistes et sociologues des comportements consommatoires tentent de cerner.

Dans les débats actuels sur les modes de régulation des dépenses de santé, des voix s'élèvent, au sein des divers pays industrialisés, pour ouvrir le 'marché de la santé' à plus de liberté et de concurrence (ou bien pour accentuer les tendances dans ce sens dans certains pays) : cela présuppose que les consommateurs aient une attitude consumériste en la matière, c'est-à-dire qu'ils soient capables de choisir les meilleurs services de soins au meilleur prix. Une récente enquête, conduite à Sydney (Australie), établit que les consultants ne se considèrent pas du tout, de ce point de vue, comme des consommateurs : loin de rechercher des informations pour évaluer la qualité des services que leur fournit leur médecin habituel, ils préfèrent lui faire confiance ; ils ne considèrent pas le médecin comme un fournisseur quelconque de biens ou de services : ils insistent d'abord sur ses qualités humaines plutôt qu'instrumentales, sur son dévouement, même si un certain nombre juge la dissymétrie de l'information comme obstacle à une évaluation effective. Les auteurs font observer que de semblables résultats ont été obtenus aux Etats-Unis et au Royaume-Uni[190].

Paradoxalement, alors que la santé paraît être considérée comme un bien précieux qui mérite qu'on le préserve à n'importe quel prix, il n'apparaît pas jusqu'ici comme le premier poste de consommation des ménages, même s'il semble appelé à le devenir à l'aube du siècle prochain[191]. C'est que la définition et les attentes en matière de santé sont largement soumises au type de logique économique qui pèse sur les individus : si le revenu est incertain et permet à peine de payer les dépenses de base (alimentation et loyer), la santé est d'abord ce qui permet de travailler, de sorte que celui ou celle qui pourvoit principalement au budget du ménage ira chez le médecin tandis que les autres attendront. En témoigne ce propos d'une femme qui avait retardé pendant deux ans une consultation médicale nécessaire :

> "J'aurais bien voulu aller chez le médecin, mais il y avait des choses plus importantes. Notre auto tombait en ruine et il fallait en acheter une autre. Nous avions besoin aussi d'un poste de radio, et de bien d'autres choses. Si mon mari garde son travail, nous pourrons les acheter et alors je pourrai me faire soigner, si ce n'est pas trop cher. Mais, en ce moment, il

---

[190] Deborah LUPTON, Cam DONALDSON and Peter LLOYD, Caveat emptor or blissful ignorance ? Patients and the consumerist ethos, *Social Science and Medicine,* Vol. 33, 1991, pp. 559-568.

[191] Dominique DARMON et Philippe L'HARDY, Les Français en l'an 2000. Consommation : santé et loisirs au premier plan, *Économie et statistique,* n° 190, 1986, pp. 55-69, en particulier graphique I.

faut atttendre, il y a toujours quelque chose de plus urgent" (*rapporté par le sociologue américain Koos* [192]).

Quand le niveau de revenu est faible, le ménage aspire d'abord à améliorer ses conditions matérielles de vie, y compris ce 'superflu' paradoxalement nécessaire à l'intégration sociale : les soins viennent après. C'est le rôle de l'assurance-maladie de corriger cette hiérarchisation, en supprimant (ou en limitant) cette détermination du revenu dans le recours aux soins. En France, petite bourgeoisie de l'échoppe et de l'atelier, cadres et agriculteurs font échec à la loi de mai 1946 qui visait la généralisation de la Sécurité sociale à toute la population. Les adversaires d'hier en viennent à réclamer plus tard un régime d'assurance-maladie[193] : progressivement depuis 1961, des lois successives ont étendu la protection sociale, de sorte qu'à partir de 1979 elle est généralisée à la plus grande partie de la population[194]. Dès lors, la consommation médicale est-elle homogène aujourd'hui ?

Les enquêtes décennales de l'INSEE auprès des ménages sur la santé et les soins médicaux permettent d'apporter une réponse nuancée[195]. De 1970 à 1980, la part des faibles consommateurs s'est accrue tout comme la concentration de soins intensifs et coûteux pour un petit nombre de forts consommateurs. Ce regard transversal, même s'il compare divers moments de la durée, reste simplificateur parce que la réalité de la consommation médicale, pour chaque individu, se constitue à l'échelle d'une vie. Entre 55 et 64 ans, les deux tiers des personnes ont été opérées au moins une fois ; si l'on se focalise sur les six mois qui précèdent le décès, on relève que le coût des soins au cours de cette période est en moyenne dix fois plus élevé par rapport à la consommation moyenne de l'ensemble de la population. C'est dire que l'âge est d'abord le premier facteur de disparités : toutes les courbes de consommation

---

[192] François SELLIER, Le rôle des organisations et des institutions dans le développement des besoins sociaux. Le cas du besoin de santé et de l'assurance maladie, *Sociologie du travail,* 12ème année, n° 1, 1970, p. 11.

[193] Sur l'évolution des indépendants non-agricoles en la matière, voir : François GRESLE, Indépendance professionnelle et protection sociale. Pratiques de classe et fluctuations idéologiques du petit patronat, *Revue française de sociologie,* XVIII-4-1977.

[194] Francis MONTES, L'avenir de la protection sociale en France, *Études,* février 1993, p. 200. Voir aussi Numa MURARD, *La protection sociale,* Paris, Ed. La Découverte, Coll. Repères, 1993.

[195] Une abondante littérature est disponible sur ce sujet. Un ouvrage mérite l'attention en ce qu'il présente une bonne synthèse des données disponibles jusqu'en 1970 et qu'il offre une bibliographie internationale intéressante sur les sources et analyses des données : Andrée MIZRAHI, Arié MIZRAHI, *La consommation médicale. Micro-économie,* Paris, PUF, 1982. Pour la période la plus récente, on s'est référé à : Jacqueline DEVOUASSOUX, Bernard MOREL, La consommation médicale, in Gilles BRÜCKER et Didier FASSIN (1989), op.cit., pp. 244-261 ; Alain CHARRAUD, Pierre MORMICHE, *Disparités de consommation médicale. Enquête santé 1980-1981,* Paris, Les Collections de l'INSEE, M 118, 1986 ; Andrée MIZRAHI, Arié MIZRAHI, Les tendances à long terme de la consommation médicale, *Futuribles,* n° 147, octobre 1990 ; Pierre MORMICHE, Les disparités de recours aux soins en 1991, *Économie et statistique,* n° 265 - 5, 1993.

médicale selon l'âge, dans les différentes enquêtes de 70, 80 et 90, ont la même allure en 'U' (forte consommation des jeunes enfants, décroissance jusqu'à 20-25 ans et reprise progressive jusqu'aux âges avancés) ; encore convient-il de nuancer la forme de cette courbe en introduisant une seconde composante de disparités, le sexe : au creux de la courbe se dessine alors l'arrondi inverse d'une bosse qui couvre toute la période de fécondité féminine, ce qui correspond à la possibilité d'utiliser les méthodes modernes de contraception depuis la 'loi Neuwirth' (1967), à la surveillance des grossesses et à l'accouchement en maternité. Les courbes ont la même forme selon les types de consommation (séances de généralistes, de spécialistes, hospitalisation) : seule varie l'accentuation de leur pente.

Contrairement à ce que nous avons pu observer pour la mortalité, pour les formes de morbidité et pour les conditions et 'pratiques de santé', il n'y a pas d'écarts quantitatifs importants entre les professions et catégories socio-professionnelles en matière de recours aux soins (en données corrigées du sexe et de l'âge), aussi bien en 1980 qu'en 1990. Les 'cols blancs' (employés, professions intermédiaires et cadres) sont les plus forts consommateurs, suivis par les ménages paysans et ouvriers tandis qu'artisans et commerçants ferment la marche. Mais chacune des PCS est proche de la moyenne nationale (6,5 recours au médecin par individu et par an)[196]. La hiérarchisation sociale habituelle n'est pas respectée puisque les indépendants non-agricoles se séparent des employés et professions intermédiaires dont ils sont ordinairement proches et que la consommation des cadres est inférieure à celle des autres 'cols blancs'. Si l'on observe l'effet du revenu seul, on aboutit au même constat.

L'aspect quantitatif de la consommation médicale occulte de réelles disparités sociales sur le plan qualitatif : quand le regard se déporte du volume de cette consommation à la structure des biens et services consommés, on retrouve la hiérarchie sociale habituelle. D'un côté, les cadres ont beaucoup plus fréquemment recours aux médecins spécialistes contrairement aux agriculteurs et ouvriers (25 % de l'ensemble des séances contre plus de 45 % chez les premiers). D'un autre côté, avec l'apparition en 1980 du secteur à honoraires 'libres' (secteur 2), on remarque que leur poids dans l'ensemble des recours est très inégal (15 % pour les agriculteurs et les ouvriers vs. 33 % pour les cadres). Il y a évidemment cohérence entre les deux aspects puisque la fréquence du passage en secteur 2 est plus élevée chez les spécialistes, ce qui n'annule pas le fait qu'il y ait une spécificité des conduites selon les PCS : les cadres consultent entre deux et trois fois plus de généralistes à honoraires libres que les ouvriers ; au sein du secteur 2, employés, ouvriers et agriculteurs choisissent beaucoup plus les praticiens qui pratiquent les tarifs les moins élevés.

Ces disparités sont confirmées pour les hospitalisations : pour les salariés leur fréquence suit la hiérarchie sociale ; les indépendants, agricoles ou non, se situent entre les cadres et les professions intermédiaires. D'ailleurs les hospitalisations suivent les espérances de vie des

[196] Nous nous réfèrerons désormais aux résultats de l'enquête de 1990, sauf indications contraires.

années 80. Dans la mesure où l'hôpital est une sorte de filet protecteur auquel aucune maladie grave n'échappe en principe, les taux d'hospitalisation expriment sans doute assez bien les différences de morbidité entre classes sociales. On sait par ailleurs que les immigrés fréquentent beaucoup plus que les Français les consultations d'hôpital (tout comme les dispensaires et la médecine du travail)[197]. Il est possible également que les catégories les plus aisées procèdent dans un certain nombre de circonstances à des conduites d'évitement, en substituant à l'hospitalisation des consultations en ambulatoire et des soins à domicile.

Les écarts de consommation médicale les plus élevés ont trait au recours au dentiste : 30 % de plus que la moyenne générale du nombre de séances par individu et par an chez les cadres, et 15 % au-dessous de cette moyenne chez les ouvriers. L'ordre des fréquences suit la hiérarchie sociale habituelle et la proportion d'adultes équipés de prothèses dentaires varie du simple au double selon les strates sociales. A ceci s'ajoute le fait que des motifs de non-recours à la dentisterie tels que la négligence ou le refus, sont beaucoup plus souvent énoncés par les ouvriers que par les 'cols blancs'.

On ne peut pas réduire ces disparités à la seule dimension de stratégies individuelles différenciées : celles-ci ont pour condition de possibilité la structuration spatiale de l'offre de soins.

> "La localisation des médecins (généralistes et surtout spécialistes) est d'abord en relation avec la structure sociale de l'espace. Ainsi, il y a corrélation négative entre la densité de généralistes et le pourcentage d'ouvriers (...), une corrélation positive, et forte, entre la densité de spécialistes et le pourcentage de population active dans les services marchands (*ils sont constitués des services aux entreprises et aux particuliers ainsi que des commerces et réparations automobiles, cafés, restaurants)* . De même il y a également une corrélation très forte entre la densité de spécialistes et le pourcentage de population ayant le Bac (...) Pour ce qui est des relations entre distance d'accès au généraliste et à différents spécialistes, et la densité de population, les corrélations sont négatives, c'est-à-dire que la distance augmente quand la densité de population diminue (...) Une fois encore le secteur tertiaire est mieux équipé que l'agriculture et l'industrie. Distance d'accès aux soins, distance géographique sans doute, distance sociale sûrement[198]."

---

[197] Résultats d'une enquête nationale. Consommation médicale des maghrébins en France, *Actualité de l'émigration,* n° 84, 8 avril 1987. Il s'agit d'une synthèse des constats ayant trait aux immigrés, réalisée à partir de l'enquête INSEE de 1980.

[198] François TONNELIER, *Géographie des soins, géographie économique. Étude de divers contours géographiques en France,* Paris, CREDES, Bibl. n° 850, 1990, pp. 31, 35 et 41. La parenthèse en italique est notre commentaire. Voir aussi : Une approche géographique de la consommation et de l'offre de soins en France, *Échos de la Santé. Bulletin d'information en économie de la santé,* n° 9, janvier-février 1993.

On observe une telle structuration socio-spatiale de l'implantation des médecins pour le secteur à honoraires libres : ce sont les groupes de communes (classées par taille à partir du recensement de 1982) au sein desquelles le poids de la CSP 'cadres' ou de la CSP 'artisans-commerçants-chefs d'entreprise' est le plus élevé et celui de la CSP 'ouvriers' le plus faible, qui concentrent les taux les plus forts de médecins omnipraticiens ou spécialistes à honoraires libres ou ayant droit à un dépassement[199].

Même si les écarts de consommation médicale sont modestes, leur existence et leur mode de structuration posent le problème de l'efficacité de la protection sociale à travers les régimes d'assurance-maladie : sur-consommation et sous-consommation ne traduisent-elles pas l'incapacité des assurances à corriger les effets des écarts de revenus ? Deux ordres de faits paraissent devoir 'disculper' le système d'assurances : si on prend les individus qui ont une couverture-maladie semblable, notamment ceux qui sont exonérés du ticket modérateur[200], les écarts de recours aux soins persistent ; l'analyse des déclarations des ménages permet d'établir que les raisons financières sont très secondaires dans les décisions ou non-décisions de rechercher l'aide d'agents de soins. A l'évidence, on ne peut pas comprendre les différentiels de recours aux professions soignantes sans remonter 'en amont'.

Il est vrai cependant que les différences de couverture-maladie, en particulier le fait de ne pas avoir une mutuelle ou une assurance privée qui complète les remboursements des Régimes généraux d'Assurance-maladie et qui autorise la procédure du tiers payant[201], influent sur le volume des soins (de 15 à 20 % inférieur à la consommation moyenne en l'absence de couverture complémentaire). On note par ailleurs qu'une telle absence est liée au chômage de la personne de référence du ménage ainsi qu'à un âge très élevé (80 ans et plus) : selon l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS), conduite chaque année depuis 1988 par le CREDES en collaboration avec la CNAMTS[202], 57 % des ménages dont la personne de

---

[199] Sébastien DARBON, Alain LETOURMY, Les services de généralistes dans le contexte de la commune, in Colloque *Géographie et socio-économie de la santé. Paris, 23-26 janvier 1989,* (1989), op.cit., p. 218.

[200] Le ticket modérateur consiste en cette partie des dépenses de soins que l'assuré doit payer de ses propres deniers : c'est la différence entre le tarif applicable à chaque service rendu par un soignant (tarif conventionnel) et le montant du remboursement effectif de la caisse d'assurance-maladie (le taux de remboursement est passé de 75 % à 70 % pour les honoraires de médecins, dentistes et sages-femmes avec le plan de redressement mis en place par Simone Veil en 1993, - de 65 à 60 % pour les auxiliaires médicaux et analyses, de 40 à 35 % pour les médicaments à vignette bleue, de 70 à 65 % pour les médicaments à vignette blanche, ainsi que pour les prothèses, lunettes et frais de transport) Cf. *Valeurs mutualistes,* août-septembre 1993.

[201] Le tiers payant est une procédure qui évite à l'assuré de faire l'avance de la totalité des frais occasionnés par son recours au système de soins : il débourse uniquement le montant du ticket modérateur, puisque la CPAM ou le groupe mutualiste paye directement le professionnel ou l'établissement qui a fourni la prestation.

[202] CREDES, Premiers résultats sur l'état de santé et le recours aux soins en France en 1990, *Échos de la Santé,* Hors-série n° 1, 1991 ; A. BOCOGNANO, N. GRANDFILS, Ph. LE

référence est chômeur, contre 90 % de ceux dont la personne de référence est un actif ayant un emploi, ont une couverture complémentaire en 1992.

Cette année-là, plus d'une personne sur cinq a renoncé à certains soins parce que le remboursement en était trop limité : ce sont les soins et les prothèses dentaires qui sont l'objet des plus fortes restrictions (44,3 %) suivis par les lunettes (23,2 %) et les soins de médecins (16,1 % dont 12,8 % relèvent de spécialistes et 3,3 % de généralistes). À l'évidence, la volonté politique de maîtrise des dépenses de santé se traduit par des mesures dont les usagers les plus défavorisés font les frais. Par la hausse du ticket modérateur, la restriction du champ des maladies prises en charge à 100 %, la création d'un secteur 2, la mise en place d'un forfait hospitalier correspondant aux 'frais d'hôtellerie', on est entré progressivement dans une phase de "désocialisation" de la consommation médicale[203]. Se justifie-t-elle ? Si elle a montré sa relative efficacité pour arrêter l'envolée des dépenses de santé (les interventions sur le tiers payant , c'est-à-dire sur le débours, et sur le ticket modérateur constituent manifestement un double 'freinage' efficace), il apparaît que d'autres sociétés ont su maîtriser de telles dépenses sans abaisser autant le niveau de garantie de l'assurance-maladie : ont-elles pour autant réussi à réduire ou à ne pas aggraver les disparités de recours aux soins ? Malgré diverses recherches comparatives sur les systèmes de soins et de protection sociale[204], on n'a pas à ce jour de réponse claire à cette question .

FUR, An. MIZRAHI, Ar. MIZRAHI, *Santé, soins et protection sociale en 1992,* Paris, CREDES, Biblio n° 982, 1993.

[203] Christian CALZADA, Pierre VOLOVITCH, Protection sociale : le tournant des années quatre-vingt, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1993, p. 519-520. On peut consulter aussi : 'Dossier : 10 ans de protection sociale', *Solidarité Santé. Études statistiques,* n° 2, 1992. Bien que le groupe de chercheurs du CREDES note que la progression du financement des dépenses par la Sécurité sociale s'arrête en 1980 (elle couvrait 44 % des frais de soins médicaux en 1950, 74,2 % en 1980 et 71,5 % en 1991), et qu'il reconnaisse qu'un effort de financement de plus en plus important est demandé aux ménages, il intitule la dernière page de son bulletin *Échos de la santé* (n° 6, 1992), "une progressive socialisation du financement des dépenses" : une telle mise en perspective historique peut-elle faire oublier le tournant de "désocialisation" des dépenses occasionnées par la maladie, à partir des années 80 ?

[204] David MECHANIC, The comparative study of health care delivery systems, *Annual Review of Sociology,* n° 1, 1975, pp. 43-65 ; Dominique POLTON, La décentralisation du système de santé. Analyse de l'expérience britannique, *Revue française des affaires sociales,* 38ème année, n° 1, 1984 ; Simone SANDIER, L'organisation des systèmes de santé dans quelques pays, in *Les politiques de santé étrangères,* Paris, La Documentation française, 1987 ; J.C. HENRARD, M.N. CRÉPY, Les comparaisons internationales des systèmes de santé, in Gilles BRÜCKER et Didier FASSIN (1989), op.cit., pp. 165-181.

4. Santé en transition et inertie sociétale : du détail à l'ensemble.

Après avoir établi qu'une transition sociétale, voire même une mutation de société, avaient accompagné et englobé la double transition démographique et épidémiologique, l'étape suivante a consisté à chercher une réponse à la question : si l'on change d'échelle d'observation, si l'on déplace le regard, ces macro-phénomènes de changement des régimes démographiques et épidémiologiques transforment-ils le bien-être des populations à un point tel que la santé échapperait aux effets de la division sociale ?

Les disparités de classes, de sexe, d'âge, d'intégration familiale, d'appartenance ethnique et d'inscription en des zones de résidence socio-économiquement marquées, dont on sait qu'elles ont toutes sortes de conséquences sur les conditions de travail et de vie, sur la consommation et les loisirs..., sont-elles sans effet sur les phénomènes sanitaires, en quelque sorte définitivement renvoyés à notre capacité d'en comprendre les mécanismes biologiques pour mieux les maîtriser ? Cette implacable structuration de nos modes de vie selon les principaux axes de la division sociale perdure au moins depuis la Révolution Française, même si d'incontestables améliorations ont permis à la plupart des populations les plus mal loties de gagner leur vie par des travaux moins pénibles et moins dangereux, d'accéder à de meilleurs logements, de profiter des biens et des services produits en masse, de mieux partager savoirs et connaissances, de participer davantage à la vie démocratique... Bien que les disparités se soient réduites, au point que certains observateurs ne distinguent plus, en cette fin de siècle, qu'une immense nébuleuse de classes moyennes, nombre d'indicateurs socio-économiques et socio-culturels témoignent, à un certain niveau, d'une reproduction de la structure sociale et de ses effets, tandis qu'à un autre niveau se déplacent divers enjeux auxquels les acteurs sociaux réagissent différemment pour perpétuer ou changer leur positionnement dans les espaces sociaux ainsi structurés[205]. Ce sont ces aspects de reproduction et de perpétuation sociales que nous visons à travers l'expression d'inertie sociétale. Abruptement posé, le problème devient : la santé des populations et des individus échappe-t-elle à une telle inertie ?

Répondre à une telle question relève du constat, de l'établissement des faits : il s'agit d'opposer des faits 'incontestables' (ou plutôt qui puissent faire l'objet de réels débats scientifiques) aux 'vérités' indiscutées et indiscutables du 'bon sens', de la sociologie spontanée (cf. la phrase de Maurice Halbwahs mise en exergue de cette partie[206]). On a donc cherché à constituer les régularités sociales de l'expérience de santé, de maladie et de décès, à travers la mise en relation d'indicateurs et d'indices de pratiques de santé et de consommation médicale, de morbidité et de mortalité avec des indicateurs et des indices des différentes positions au sein des espaces sociaux constitutifs de la structure sociale. Il ne s'agit pas là d'une fidélité toute durkheimienne à la 'chose instituée' : l'enjeu consiste à savoir si les phénomènes de santé échappent ou non à l'emprise de la société, si les mécanismes biologiques qui président à leur accomplissement sont ou non façonnés par l'environnement social au sein duquel ils se déroulent. En combinant l'examen synchronique des associations

---

[205] Pour un tel débat, on peut confronter : Henri MENDRAS, *La seconde révolution française. 1965-1984,* Paris, Ed. Gallimard, 1989, - et Jean-Pierre DURAND, François-Xavier MERRIEN (sous la direction de), *Sortie de siècle. La France en mutation,* Paris, Ed. Vigot, 1991.

[206] Il s'agit d'un avertissement de Maurice HALBWACHS, cité par Jean CAZENEUVE, Francis BALLE, André AKOUN, *Guide de l'étudiant en sociologie,* Paris, PUF, 1971, p. 81. On peut trouver une thèse semblable chez Paul LAZARSFELD (*The american soldier)* , cité par Pierre BOURDIEU, Jean-Claude CHAMBOREDON, Jean-Claude PASSERON, *Le métier de sociologue,* Paris, Ed. Mouton et Bordas, 1968, pp. 141-142.

statistiques et leur mise en perspective historique, on a tenté de saisir l'existence de disparités sociales en matière de santé, sous divers angles, et leurs variations dans la durée, chaque fois que cela a été possible.

Résumons les principaux résultats. Sous l'angle de la mortalité, la différence d'espérance de vie à la naissance entre hommes et femmes est, en France au recensement de 1990, de 8 ans, en faveur des femmes, et elle s'est accrue dans ce sens depuis la fin du XIXème siècle. De façon quasi-constante, le mariage s'avère protecteur de mortalité 'précoce' pour les hommes alors que le veuvage la précipite pour eux, tandis que ni le mariage ni le veuvage n'ont de tels effets sur la mortalité des femmes. Depuis le début du siècle, suivant les générations successives, la mort fait son oeuvre de plus en plus tard, mais la baisse de mortalité a commencé plus tôt, pour des générations antérieures de femmes. D'après l'état-civil, on observe, à la fin des années 60, des écarts de mortalité importants selon les catégories sociales et même une aggravation de cet écart à la fin des années 70. Un tel différentiel est tout aussi évident pour la mortalité infantile selon la catégorie sociale des parents. Sur la longue durée, la comparaison des décès de l'élite sociale par rapport au reste de la population fait apparaître un certain amenuisement de l'écart au cours des XVIIIème et XIXème siècles, puis à nouveau un accroissement au XXème siècle. La sous-mortalité des hommes immigrés est d'autant plus marquée qu'ils appartiennent à un courant migratoire récent, alors qu'on constate une surmortalité des femmes immigrées, sauf à certains âges. Enfin, on peut opposer une France du Nord caractérisée par une surmortalité, et une France du Sud : une telle carte coïncide à peu près avec celle de l'alcoolisme et avec celles des pathologies létales qui lui sont liées. Les comparaisons internationales, à quelques spécificités françaises près, confirment ces grandes tendances.

Du point de vue de la morbidité, nous avons distingué une morbidité médicalement attestée, une morbidité déclarée et les incapacités invalidantes. Sur le plan de la morbidité médicalement attestée, la comparaison de différentes enquêtes de l'après-guerre atteste une plus forte prévalence pathologique chez les femmes et d'importantes variations de la prévalence de tel ou tel groupe de maladies (définies par la CIM) selon les âges. Les plus fortes fréquences d'un ensemble de pathologies ne sont pas les mêmes selon les catégories socio-professionnelles, mais cela ne suit pas la hiérarchie sociale habituelle (au regard de la mortalité, par exemple) : cela est dû à l'exclusion de la morbidité hospitalière, dont les taux de fréquence les plus élevés sont les tumeurs malignes, les traumatismes et l'alcoolisme. Sur une dizaine d'années, on note une évolution de la morbidité soignée par les médecins libéraux : à la fin des années 70, les maladies de l'appareil circulatoire viennent en tête et les taux d'états morbides mal définis s'amenuisent au profit d'une croissance des troubles mentaux.

Pour la morbidité déclarée, quelles que soient les enquêtes de référence sur une vingtaine d'années, on constate une quasi-constance du sex-ratio : les femmes déclarent toujours plus de symptômes et de maladies que les hommes. Quand on analyse dans le détail la morbidité

différentielle selon les catégories sociales, force est de constater qu'elle correspond in fine aux inégalités sociales face à la mort. Compte tenu des questions de nationalité, on peut seulement dire que les étrangers ont sous certains aspects une morbidité spécifique, et, sous d'autres aspects, leur profil pathologique est semblable à celui des classes populaires, avec une intensité plus importante (pour les accidents de travail en particulier).

L'invalidité est plus fréquente et plus lourde chez les femmes à partir de 70 ans. Sa présence et son importance est surtout très différente selon les positions dans la stratification sociale : à partir de 40 ans, des incapacités dans la vie quotidienne affectent avant tout des hommes ouvriers, employés et agriculteurs ; après 65 ans, les écarts deviennent de plus en plus importants entre le bas et le haut de la pyramide sociale.

On a dit toute l'ambiguïté des indicateurs et des indices retenus pour décrire et mesurer les 'pratiques de santé' : rien, sinon un certain nombre d'observations empiriques statistiquement établies, ne permet de fonder la sélection d'un certain nombre de comportements comme relevant de la classe des 'pratiques de santé'. On subodore néanmoins qu'il doit exister des logiques qui permettraient de comprendre ces associations statistiques : elles ne sont pas totalement surprenantes ni incohérentes. C'est donc avec ce halo imprécis en arrière-fond que l'on a examiné les variations sociales d'un certain nombre de pratiques dont on a montré la relation avec des états de santé.

Ainsi, les consommations 'excessives' d'alcool et de tabac ne se distribuent pas socialement au hasard : agriculteurs, artisans, patrons, commerçants et ouvriers sont les catégories sociales où se font les consommations les plus importantes d'alcool ; ouvriers et employés, chez les hommes, - métiers de bureau, chez les femmes, constituent les positions sociales où l'on fume le plus. De même la consommation de drogues illégales relève d'usages socialement différenciés de types de drogues qui n'ont pas le même impact au regard de l'extension de l'épidémie du sida. Si l'alimentation relève d'une 'matérialité' dont on peut comprendre le lien avec des processus physiologiques d'assimilation, de rejet, de transformation et d'accumulation, dont les conséquences ne sont pas toutes bénéfiques, elle relève aussi d'une symbolique (qui peut mêler d'ailleurs croyances alimentaires et croyances sanitaires) à travers laquelle s'opère une hiérarchisation sociale des aliments : on constate que les régions qui consomment le plus de graisses animales, en particulier de charcuterie, sont celles où l'on observe la mortalité la plus élevée.

Il n'est pas jusqu'à la conduite automobile, dont les aspects techniques et technico-juridiques sont les plus évidents, qui ne relève de cultures socialement différenciées : faute de les connaître et de savoir les reconnaître, on s'expose à des incompréhensions au niveau de la concurrence pour l'espace, ce qui accroît les risques d'accidents de la route. Rien d'étonnant, non plus, à ce que la sédentarité des individus, si souvent stigmatisée par les médecins, soit plus ou moins importante selon leur position sociale : la construction de l'image de soi, en

particulier le fait de se sentir 'trop gros' ou 'trop rond', qui permet de s'autoriser à pratiquer des activités sportives, n'est pas la même selon le milieu social.

Les conditions de travail, en particulier les horaires et l'exposition à des risques plus ou moins importants, sont socialement différenciés tant sur le plan des sexes que sur celui des catégories socio-professionnelles : si l'on note une baisse de l'accidentéisme depuis la dernière guerre, la fréquence des accidents de travail est encore très élevée (environ un accident toutes les six secondes, et près d' 1,5 % sont mortels) ; pour les maladies professionnelles, les ouvriers sont en première ligne. Plus encore, les salariés sous contrat à durée déterminée sont les moins protégés. Des enquêtes, tant nationales que locales, ont établi les effets paradoxaux du chômage sur la santé : pour certains chômeurs/chômeuses, le non-travail est un soulagement bénéfique au regard des conditions particulièrement usantes de leur travail antérieur ; pour d'autres, il s'accompagne de pluri-pathologies où la dépression a une place centrale.

Avec le sida, lien social et sexualité sont au coeur de la menace de l'épidémie : quelle que soit l'orientation sexuelle des individus, les modes d'exposition au risque de contamination et les manières de s'en protéger, malgré les campagnes d'information, sont socialement et socio-culturellement différenciés (même si d'autres caractéristiques interviennent par ailleurs).

Enfin la consommation médicale offre à l'observateur un paradoxe : grâce en particulier à la protection sociale, les volumes de soins ne présentent pas de différences significatives au sein de la population, du moins en France ; à l'inverse, la structure des biens et services consommés, fait réapparaître l'effet de hiérarchie sociale. Or, ces disparités qualitatives sont irréductibles à l'intentionnalité qui préside aux choix individuels : ceux-ci sont contraints par la structuration socio-spatiale de l'offre de soins. Mortalité et morbidité socialement différenciées ne peuvent pas s'expliquer par la différence dans l'utilisation des services de soins, même si on peut remarquer une légère sous-consommation médicale liée à une moindre couverture assurancielle, le plus souvent le fait des chômeurs et des groupes sociaux les plus défavorisés.

La confirmation d'une telle relation entre l'inertie sociétale et la distribution des phénomènes de santé n'aurait pas surpris maints observateurs du XIXème siècle. Pourtant, en France, on en parle peu ou avec peu de publicité, de sorte que le public n'a guère conscience de ce phénomène massif. Tout se passe comme s'il avait tendance à rester sous la fascination des danses macabres : bien qu'anthropomorphisée, la mort y reste un personnage qui représente la toute-puissance d'une nature aveugle et cruelle. Comparativement, il semble que le public anglais commence, depuis le *Black Report,* à découvrir comme une nouveauté le fait que divers processus sociaux puissent 'dompter' (atténuer ou retarder) divers effets de cette 'puissance'... Mais la mort est si peu indomptable aux hommes qu'elle continue de

susciter leurs craintes et leurs fantasmes : il existe une forte résistance sociale à remettre en cause les croyances qui s'y rapportent.

Etablir l'existence d'une inertie sociétale en matière de santé est une chose : comment en rendre compte ? On a noté à plusieurs reprises combien les explications strictement socio-économiques se révélaient faibles. Qu'on en juge encore avec les comparaisons suivantes :

> "On ne peut s'empêcher de penser que l'espérance de vie à la naissance en France (en 1981, 9e rang pour les hommes et 6e rang pour les femmes dans le monde) pourrait être meilleure si l'alcoolisme ne venait pas gravement détériorer la santé de la population. Cependant la situation de l'Allemagne Fédérale, première nation économique européenne, et mal placée pour ce qui est de l'espérance de vie (10e rang pour les hommes et 11e pour les femmes), nous incite à complexifier la relation pouvant exister entre niveau économique et état de santé, et nous indique que d'autres facteurs interviennent dans cette relation. Par contre, le cas du Japon, placé en tête des nations pour l'espérance de vie en 1981 après un bond prodigieux en dix ans (près de cinq ans gagnés aussi bien pour les femmes que pour les hommes !), vient pourtant confirmer, de façon exemplaire, l'hypothèse d'une relation étroite entre niveau de vie et état de santé[207]."

Même si le niveau de vie n'est pas indifférent pour rendre intelligible l'inertie sociétale de la santé, son insuffisance est patente. Cela justifie nos réserves à parler des 'inégalités sociales de santé' : une telle expression fait explicitement référence aux inégalités de classe et à leur fondement socio-économique ; par ailleurs, elle a l'inconvénient de connoter l'inacceptable, l'injuste par référence à l'arbitraire ou au dysfonctionnel, ce qui risque d'introduire en fraude dans l'analyse sociologique un parti-pris normatif[208]. Au niveau descriptif où nous en sommes, nous avons préféré l'expression d'*inertie sociétale* en matière de santé[209], dans la mesure où elle marque clairement que la répartition des phénomènes de santé décrits sont immédiatement référables à la structure sociale, tout en préservant au moins une partie du 'secret' de leur intelligibilité. Il y a bien division sociale de la santé : reste à tenter de la rendre intelligible.

---

[207] Pierre AÏACH et alii (1987), op.cit., p.74.

[208] Que le sociologue soit aussi citoyen et qu'à ce titre il ait à prendre des positions, sans aucun doute ! Il reste que le parti-pris normatif, idéologique ou politique, doit s'opérer au terme de l'analyse et non au début : le principe épistémologico-méthodologique de vigilance appelle à faire une sociologie de sa propre sociologie, c'est-à-dire de conduire aussi loin que possible la critique et la déconstruction des présupposés de toute recherche sociologique en cours.

[209] Cette expression nous a été suggérée par la lecture de l'article de Denny VÂGERÖ (1991), op.cit., p. 367, qui met en parallèle la double transition et 'l'inertie sociologique' *(sociological inertia)*.

LA SANTÉ SOUS L'EMPRISE DE L'INERTIE SOCIÉTALE :

QUELLE INTELLIGIBILITÉ ?

Enjeux et problèmes d'intelligibilité.

Que l'ensemble des données disponibles établisse la marque durable de la société sur la santé des populations laisse le sociologue dubitatif sur ce qui préside à une telle empreinte, tout comme l'interroge la sélection des propriétés retenues pour décrire l'état sanitaire des populations. Au terme de ce bilan, plusieurs aspects remarquables attirent l'attention sur ce qui est à son fondement : est-ce que les indices et indicateurs de santé ou de position sociale sont bien 'représentatifs' de ce qu'ils prétendent décrire et mesurer ? La mise en relation d'états sanitaires avec diverses composantes de la structure sociale ne relève-t-elle pas d'une posture épistémologique qui privilégie un peu trop vite des 'faits' comme 'faits bruts' comme si la réalité était saisissable sans un découpage préalable ? Alors qu'il est largement reconnu que la santé est irréductible à l'absence de maladie, comment ne pas voir l'immense prérogative accordée à la pathologie, depuis les causes de décès jusqu'aux 'pratiques de santé' largement déterminées en fonction de leurs capacités supposées à faciliter ou contrecarrer les processus morbides ?

La première question a une double signification. D'un côté, de nombreuses recherches analysent les relations entre une dimension de la santé (soit la mortalité, soit la morbidité médicalement attestée, soit la morbidité déclarée, etc.) et les variables les plus classiques de la division sociale (classes d'âge, sexe, catégories sociales, catégories ethniques, zones de résidence), souvent en contrôlant les effets que les secondes peuvent avoir les unes sur les autres (essentiellement d'ailleurs : âge, sexe et CSP ou PCS) : exceptionnelles sont celles qui prennent en compte l'ensemble de ces dimensions et les indicateurs ou indices qui les représentent, de sorte que le tableau final se constitue de la juxtaposition et de la mise en perspective de diverses sources et de corpus de recherches partiellement hétéroclites. On sait bien pourtant que l'espace social est multidimensionnel, tout comme la santé, et que tout individu occupe une position ou des positions successives sur l'ensemble de ces dimensions de la structure sociale et de la santé : l'interaction entre ces positions ne peut avoir que des conséquences importantes (nous les avons signalées indirectement à propos de l'expression 'inégalités de santé' : avantages et désavantages peuvent se cumuler ou se contrarier, de sorte que vulnérabilités et résistances se recouvrent pour se cumuler ou s'annuler). Sans doute faute de moyens, on présuppose un peu vite que les variables dont on dispose sont suffisantes,

comme si les variables non étudiées n'avaient qu'un effet de hasard sur celles qui étaient retenues pour l'étude et l'analyse (hypothèse de la fermeture du champ).

D'un autre côté, si la fiabilité des données est peu susceptible d'être remise en cause du fait de la convergence, nationale et internationale, quasi-synchronique et diachronique, de certains résultats, leur validité n'est pas sans poser problème : y a-t-il concordance entre concepts et indicateurs ou indices ? Par exemple, nous avons utilisé la taille et le rapport taille/poids comme indicateur de santé, à la suite de nombreux auteurs (dont certains utilisent également dans le même sens le poids à la naissance, la tension artérielle, etc.). Mais de tels indicateurs ont-ils reçu une autre validation que celle de l'accord intersubjectif des chercheurs qui les emploient, c'est-à-dire la coïncidence de l'opinion de plusieurs experts selon laquelle la taille est un bon indicateur de santé ? On sait qu'une erreur généralisée ne l'empêche pas d'être fausse !

Paul Lazarsfeld a proposé une solution à double détente pour relativiser, sinon résoudre, ce problème. Reconnaissant que les indicateurs n'expriment jamais totalement un concept, il propose de retenir, parmi une batterie d'indicateurs (ce qui en suppose plusieurs et non un seul) soumise aux réponses d'une population échantillonnée , ceux qui 'se comportent' de la même manière, en faisant l'hypothèse qu'ils sont en relation probabiliste avec ce concept qu'ils sont censés représenter. Le critère de validation est alors celui de l'interchangeabilité : "la seule question digne d'intérêt est de savoir si deux indices différents et également raisonnables conduisent à des relations semblables ou différentes entre les variables opposées[210]." Autrement dit, il s'agit d'une relation interne aux données empiriques : on suppose que si la distribution d'une population se présente de la même façon par rapport à plusieurs attributs, elle est vraisemblablement soumise à l'influence d'une seule et même variable théorique dont ces attributs sont les 'représentants empiriques'.

Une telle argumentation ouvre sur une fuite en avant a priori imparable. Si tous les indicateurs en corrélation au sein d'une population sont l'expression d'un même concept, ils deviennent 'absorbés' par lui : il devient impossible de poursuivre l'analyse. Paul Lazarsfeld évite cette solution extrême en incluant dans sa proposition un mot clé : 'raisonnable'. La validation d'indicateurs ou d'indices comme expressions opératoires d'un concept (ou de la dimension d'un concept) repose sur le fait que les chercheurs pensent *raisonnablement* que ces indicateurs ou indices interchangeables sont équivalents : n'est-ce pas encore l'opinion du chercheur qui prévaut ?

Les théoriciens de la mesure statistique ont beau multiplier les procédures, aucun n'est arrivé à résoudre le problème par cette voie-là. Sortons-le de l'impasse épistémologique où on

---

[210] Paul LAZARSFELD, Des concepts aux indices empiriques, in Raymond BOUDON et Paul LAZARSFELD, *Le vocabulaire des sciences sociales,* Paris et La Haye, Ed. Mouton, 3ème édition 1971, p. 34.

l'a mis, celle qui consiste à juxtaposer 'théorie' et 'réalité' pour les faire correspondre terme à terme :

> "les concepts (qui n'existent qu'en tant qu'éléments de propositions) sont des instruments heuristiques permettant de comprendre une réalité toujours concrète. Dans cette réalité concrète, il n'y a jamais d'éléments purs insolubles, mais des manifestations articulées de forces et d'éléments qu'on peut connaître mais non pas saisir empiriquement. Quand nous isolons un indicateur, il n'est qu'un des produits d'un processus social qu'il faut pouvoir analyser dans son ensemble à travers un appareil conceptuel qui rend compte de certains phénomènes empiriques (ceux qu'on étudie et dont l'indicateur fait partie). Il s'agit donc de découper la réalité suivant un certain champ théorique et formuler des hypothèses sur le comportement réciproque de sous-ensembles réels, sans que pour autant ils *expriment* des concepts. Ils n'expriment rien d'autre qu'eux-mêmes et ce sont les concepts qui nous aident à résumer des manifestations et des mouvements du concret-réel toujours changeant[211]."

Une telle position a le mérite d'attirer l'attention sur le processus de construction des instruments de description et de mesure : elle ouvre la voie à une exploration systématique du mode de construction des indicateurs et indices que nous avons utilisés comme du mode d'utilisation des nomenclatures (celle des PCS aussi bien que celle de la Classification Internationale des Maladies). L'enjeu est moins alors de déterminer les constantes entre sources de données que de mettre en évidence ce qui se modifie d'un mode de sélection d'indicateurs à un autre, d'un mode d'utilisation d'une nomenclature à un autre. Mais l'accentuation nominaliste d'un tel constructivisme sociologique est-il recevable épistémologiquement ?

Avant d'explorer ce problème, revenons à notre seconde question : les faits rassemblés sous l'égide des divers indicateurs sont-ils des 'faits bruts' ? Tant en France que dans les pays anglo-saxons, la recherche qui a trait aux effets de la société sur la santé est largement dominée par l'épidémiologie sociale. Or, cette discipline, on l'a déjà signalé[212], est très largement structurée par le modèle étiologique empiriste et positiviste. Dans la logique empiriste, la théorie étiologique développée est censée résulter d'une interprétation à partir de l'analyse des données collectées sans *a priori* intellectuel : les données sont, de ce point de vue, intégralement et totalement neutres, leur existence est 'objective' et l'analyse n'est qu'une manière d'organiser cette matière première directement saisie.

S'il est vrai que la 'résistance' du réel nous permet de vérifier nos hypothèses, l'analyse critique des instruments de constitution des propositions théoriques et de vérification remet au moins partiellement en cause cette neutralité des données. L'opération de collecte est

---

[211] Manuel CASTELLS, Les nouvelles frontières de la méthodologie sociologique, *Information sur les sciences sociales,* IX - 6 - 1970, p. 102.
[212] Marcel GOLDBERG (1982), op.cit., pp. 60-62.

impossible tant que le chercheur n'a pas choisi les 'qualités' ou aspects du réel qu'il veut tester : cela suppose une catégorisation préalable, que celle-ci vienne d'un autre domaine scientifique, de la pratique juridico-administrative ou du langage courant. Cela signifie que la sélection des indicateurs est un coup de force théorique, une théorie-en-acte qui inscrit dans le découpage du réel un point de vue, idéologique ou à connotations socio-culturelles s'il est implicite, réellement théorique s'il est consciemment réfléchi. Bien évidemment, seule l'explicitation des fondements théoriques des découpages et des catégorisations afférentes permet de contrôler l'effet de contenu de celles-ci sur les résultats de la recherche.

À ce premier axe épistémologique s'articule un second, issu de l'expérience clinique dont on a mal compris les processus et la dynamique cognitive : l'inductivisme. Depuis la révolution scientifique du XVIIème siècle, tout un courant philosophique, issu entre autres de Francis Bacon, trouve écho et développement dans le champ de la santé : "consultons la Nature plutôt que les traités" revient à voir dans l'expérience la source de toute connaissance. Le problème majeur d'une telle position est le passage de la formulation d'énoncés singuliers ("M. Léon, qui buvait cinq litres de vin par jour et grillait deux paquets de 'Gauloises' est mort d'un cancer de l'œsophage") à celle d'énoncés universels ("la consommation excessive d'alcool et de tabac provoque le cancer des voies aéro-digestives supérieures et de l'œsophage"). Ce passage est légitime sous trois conditions[213] : un nombre élevé d'observations particulières, en des contextes variés, ne doit pas souffrir d'exception par rapport à l'énoncé général.

Malgré ce dispositif de contrôle, le raisonnement inductif reste problématique de plusieurs points de vue. D'abord il apparaît à peu près exclu, dans le cadre des sciences sociales (et l'épidémiologie sociale en fait partie), que nous puissions formuler une généralisation du type de l'implication stricte (si A, alors B) sans que nous n'observions rapidement des exceptions ("M. Albert, qui buvait quotidiennement ses huit litres de bière et 'aspirait' ses deux paquets de 'Gitanes', est mort d'une pneumonie"). Une telle objection a pu être détournée grâce à la théorie des probabilités et à la statistique : on peut passer de l'implication stricte à l'implication faible (si A, alors il est probable que B)[214] dans la mesure où on est capable de mesurer les limites de confiance de la proposition, de calculer les probabilités d'erreur. Sur le plan de l'épidémiologie sociale, cela se traduit par un glissement sémantique : on parle moins de 'cause' que de 'facteurs de risque'.

Une telle dérivation ne résoud pas le problème fondamental : comment justifier le principe d'induction ? D'un côté l'observation d'un grand nombre de cas ne garantit pas qu'apparaisse un jour l'exception fatale ou bien, statistiquement, le passage de l'événement considéré sous

---

[213] Alan F. CHALMERS, *Qu'est-ce que la science ? Récents développements en philosophie des sciences : Popper, Kuhn, Lakatos, Feyerabend,* Paris, Ed. La Découverte, Coll. Sciences et Sociétés, 1987, pp. 19-41.

[214] Raymond BOUDON, *Les mathématiques en sociologie,* Paris, PUF, Coll. SUP Le Sociologue, 1971, en particulier chapitres II et III.

le coup de la loi du hasard[215]. D'un autre côté, dire que le principe d'induction, parce qu'il s'applique parfaitement à un grand nombre de cas 'marche' à tous les coups, revient à raisonner par induction : qui peut assurer qu'il n'y aura jamais d'exception, sans compter que le raisonnement est circulaire (on justifie l'induction par l'induction) ? Une telle procédure de généralisation ne résiste pas non plus à d'autres objections : combien de fois, par exemple, faut-il plonger sa main dans le feu avant de conclure que le feu provoque des brûlures ?

Faut-il conclure avec Hume que la science ne peut pas être justifiée rationnellement étant donné les faiblesses de l'induction ? Il est tout à fait possible de récuser ce scepticisme en montrant que la science ne naît pas de l'observation mais que l'expérience est guidée par une théorie préalablement élaborée[216]. Ce dernier point de vue ne nous sort pas entièrement d'affaire, dans la mesure où il peut tout à fait s'insérer dans une perspective positiviste, celle-là même qui sous-tend le modèle étiologique classique : un agent particulier observable est la cause d'une pathologie spécifique qui affecte certains hôtes situés dans un environnement déterminé. Quand on parcourt dans de multiples directions les productions épidémiologiques internationales, le constat de la prédominance du positivisme dans cette littérature s'impose. Comment le caractériser ?

L'entreprise est d'autant plus délicate qu'un certain unanimisme anti-positiviste dans la tradition philosophique française contemporaine finit par masquer la complexité de ce courant : il n'y a pas 'le' positivisme mais 'des' positivismes. Ensuite la mise en garde de Gaston Bachelard appelle à une vigilance critique :

> "La culture scientifique est hélas livrée au jugement de ceux qui n'ont jamais fait le moindre effort pour l'acquérir. Comment accéder d'ailleurs au quatrième état (*l'auteur fait ici référence à Auguste Comte et imagine un état postpositiviste)* si déjà on ne réalise pas bien l'importance du troisième, le sens même de l'état positiviste ? En fait il n'y a pas de culture scientifique sans une réalisation des obligations du positivisme. Il faut passer par le positivisme pour le dépasser[217]."

---

[215] Pour notre propos, la 'dinde inductiviste' du logicien Bertrand Russel ne manque pas de saveur : "dès le matin de son arrivée à la ferme pour dindes, une dinde s'aperçut qu'on la nourrissait à 9 heures du matin. Toutefois, en bonne inductiviste, elle ne s'empressa pas d'en conclure quoi que ce soit. Elle attendit d'avoir observé de nombreuses fois qu'elle était nourrie à 9 heures du matin, et elle recueillit ses observations en des circonstances fort différentes (...) Sa conscience inductiviste fut enfin satisfaite et elle recourut à une inférence inductive pour conclure : "Je suis toujours nourrie à 9 heures du matin." Hélas cette conclusion se révéla fausse de manière indubitable quand, une veille de Noël, au lieu de la nourrir, on lui trancha le cou." Cité par Alan F. CHALMERS (1987), op.cit., p. 34.

[216] Karl R. POPPER, *La logique de la découverte scientifique,* Paris, Ed. Payot, 1984, en particulier chapitre 5.

[217] Gaston BACHELARD, *Le rationalisme appliqué,* Paris, PUF, 4ème édition, 1970, p. 104.

Il serait ici outrecuidant de recenser et d'analyser l'histoire de ce courant depuis Auguste Comte[218] : on se contentera d'en rappeler quelques principes fondateurs et quelques éléments de son héritage.

Trois postulats constituent les prémisses de l'édifice du positivisme. Le premier consiste à poser que tout est objectivable : le monde, tant naturel qu'humain, est virtuellement transparent à la raison ; il ne s'agit pas de spéculer sur sa 'réalité' profonde (substance ou essence) mais de découvrir les lois qui président à son ordonnancement. Ce postulat a une double conséquence : la séparation de l'observateur et de l'observé ; la coupure entre connaissance scientifique et savoirs communs, entre le rationnel et l'irrationnel. Le second postulat est celui du déterminisme : admettre un phénomène sans cause, c'est accepter qu'il soit indéterminé, c'est-à-dire nier la possibilité de la science.

> "Selon l'idée qu'il désigne, exprimée d'une façon particulièrement frappante par Laplace, l'univers est ainsi fait que son état présent est l'effet de l'état antérieur et cause de celui qui va suivre, si bien que la connaissance, à un instant quelconque, des positions respectives de tous les êtres qui le composent et de toutes les forces qui y agissent permet de décrire l'intégralité du passé et de l'avenir dans une même formule et avec une entière certitude[219]."

Le principe de 'non-conscience' chez les non-spécialistes (les non-savants), est l'envers du déterminisme. Le troisième postulat est l'attribution d'une puissance illimitée à la raison : obstacles et échecs au progrès de la connaisssance sont dûs à son usage impropre ; c'est par le progrès scientifique que s'opère le progrès de l'humanité et de son Histoire : les connaissances scientifiques trouvent en elles-mêmes leur justification et il est inadmissible qu'une quelconque instance extérieure (religieuse, morale ou politique) cherche à opérer une régulation de la production scientifique.

Ce dernier postulat, qualifié de 'scientisme', a été très rapidement critiqué : prétendre réguler l'action humaine sur la base de principes scientifiques est une imposture dont les tentatives historiques de réalisation ont montré l'effet dévastateur et ruineux (l'eugénisme nazi en est un exemple parmi d'autres) ; la science n'est pas automatiquement libératrice : en ouvrant de nouvelles possibilités, elle est aussi porteuse de nouvelles contraintes ; le souci d'indépendance des chercheurs ne rend pas la science totalement autonome par rapport à la société : le contexte de ses productions est éminemment historique.

Les deux premiers postulats ont fait l'objet de critiques successives qui ont chaque fois donné lieu à des réélaborations. On ne peut pas accepter qu'il existe un point de vue

---

[218] On trouvera un point de vue synthétique sur les divers aspects du positivisme et les critiques qui lui ont été adressées dans : Jacques BOUVERESSE, Les positivistes, in *Encyclopædia Universalis,* Supplément, Tome 1, 1980, pp. 58-71.

[219] Krzysztof POMIAN, Le déterminisme : histoire d'une problématique, in Stefan AMSTERDAMSKI et alii, *La querelle du déterminisme. Philosophie de la science d'aujourd'hui,* Paris, Ed. Gallimard, Coll. le débat, 1990, p. 12.

surplombant tous les autres : le vecteur du regard du sujet connaissant n'est pas sans effet sur ce qui est observé ; à cela s'ajoute qu'il est impossible, dans l'univers de l'homme et de la société, de réduire les individus à des objets d'observation : ils sont aussi des sujets (des sujets de résistance, comme dirait Foucault). Par conséquent il devient impossible de tout penser en termes de cause à effet : les interactions et les échanges symboliques qu'elles supposent, tout comme les effets d'agrégation qu'elles peuvent produire, constituent des propriétés du monde social dont la prise en compte est essentielle pour l'intelligibilité de son fonctionnement et de sa dynamique.

Avec sa mort, au moins sur le plan épistémologique, le positivisme nous laisse pourtant un héritage, du moins si l'on accepte qu'il ne soit pas dilapidé par les postmodernistes (on reviendra plus tard sur ce point). Le premier élément se constitue du rejet de tout réalisme naïf : l'objectivité, loin d'être le fruit d'une décision d'impartialité de la part de l'observateur, est une construction reproductible ; l'expérience scientifique prend toujours l'une des diverses formes de l'expérimentation. Contre notre propension paresseuse à définir 'l'essentiel' des choses, des êtres ou des processus ('la' famille, 'la' classe ouvrière, 'la' femme, 'le' contrôle social...), le second élément de cet héritage nous met en garde contre la tentation substantialiste. Enfin il nous encourage à la tolérance et au courage intellectuel : à l'impatience toute médiatique des résultats immédiats et spectaculaires, il préfère l'obscur et patient travail précis et minutieux qui suppose la durée ; à la surdité des 'chapelles' qui se drapent dans le mépris hautain du groupe fermé pour éviter des questions gênantes, il oppose l'ouverture aux critiques et aux débats argumentés.

L'attachement encore vivant à cet héritage du positivisme a pour effet d'engendrer des confusions. Ainsi, parce que l'un de ses courants (le néo-positivisme logique) a encouragé la formalisation mathématique au titre d'auxiliaire permettant d'établir des modèles de connexions entre propositions empiriques, certains chercheurs des sciences de l'homme et de la société finissent par accorder toute leur attention et tous leurs efforts aux raffinements des procédures statistiques au détriment de l'interrogation sur la pertinence théorique et méthodologique de ce qu'ils mesurent, et cette 'obsession statistique' s'insère encore dans un 'langage déterministe' où le facteur de risque remplace la cause.

Le parcours des revues d'épidémiologie, en langues anglaise et française, montre combien empirisme et positivisme constituent encore une posture épistémologique extrêmement puissante, qui déborde d'ailleurs sur les revues de sociologie de la santé. L'une des caractéristiques des articles de ce type est qu'ils procèdent à la démonstration d'une hypothèse centrale par l'analyse des corrélations entre indicateurs et/ou indices retenus et mesurent la part de variance que chaque indicateur ou indice représentant les variables indépendantes peut expliquer (ce dernier aspect est surtout caractéristique de la tradition anglo-saxonne). À terme, on en vient à disposer d'un nombre important de propositions statistiquement démontrées, mais on ignore leur cohérence et leur signification, faute d'un

modèle théorique intégrateur : sans corps d'hypothèses interdépendantes au sein d'une théorie où elles se renforcent mutuellement, on finit par accumuler des descriptions partielles (cf. 2ème partie : Des transitions à l'inertie sociétale) qui témoignent d'une inertie intellectuelle à rendre intelligible l'ensemble des phénomènes de santé[220]. "Nous ignorons si ce que nous disons a un sens, mais nous savons que c'est vrai," fait dire Merton aux empiristes radicaux[221].

La description, étude de ce-qui-est-donné, est souvent le dernier refuge de l'empirisme plat, alors qu'elle peut être l'investissement d'un sous-ensemble concret au moyen d'outils théoriques intégrés qui offrent les critères pertinents de classement des données de l'enquête. Cela ne veut pas dire que la prééminence du théorique commande l'ordre des opérations de recherche (on peut très bien commencer par de l'observation participante ou une étude documentaire) : cela signifie que, quel que soit l'ordre des opérations concrètes, elles mettent en oeuvre un contenu théorique dont la structure interne fixe les limites ; afin de les connaître et éventuellement de les déplacer, il est du plus haut intérêt d'expliciter l'engagement théorique que ces opérations recèlent.

Avant d'entreprendre cette tâche au regard du tableau de la division sociale de la santé dont nous avons fixé les principaux contours, il nous revient d'esquisser l'exploration de la troisième question : pour apprécier le bien-être des populations est-il pertinent de le saisir principalement par son envers, les troubles et les pathologies ? On sait que la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé ("un état de complet bien-être physique, mental et social") a été souvent critiquée pour être utopique : on finit même par dire qu'elle est impossible à opérationnaliser. Il reste qu'elle représente une tentative qui a le mérite d'attirer l'attention sur la 'positivité' de la santé : elle est irréductible à l'absence de maladie. Comment saisir cette positivité ? L'auto-évaluation de la santé ('health status') est-elle suffisante ? Il est remarquable de constater dans les résultats des enquêtes internationales qu'une bonne partie des individus qui déclarent des maladies chroniques ou bénignes se disent par ailleurs en 'bonne' ou 'parfaite' santé !

Retraçant l'histoire originale du Centre de Médecine Préventive de Vandœuvre-les-Nancy, Alphonse d'Houtaud tente de "dessiner les contours d'une sociologie de la santé qui serait en somme à la sociologie de la médecine ce que la médecine véritablement préventive et prédictive est à la médecine traditionnelle[222]." Il montre comment, à travers des bilans de

---

[220] "S'il ne fait pas de doute que raffiner concepts et méthodes est nécessaire, cela ne sera pas suffisant pour dépasser l'inertie intellectuelle qui caractérise actuellement ce champ d'étude," écrivaient récemment Mary-Anne KANDRACK, Karen N. GRANT and Alexander SEGALL, Gender differences in health related behaviour : some unanswered questions, *Social Science and Medicine,* Vol. 32, n° 5, 1991, p. 588 (notre traduction).

[221] Robert K. MERTON (1965), op.cit., p. 27.

[222] Alphonse d'HOUTAUD, Sociologie de la médecine et sociologie de la santé, *Cahiers Internationaux de Sociologie,* Vol. LVIII, 1975, p. 159.

santé familiaux qui prennent en compte les dimensions synchroniques et diachroniques de l'existence, on passe d'une vision individualiste à une approche plus globale, et en même temps comment les techniques globales d'éducation pour la santé font aussi une place au 'colloque singulier'. Mais la santé est-elle l'affaire exclusive des spécialistes-médecins et de l'institution médicale, fût-elle 'préventive et prédictive' ?

Il a déjà été indiqué que les populations tout à la fois assimilent des connaissances médicales et les accomodent à leurs propres savoirs et croyances. Peut-on préciser davantage cet 'horizon de santé' qui constitue la ligne de référence des 'profanes', pour reprendre une expression de l'interactionnisme symbolique[223] ? L'étude pionnière en la matière est sans aucun doute celle de Claudine Herzlich dans les années 60[224]. Déjà ancien, ce travail ne sera pas restitué dans le détail : on en retiendra deux éléments importants avant de s'intéresser à des recherches plus récentes.

D'abord, contrairement aux connaissances médicales qui forment en principe une totalité relativement unifiée, les représentations sociales de la santé présentent plusieurs formes distinctes qui ont leur cohérence propre : d'une certaine façon, 'la' santé n'existe pas ; on ne peut observer que 'des' santés. En second lieu, ces représentations se constituent souvent d'un 'tissage' d'expressions et de notions qui indiquent qu'un enjeu essentiel de la santé est la relation de l'individu au social, au collectif, au groupe : elles établissent une certaine correspondance entre ordre biologique et ordre social, ce qui a été retrouvé et approfondi dans des études tant sociologiques qu'anthropologiques[225]. Les formes 'profanes' de santé ont toujours un arrière-fond symbolique qui met en scène divers types de rapports entre biologique et social.

En apprenons-nous un peu plus avec des travaux plus récents ? Deux colloques de l'INSERM, au début et à la fin des années 80, constituent des bilans provisoires d'où l'on peut extraire les principaux éléments ci-après[226]. Lors du premier colloque, Claudine Herzlich

---

[223] Nous faisons allusion plus particulièrement ici à la troisième partie de l'ouvrage d'Eliot FREIDSON, *La profession médicale,* Paris, Ed. Payot, Coll. Médecine et sociétés, 1984. Etiqueter les gens ordinaires comme profanes par rapport aux spécialistes-médecins (qu'ils soient omnipraticiens ou spécialistes au sens réglementaire du terme) revient à poser une opposition structurale commode mais qui n'est pas sans danger : il n'y a pas de cloison étanche entre les savoirs des premiers et les connaissances/savoirs des seconds. Dans le cas de maladies chroniques, il peut même arriver que le patient-profane en connaisse bien plus que la plupart des médecins au terme d'une patiente quête dans la littérature spécialisée...

[224] Claudine HERZLICH, *Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale,* Paris et La Haye, Ed. Mouton, 1969.

[225] Susan SONTAG, *La maladie comme métaphore,* Paris, Ed. du Seuil, 1979, - et *Le sida et ses métaphores,* Paris, Ed. Christian Bourgois, 1989 ; Françoise LOUX, *Traditions et soins d'aujourd'hui,* _Paris, Interéditions, 2ème édition 1990. La littérature anthropologique sur ce thème est abondante : on trouvera une bibliographie dans l'ouvrage de F. Loux.

[226] Les colloques de l'INSERM, *Conceptions, mesures et actions en santé publique,* Paris, INSERM, Vol. 104, 1981 ; les colloques de l'INSERM, *Les représentations de la santé. Bilan actuel, nouveaux développements,* Paris, INSERM, Vol. 178, 1989.

esquisse une synthèse des travaux présentés. Quatre types de 'santés' se dégagent de l'enquête de Janine Pierret dans la grande banlieue parisienne : une forme 'santé-maladie' caractérisée à la fois par un corps perçu comme toujours susceptible de détérioration du fait d'un environnement polluant et pathogène, et par une normativité préventive centrée sur la modération ; une forme 'santé-instrument', sorte de capital reçu à la naissance au service du travail, producteur des conditions d'existence ('puisqu'on peut travailler, c'est que tout va bien') ; la forme 'santé-produit' qui exprime la conscience que le bien-être est le résultat d'une organisation des pratiques quotidiennes, tout en sachant qu'on ne peut pas tout maîtriser et qu'il faut savoir mêler prudence et prise de risques ; enfin une forme 'santé-institutions' dont la caractéristique structurante est en même temps une grande distance vis-à-vis du vécu quotidien et un souci de prise en charge collective ('la santé, cela suppose l'intervention de la puissance publique qui mette au service de tous les instruments de sa conservation').

Moins de dix ans plus tard, on observe des résultats convergents, bien qu'avec d'autres méthodes, en particulier dans les travaux d'Alphonse d'Houtaud[227]. L'auteur opère une classification des définitions de la santé en dix groupes que l'on peut ramener à quatre grandes classes. La première englobe les expressions présentant la santé comme un *fait massif* agréablement vécu ("usage hédoniste de la vie, équilibre, référence au corps") ; la seconde lui associe fondamentalement une certaine réserve : c'est une *possibilité* offerte qui permet de s'épanouir ("vitalité, bien-être psychologique") ; la troisième lie la possibilité d'une bonne santé à la fois au '*hasard'* et au *respect de bonnes règles de vie* ("principale richesse, hygiène") ; le dernier regroupement des définitions met l'accent sur la double nécessité d'un *auto-contrôle* et d'un *contrôle régulier par l'institution médicale* ("prévention, aptitudes physiques et non-maladie").

Au regard de tels résultats, on peut faire l'hypothèse que ces quatre groupes pourraient être ordonnés selon le principe de l'échelle de Guttmann : 'si je suis bien portant (premier groupe), alors il est évident que je tiens là une possibilité de mon épanouissement, si je respecte de bonnes règles de vie et si je prends la précaution de me faire suivre par un médecin' ; 'si la possibilité d'être bien-portant m'est offerte, alors je vais la préserver par l'hygiène de vie et le bilan médical' ... On aboutit à une sorte d'emboîtement hiérarchique descendant dont les premiers échelons présupposent les suivants. Évidemment seuls des entretiens approfondis permettraient de vérifier une telle structure par l'analyse des seconds thèmes d'apparition après relance. Quoi qu'il en soit, indépendamment des modes de structuration, on retrouve d'une enquête à l'autre les mêmes principaux ingrédients qui distinguent et rapprochent à la fois diverses configurations de la santé : un capital donné/reçu à gérer, à investir ou à savourer, dont on se sent responsable ou dont le devenir vous échappe (qu'il relève de la

[227] Alphonse d'HOUTAUD et Mark G. FIELD, *La santé. Approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société,* Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 1989. Cf. en particulier les tableaux I et II.

‘bonne étoile’ ou des engagements de la puissance publique). Leur composition, dont certaines configurations excluent des éléments, ne s’effectue pas au hasard : la santé n’a pas le même sens pour les ouvriers et pour les cadres, pour les artisans et commerçants au regard des employés ou des agriculteurs.

Dans sa synthèse Claudine Herzlich fait état d’une recherche comparative conduite par Denise Jodelet à quinze ans d’intervalle (1960-1963 et 1975-1976) auprès de personnes de niveau supérieur au bac, dans un premier temps, puis d’un échantillon représentatif. Si l’on se rapporte aux premières enquêtes qualitatives, la nature du rapport au corps a changé. La mise en avant des savoirs s’estompe au profit du récit d’expériences et d’explicitation de sensations ; dans le même temps, le “prétendu silence des organes” résonne des échos de l’hédonisme et de la jouissance ; enfin le corps participe du sujet : on rapporte ses troubles à l’histoire de soi et à une mise en cause de l’ordre social. La dernière enquête quantitative est plus nuancée : à une appréhension fondée sur le fonctionnement global du corps s’oppose sa prise de conscience par la maladie, la douleur ou la fatigue ; la vision du corps ‘émancipé’ est minoritaire par rapport au puissant souci de son contrôle ; par contre, la réduction du corps à une mécanique biologique est le fait d’un petit nombre : on affiche davantage l’influence des modes de vie que de l’hérédité.

Si la richesse, la complexité et la diversité des configurations de la santé sont indéniables, que décrivons-nous exactement à travers de telles approches ? C’est la question centrale que pose Pierre Aïach au cours du colloque de 81[228]. En demandant à une population de produire un discours ou de réagir à des propositions du chercheur (questionnaire), on présuppose que l’objet qu’on leur soumet est homogène et univoque : c’est oublier l’apport de Basil Bernstein[229] sur le rapport socialement différencié à la langue, tantôt moyen d’expression d’une expérience globale mal déterminée, tantôt instrument de formalisation plus ou moins importante de savoirs et de connaissances, tantôt outil d’élaboration progressive de la sensibilité personnelle aux distinctions et aux différences rencontrées et/ou ressenties. Il en découle que plus les questions posées ou les relances effectuées s’éloignent de l’expérience concrète des sujets interrogés, plus les écarts que l’on peut établir sont marqués par ce qui les sépare culturellement sur le plan linguistique.

Dans ces conditions, on peut deviner que les résultats n’ont guère de portée opératoire : cela est confirmé par des auteurs anglo-saxons qui font remarquer que représentations et attitudes à l’égard de la santé ne sont pas prédictives de comportements spécifiques. Faudrait-il donc renoncer à discerner les contours d’une ‘santé positive’ ?

> “Ces recherches, apparemment peu instrumentales, sont néanmoins des plus importantes pour la compréhension des problèmes de santé publique car elles seules donnent aux

---

[228] Pierre AÏACH, Contenu de l’objet santé et variabilité des attitudes, in Les colloques de l’INSERM (1981), op.cit., pp. 357-376.

[229] Basil BERNSTEIN, *Langage et classes sociales,* Paris, Ed. de Minuit, 1975.

spécialistes de ce champ d'intervention la possibilité de confronter les objectifs et les modèles de leur action aux significations et aux valeurs par rapport auxquelles celle-ci sera perçue ou inaperçue, reçue ou rejetée par la société. Elle leur permet donc l'articulation avec la sensibilité collective, condition nécessaire - ils le savent - de l'efficacité de leur action[230]."

Si la santé apparaît de façon aussi constante comme condition de possibilité des pratiques, elle l'est doublement : au titre de sa 'matérialité' biologique, socio-économique et psychologique qui fournit le fondement de leur étayage, - et au titre symbolique de valeur sociale qui détermine le sens de notre rapport au corps, et du rapport du corps aux mondes naturel et social.

Au cours d'une recherche effectuée au cours des années 80, Jean-François Barthe note combien l'image de la santé est déterminante :

> "Là où le corps devait être léger, aérien, libéré de toute entrave, on trouve chez les plaignants un ensemble de termes évoquant au contraire la pesanteur, la contrainte et la lourdeur. S'agit-il de contraintes physiques ? Pas nécessairement (...) Par une sorte de logique binaire, on en arrive à poser une conclusion du type je ne suis pas en bonne santé, alors je suis malade[231]

L'enjeu est bien celui d'une 'compréhension' du mode spécifique de construction sociale d'une réalité que nous appelons 'santé', irréductible à la maladie et à la mort dans la mesure où elle participe de l'interprétation du déroulement de l'existence.

Après ce premier balayage épistémologique et théorique, il nous échoit de reprendre ces problèmes du point de vue de leur contribution à l'intelligibilité de l'emprise de l'inertie sociétale sur la santé.

---

[230] Claudine HERZLICH, Perceptions et représentations des usagers : santé, corps, handicap, in Les colloques de l'INSERM (1981), op.cit., p. 349.

[231] Jean-François BARTHE, Représentations profanes de la santé : exemples d'implications dans la vie quotidienne, in Les colloques de l'INSERM, Vol. 178 (1989), op.cit., p. 375.

1. Problématiser les objets de description et de mesure.

On a montré qu'il n'existait pas de données 'pures' : elles sont construites implicitement ou explicitement en fonction d'un découpage du réel. Habituellement, quand on dit que la réalité est socialement construite, on sous-entend implicitement une restriction : elle est socialement construite pour le commun des mortels qui considère son savoir sur la réalité comme un acquis spontané et qui va de soi, tandis que le 'savant' aurait le privilège de développer des connaissances qui correspondraient à la 'réalité objective'. Qu'une

personnalité, arborant son (ou ses) doctorat(s), ses publications dans des revues prestigieuses, son statut et éventuellement ses médailles ou ses prix, prenne la parole au nom de sa compétence scientifique, et il paraît inimaginable de faire l'hypothèse que le tableau qu'il dresse de la réalité est aussi socialement construit et que "la sociologie de la connaissance se doit d'analyser les processus à l'intérieur desquels celle-ci apparaît[232]." Analyser les modes de construction des indicateurs et indices utilisés en épidémiologie et en sociologie de la santé implique de lever cette hypothèque et de se situer résolument dans la perspective de l'approche constructiviste.

Une seconde difficulté apparaît lorsque l'on s'engage dans cette voie. Se réclamer de l'approche constructiviste recèle une ambiguïté dans la mesure où plusieurs conceptions de sa démarche et de son objet sont en jeu. En forçant le trait, on peut dire que l'une s'intéresse aux processus de production des *découvertes* scientifiques, tandis que l'autre s'attache aux procédures d'*invention.*

Dans le premier cas, on présuppose qu'il existe un monde 'objectif', un 'donné' aux caractéristiques propres indépendantes de l'observateur, dont la science tente d'approcher de plus en plus précisément la description de ses principes d'émergence et de fonctionnement réel : faire une découverte consiste précisément à décrire et expliquer un élément, phénomène ou processus de ce monde 'objectif' ou 'naturel' jusque là passé inaperçu.

Lorsque, en 1628, William Harvey montre que, venant des veines, le sang s'accumule dans l'oreillette, puis le ventricule droit du cœur, avant de passer par une grosse artère dans les poumons, de retourner au cœur par l'oreillette et le ventricule gauche d'où il est propulsé par l'aorte dans tout le corps, il effectue une importante découverte (que ses détracteurs vont combattre pendant plus de quarante ans avant d'avouer leur défaite) : la découverte de la circulation du sang.

L'approche constructiviste a pour objectif alors d'analyser comment s'élabore une telle 'approximation', comment on procède à l'ajustement 'd'approximations' de plus en plus fines et précises, - de déceler les faiblesses, les obstacles ou les erreurs qui 'nuisent' à ces descriptions approchées, - et de mettre en évidence les éléments des contextes socio-économiques et socio-culturels qui favorisent de telles découvertes ou qui constituent des obstacles à leur apparition. Un telle façon d'aborder la question de l'élaboration des connaissances scientifiques engage une épistémologie 'réaliste' et 'objectiviste'.

Une seconde façon d'examiner les productions scientifiques procède d'autres postulats : la réalité découverte est en réalité 'inventée'. Il ne s'agit pas d'insinuer que la science est un pur produit imaginaire : au lieu de parler en termes de correspondance entre une formule et un processus ou de modèle approché du mode 'objectif', on dira que telle ou telle connaissance 'convient' plus ou moins bien à ce monde. Contrairement à la position précédente, l'enjeu

---

[232] Peter BERGER, Thomas LUCKMANN, *La construction sociale de la réalité,* Paris, Ed. Méridiens-Klincksieck, 1986, p. 7.

n'est plus la conformité, la similitude ou l'équivalence entre le réel et la connaissance qu'on en a produite : le sociologue de la connaissance n'a pas à vérifier l'existence de 'quelque-chose-qui-serait-objectif' ; sa tâche consiste à analyser comment des acteurs, spécialistes (savants) ou non, se saisissent d'un 'fait-censé-exister' pour construire un modèle qui convienne.

Watzlawick tente une explicitation pédagogique de cette position à travers l'histoire suivante : le capitaine d'un vaisseau doit passer un détroit par une nuit de tempête obscure sans balise ni carte. Si son bâteau est éperonné par les rochers, notre capitaine aura découvert ce que l'itinéraire n'était pas. S'il réussit la traversée, cela signifie qu'il a inventé une voie de navigation, sans qu'il sache rien sur le degré de sécurité ou de danger où il s'est trouvé : l'itinéraire retenu *a convenu* à la topographie inconnue des lieux, mais on ne peut pas préjuger qu'il ait *correspondu* à leur configuration géographique réelle[233].

Par-delà cette métaphore, un exemple de l'histoire de la sociologie peut éclairer l'enjeu de cette double position : la théorie de l'étiquetage d'Howard Becker[234]. En définissant la déviance non pas comme qualité d'un acte commis mais comme conséquence de l'attribution de transgression à une norme par un groupe qui qualifie ainsi un acte observé, l'auteur distingue la 'matérialité objective' d'une action (si elle n'est pas accomplie, son 'auteur' est accusé à tort) et sa perception/qualification (conforme ou déviante, si elle est perçue ; secrètement déviante si elle transgresse la norme et qu'elle n'est pas perçue). Dans sa critique de Talcott Parsons, Eliot Freidson transpose implicitement ce modèle à la construction 'profane' de la maladie[235] : d'un côté, il existe ou non un processus pathologique ; de l'autre, ce processus est perçu ou pas. On aboutit ainsi à quatre situations : le bien-portant (l'individu ne perçoit pas un processus qui n'existe pas effectivement), le malade imaginaire (l'individu perçoit un processus qui n'existe pas), le malade qui s'ignore (l'individu ne perçoit pas un processus pathologique pourtant à l'œuvre), enfin le malade 'réel' qui se perçoit comme tel.

Une telle théorie, quelle que soit son application, est exemplaire de la première position : dualiste, elle présuppose un monde 'objectif' ou 'matériel' ou 'naturel', qui atteint nos organes des sens, - et d'autre part la construction cognitive, personnelle et/ou collective, de ce que les sens ont perçu (ou cru percevoir). La seconde position, représentée historiquement

---

[233] Paul WATZLAWICK, *L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme,* Paris, Ed. du Seuil, 1988, - cité par Michel HUBERT, L'approche constructiviste appliquée à la sociologie des problèmes sociaux : éléments d'un débat, *Recherches sociologiques,* Vol. XXII, n° 1-2, 1991, p. 22.

[234] Howard S. BECKER, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance,* Paris, Ed. A.M. Métailié, 1985, en particulier chapitres 1, 2, 9 et 10.

[235] Eliot FREIDSON (1984), op.cit., pp. 217-228. L'auteur ne propose pas lui-même la typologie dont il est question ici : elle est pourtant une conséquence logique de son analyse.

dans la sociologie américaine par John Kitsuse et Malcolm Spector[236], récuse ce dualisme : ce sont les activités définitionnelles des individus ou des groupes qui *constituent* la connaissance ou le savoir comme tel eu égard "à certaines conditions putatives[237]". Celles-ci correspondent à ce que les tenants de la première position appellent 'monde objectif' (acte de transgression accompli, processus pathologique réel...). Mais ceux qui défendent la seconde position considèrent seulement qu'un tel monde est *censé* exister (puisque des acteurs l'affirment) : ce qui importe à leurs yeux, c'est d'analyser l'émergence, le maintien ou l'abandon de savoirs, les disputes et conflits à propos de ce que des individus ou des groupes considèrent être 'une réalité', 'un monde censé exister'[238].

En ce sens dire que la médecine et les connaissances médicales sont des produits sociaux, - et non pas quelque 'vue' pénétrante mais a-sociale des processus de la Nature, - n'implique pas qu'elles sont 'irréelles' ou artificielles, ni que les pratiques des médecins sont des attrape-nigauds, ni que les pathologies sont imaginaires : les troubles de la santé existent bien malheureusement. Par contre souffrir de ces troubles n'implique aucunement qu'ils prennent une forme nécessaire, transhistorique et universelle : la médecine est un mode de pratique sociale dont la finalité est d'observer, de codifier et de comprendre ces troubles pour intervenir sur eux, et ce - au sein de groupements techniquement organisés formant la corporation médicale, eux-mêmes situés à l'intérieur de la totalité sociétale. Par là, il ne s'agit pas de dire que la médecine, ou tout autre forme de connaissance et pratique scientifiques, est perméable à des intérêts de groupes particuliers et qu'on en appelle à une autre sorte de médecine 'pure' et 'a-sociale' : reconnaître que la médecine est par nature et de façon inhérente sociale, c'est simplement se donner les moyens d'imaginer d'autres formes de connaissances et d'autres modes d'exercices de la médecine qui paraîtraient plus désirables aux citoyens et qu'ils pourraient choisir de développer[239].

---

[236] John I. KITSUSE, Malcolm SPECTOR, Toward a sociology of social problems : social conditions, value-judgments, and social problems, *Social Problems,* Vol. 20, 1973, pp. 407-418.

[237] Joseph W. SCHNEIDER, Social problems theory : the constructionist view, *Annual Review of Sociology,* 11, 1985, pp. 209-229.

[238] Cette perspective a été étendue à la 'société scientifique' : en prenant une position 'agnostique' à l'égard du contenu des énoncés scientifiques, Latour et Woolgar décrivent comment le travail de laboratoire est une entreprise collective de production de faits *(La vie de laboratoire,* Paris, Ed. de La Découverte, 1988) ; d'une autre façon, l'ethnométhodologie tente de mettre au jour de quelle manière 'la factualité' est un accomplissement pratique dans la vie quotidienne ordinaire des gens (cf. Renaud DULONG, La factualité comme phénomène, in C.E.M.S., *Arguments ethnométhodologiques,* Problèmes d'Épistémologie en Sciences Sociales, n° III, 1984).

[239] Peter WRIGHT and Andrew TREACHER (eds.), *The problem of medical knowledge : examining the social construction of medicine,* Edinburgh, Edinburgh University Press, 1982. Cf. 'Introduction', pp. 14-15.

Tandis que le premier type d'approche constructiviste s'insère encore dans le rationalisme de la modernité qui émerge avec les 'Lumières', le second type s'inscrit résolument dans la crise de la raison de la postmodernité : elle procède du courant de délégitimation de tout discours qui prétend fonder 'les règles du jeu' de l'énonciation de propositions scientifiques ou de propositions politiques d'émancipation.

> "Le grand récit a perdu sa crédibilité, quel que soit le mode d'unification qui lui est assigné : récit spéculatif, récit de l'émancipation. On peut voir dans ce déclin des récits un effet de l'essor des techniques et des technologies à partir de la deuxième guerre mondiale, qui a déplacé l'accent sur les moyens de l'action plutôt que sur ces fins (...) La pragmatique scientifique est centrée sur les énoncés dénotatifs (...) Mais son développement postmoderne met au premier plan un «fait» décisif : c'est que même la discussion d'énoncés dénotatifs exige des règles. Or les règles ne sont pas des énoncés dénotatifs, mais prescriptifs, qu'il vaut mieux appeler métaprescriptifs pour éviter des confusions (ils prescrivent ce que doivent être les coups de jeux de langage pour être admissibles). L'activité différenciante, ou d'imagination, ou de paralogie dans la pragmatique scientifique actuelle, a pour fonction de faire apparaître ces métaprescriptifs (les «présupposés») et de demander que les partenaires en acceptent d'autres. La seule légitimation qui rende recevable en fin de compte une telle demande est : cela donnera naissance à des idées, c'est-à-dire à de nouveaux énoncés[240]."

Une telle 'déconstruction' ne s'applique pas seulement à l'activité scientifique : elle englobe toute l'activité humaine. Le postmoderne inaugure le désenchantement de l'Histoire, bien au-delà de la crise des traditions religieuses par l'instauration de la Raison au moment des Lumières : si on continue d'agir, de prévoir, de négocier, de tels processus apparaissent dépourvus de toute finalité ; progrès ou émancipation n'ont aucun sens : les grands récits qui offraient de donner un sens à l'Histoire, ceux des religions du Livre, celui de la confiance des Lumières dans le progrès, celui de l'espoir marxiste en une société juste enfin accomplie, ne parviennent plus à fixer un terme au cours du développement humain. Faute d'un modèle imposé 'd'en haut', le système scientifique, culturel, socio-économique et politique intègre correctifs et améliorations en absorbant diverses initiatives et inventions. Un tel développement bute pourtant sur une limite : la question de notre relation au néant constitue un reste irrécupérable, même si l'agitation scientifico-culturelle s'emploie à le masquer[241].

---

[240] Jean-François LYOTARD, *La condition postmoderne. Rapport sur le savoir,* Paris, Ed. de Minuit, Coll. Critique, 1983, pp. 104-105.

[241] Une telle position n'est pas sans conséquences pour le travail sociologique. Selon Martucelli, la sociologie se saisit de la postmodernité de trois façons : analyse de la correspondance entre culture postmoderne et contexte sociétal ; une évaluation de la postmodernité comme système-sujet qui évacue tout sens donné par les personnes (Luhmann) ; ancrage sur l'expérience vécue, fragmentée selon de multiples 'tribus', éclatée en un 'désordre' dont on ne peut avoir de compréhension unitaire globale. Voir Danilo

La position postmoderne a suscité de nombreuses réactions : la 'bataille intérieure du rationalisme' est encore loin d'être achevée. Comme notre propos n'est pas d'en faire l'historique, nous nous bornerons à rappeler que son enjeu est 'la critique totale de la raison' : est-il possible de mener à bien une critique radicale de la raison qui soit cohérente avec elle-même ? Pour Apel, un tel projet ne saurait aboutir qu'à l'autodissolution de la raison, c'est-à-dire désordre et chaos sur tous les plans : une critique censée de la raison nécessite son 'autodifférenciation réflexive' et la quête d'un fondement ultime[242].

> "Dans la démarche de sa pragmatique transcendantale, Apel a donc établi le fait que ceux qui recherchent la vérité en commun, voire ceux mêmes qui la recherchent solitairement sont obligés de présupposer pour eux-mêmes la norme fondamentale de l'éthique de l'argumentation afin que leur pratique puisse seulement avoir un sens. En effet, cette «norme_fondamentale» de l'éthique : le devoir argumenter rationnellement, est justifiée au regard d'un *«a_priori__de_la_communauté_de_communicat»*, qui conditionne ultimement toute signification et toute validité *possibles* : tout ce qui prétend avoir un sens et une validité doit présupposer la structure d'intersubjectivité qui, seule, permet idéalement de fonder cette prétention comme telle[243]."

Dans le champ de la sociologie de la santé, un débat du même type se déroule à un autre niveau entre les tenants des deux types d'approche constructionniste. L'objection principale que fait Bury à l'approche 'radicale' est celle-ci : si toutes les formes de connaissance constituent des 'parties de discours' dont le référent importe peu, sur quel fondement repose le 'discours constructionniste radical' pour prétendre à la validité et à la vérité ? Si la connaissance se réduit à son contexte de production, la rationalité elle-même ne peut être traitée comme extérieure aux formes sociales : quelles méthodes et quelles argumentations peuvent permettre d'évaluer les productions qu'une telle position met en avant ? Un tel relativisme est abyssal : comment décider que 'les forces du monde historique' ne rentrent pas dans l'approche contructionniste ? ou bien est-on condamné à la déconstruction sans fin des déconstructions antérieures ? Dans la littérature anglo-saxonne, un débat vigoureux et argumenté continue de se poursuivre en la matière[244].

MARTUCELLI, Lectures théoriques de la postmodernité, *Sociologies et sociétés,* Vol. XXIV, n° 1, 1992.

[242] Karl Otto APEL, Esquisse d'une théorie philosophique des types de rationalité, *Le débat,* n° 49, 1988, pp. 141-163.

[243] Jean-Marc FERRY, *Habermas. L'éthique de la communication,* Paris, PUF, Coll. Recherches politiques, 1987, p. 509.

[244] Pour une première approche de ce débat, nous renvoyons à : M.R. BURY, Social constructionism and the development of medical sociology, *Sociology of Health and Illness,* Vol. 8, n° 2, 1986 ; Malcolm NICOLSON and Cathleen McLAUGHLIN, Social constructionism and medical sociology : a reply to M.R. Bury, *Sociology of Health and Illness,* Vol. 9, n° 2, 1987 ; M.R. BURY, Social constructionism and medical sociology : a rejoinder to Nicolson and McLaughlin, *Sociology of Health and Illness,* Vol. 9, n° 4, 1987 ; Malcolm NICOLSON and Cathleen McLAUGHLIN, Social constructionism and medical

C'est sur cet arrière-fond épistémologique et théorique qu'il convient d'aborder la construction statistique des états de santé, tels que nous les avons décrits dans la partie précédente. Plus précisément le 'programme fort' de la construction sociale des statistiques de santé soutient que les agents préposés à leur élaboration imposent aux données des catégories qui leur préexistent au sein de modèles interprétatifs : l'identification et la codification des cas ne procèdent pas des caractéristiques 'objectives' de ces cas ; les variations que l'on observe dans les statistiques officielles s'expliquent *intégralement* par les variations des processus interprétatifs eux-mêmes. On reconnaît là le nominalisme radical de l'approche constructionniste la plus extrême.

Au regard des critiques qui ont été adressées à ce relativisme total et à sa dissolution de toute possibilité de rationalité, nous suivrons ici la voie du 'programme faible' : quelles que soient les variations interprétatives et les reconstructions auxquelles procèdent les agents qui décrivent, codifient et mesurent les états de santé, il existe un certain nombre de traits objectifs qui persistent indépendamment de leur mise en forme : c'est ce que nous avons appelé plus haut 'la résistance du réel' ou encore la 'relative neutralité' des données. Selon cette perspective, le procès de description et de mesure est interrogé à la fois en termes d'adéquation et en termes de construction des statistiques comme faits sociaux : un tel examen *n'exclut pas* d'autres modes d'intelligibilité[245].

Problèmes de mesure de la mortalité.

La mortalité, qu'elle soit présentée en termes de taux bruts ou comparatifs, ou encore en termes d'espérance de vie à la naissance ou à un âge déterminé, constitue une dimension de la santé apparemment non-questionnable, tellement sa facticité s'impose, à l'instar de la brutalité du décès d'un être aimé. La mortalité n'est-elle pas, après tout, que la sommation de ces décès particuliers dont nous faisons un jour ou l'autre l'expérience qu'ils s'imposent, quels que soient le soupçon ou la révolte que nous nourrissions à l'endroit de 'la faucheuse' ? Cette expérience et ce sentiment de finitude doivent-ils pourtant faire baisser nos bras de vivants au point d'accepter sans la moindre interrogation la mortalité dépeinte par quelque tableau statistique ?

L'avis de décès transmis, en France, par le service d'État-Civil des communes à l'INSEE se double d'un certificat médical de décès, confidentiel, transmis au médecin de santé publique attaché à la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale via l'INSERM : grâce aux diverses indications relatives aux département, commune, numéro

---

sociology : a study of vascular theory of multiple sclerosis, *Sociology of Health and Illness,* Vol. 10, n° 3, 1988.

[245] M. BLOOR, M. SAMPHIER and L. PRIOR, Artefacts explanations of inequalities in health : an assessment of the evidence, *Sociology of Health and Illness,* Vol. 9, n° 3, 1987, p. 233. Pour ce qui concerne la mortalité, nous suivrons une partie de l'argumentation de cet article, sauf autres indications.

d'ordre du décès et numéro de l'acte de décès, il n'est pas difficile pour les services de l'INSERM de rapprocher les caractéristiques médicales et sociales des décédés. La simplicité du système est telle que les productions statistiques de mortalité paraissent relever de procédures techniques 'infaillibles'.

Une première forme de questionnement a vu le jour dans la première partie du XXème siècle avec la critique des statistiques du suicide. Durkheim s'était donné la peine d'élaborer une définition 'sociologique' du suicide avant de procéder à son analyse[246] : Halbwachs fait remarquer que les statistiques officielles du suicide traduisent simplement les définitions communes du phénomène et que ces définitions sont très fluctuantes selon les moments et les lieux où il se produit[247]. De manière plus systématique, Douglas[248] reprend et développe la critique d'Halbwachs : quand les autorités enregistrent un décès comme suicide, on est confronté à un processus complexe sujet à variations ; la stabilité des taux de suicide pour un pays donné à une époque déterminée n'est pas une garantie de statistiques sûres : elle dépend de la permanence ou des modifications de l'appareil d'enregistrement.

Au-delà des pays et des périodes, les taux de suicide par catégories sociales sont-ils au moins plus fiables ? Même si les suicides déclarés sous-estiment la réalité du phénomène, cette sous-estimation est-elle également répandue dans la hiérarchie sociale ? Force est de constater que non : le suicide du marginal est enregistré sans problème ; si le suicidé est fortement intégré dans un groupe, celui-ci tentera de dissimuler cet acte et les "chances de succès de ces tentatives varieront directement avec ce degré d'intégration et avec le 'status' social du suicidé : plus l'entourage du décédé est proche des autorités, plus sa pression en vue de dissimuler le suicide sera efficace." Ainsi les variations du taux de suicide entre catholiques et protestants s'expliqueraient de la sorte : les premiers camoufleraient davantage les suicides que les seconds ; même processus et mêmes effets pour les mariés et les célibataires, les élites et les classes populaires. Une autre source de biais s'ajoute à la précédente : l'enregistrement d'un décès comme suicide se fait d'autant mieux que les mobiles sont plus clairs, ce qui explique l'accroissement des taux en période de crise économique, en particulier chez les indépendants (suicides mis en relation avec les faillites).

Peut-on aller dans le sens d'un 'constructionnisme radical' et affirmer avec Douglas que le social agit avant tout sur le décompte et non sur les faits décomptés ? On peut d'abord remarquer que ces critiques restent hypothétiques faute d'avoir été soumises à des enquêtes précises sur les conditions d'enregistrement. Surtout, Philippe Besnard montre que leur portée

---

[246] Émile DURKHEIM, *Le suicide,* Paris, PUF, Coll. Quadrige, 1986. Cf. Introduction § I, pp. 1-7.

[247] Maurice HALBWACHS, *Les causes du suicide,* Paris, Alcan, 1930.

[248] J. DOUGLAS, *The social meanings of suicide,* Princeton, Princeton University Press, 1967, - cité par Philippe BESNARD, Anti- ou anté-durkheimisme ? Contribution au débat sur les statistiques officielles du suicide, *Revue française de sociologie,* XVII - 2 - 1976.

devient plus limitée quand on procède non pas à une comparaison entre catégories sociales mais à l'examen des effets d'interaction statistique :

> "dans les sociétés occidentales, les suicides masculins sont généralement perçus comme provoqués par des motifs extra-familiaux, alors que les suicides féminins sont attribués à des motifs internes à la famille. Quand une femme mariée se suicide, son mari qui, plus que quiconque, a des chances d'être considéré comme le responsable, aura tendance à dissimuler le suicide beaucoup plus qu'une épouse dans la situation symétrique. D'où une sous-estimation dans les statistiques officielles, du suicide féminin en général. L'intérêt de cette hypothèse est qu'elle nous met en présence d'un effet d'interaction entre le sexe et l'état-civil (...) En effet, si cette hypothèse est exacte, à savoir que la dissimulation du suicide des femmes mariées explique la moindre fréquence du suicide des femmes en général, l'écart entre le taux de suicide masculin et le taux de suicide féminin doit être particulièrement important chez les personnes mariées (...) D'après les données de Durkheim, c'est le contraire qui est vrai : l'écart entre les hommes et les femmes est plus élevé chez les célibataires que chez les époux, quel que soit leur âge (...) Ce résultat, s'il est particulièrement bien établi dans les données de Durkheim, se retrouve plus généralement dans les statistiques plus récentes[249]."

On pourrait, à la suite de Besnard, multiplier les exemples qui prennent en défaut la thèse du 'constructionnisme radical' : si le mode d'enregistrement des suicides est bien soumis à des formes variées de pression sociale, cela ne peut pas expliquer l'ensemble des écarts constatés. Il reste à entreprendre une enquête auprès des médecins pour évaluer sérieusement l'ampleur du phénomène de dissimulation des suicides et pour analyser les situations pour lesquelles la pression sociale se manifeste. Mais déjà l'examen des statistiques des causes de décès, en particulier les causes non déclarées et les accidents (dont on peut penser que ce sont des substituts commodes à la déclaration de suicide), fait apparaître des variations régionales qui semblent surtout liées à des 'habitudes médicales' : quand les proportions de causes non déclarées ou mal spécifiées s'élèvent 'anormalement' dans un département, on constate que de telles proportions sont particulièrement importantes pour les décès survenus dans les hôpitaux publics.

Des observations du même genre que les précédentes peuvent être faites à l'encontre des décès par alcoolisme. D'un côté, on a vu que les décès par alcoolisme et cirrhose du foie (et toutes les cirrhoses ne sont pas dues à l'alcool) ne représentaient pas tous les décès dont l'alcoolisme est une cause au moins indirecte. D'un autre côté, un certain nombre de familles considèrent que l'alcoolisme est une 'maladie honteuse' : on peut supposer que, malgré la garantie d'anonymat de la déclaration médicale, ces familles font pression pour que le décès

[249] Philippe BESNARD (1976), op.cit., p. 320.

soit attribué à une autre cause. Le docteur Aubenque, chef de la section des statistiques sanitaires de l'INSEE, notait dans les années 50 :

> "Il importe de remarquer que ce ne sont pas les déclarations d'origine non médicale (qui ne représentent que 2 % des décès, d'ailleurs, en France en 1952) qui sont responsables des lacunes de spécification. Ce sont en fait les déclarations médicales qui sont trop souvent insuffisantes quant à leur spécification[250]."

Les attitudes médicales ont-elles changées depuis cette époque-là ? Une recherche d'Arliaud auprès des médecins dans les années 70 témoigne qu'il n'en est rien : l'omnipraticien se sent démuni face à l'alcoolique ; parce qu'il manque d'une formation 'solide' en la matière, son discours est fortement marqué par le jugement social et sa principale stratégie consiste à 'faire circuler' l'alcoolique dans le système de soins faute de savoir comment le prendre en charge en l'un de ses éléments. Commentant la recherche d'Arliaud, Bernard Mottez écrit : "Le vigoureux papier de M. Arliaud met en évidence plus qu'on ne l'a jamais fait jusqu'alors, me semble-t-il, un fait capital : les médecins, ou disons de beaucoup la plupart, ne veulent rien entendre de l'alcoolisme[251]." S'il en est ainsi du vivant de la personne, comment imaginer un renversement d'attitude au moment du décès ?

Suicide, alcoolisme : il existe entre ces deux causes de décès d'étranges rapports. Quand on examine leur évolution respective sur une longue durée, on ne manque pas de constater que les taux respectifs ont tendance à évoluer en proportion inverse. Une enquête locale qualitative (à Morlaix, en Bretagne)[252] permet de mieux comprendre les processus à l'œuvre : tantôt un coktail alcool-neuroleptiques tourne mal, au moment même où le processus de prise en charge et d'insertion semble bien engagé, et on déclare la mort accidentelle ; tantôt le sevrage brutal d'alcool fait mesurer l'étendue du gâchis d'une vie et la personne se suicide, ce qui est enregistré comme tel au détriment de son contexte alcoolique ; tantôt la "course à la défonce" de jeunes opère par absorption d'alcool accompagnée d'inhalation de trichloréthylène par exemple : que la barre soit placée un peu haute et la mort est au rendez-vous... mais on la déclarera accidentelle.

Les causes de décès que nous venons d'examiner comptent sans doute parmi les plus 'délicates' à élaborer statistiquement. Encore peut-on 'se consoler' d'une certaine sous-estimation en pensant qu'elles ne comptent pas parmi les causes les plus importantes (du moins directement, pour l'alcoolisme, en France). Ce serait admettre que des pathologies aussi 'nettes' que les cancers ou les cardiopathies sont l'objet de diagnostics et de déclarations indubitables. Or des études britanniques répétées (entre la fin des années 50 et le

---

[250] Cité par Sully LEDERMAN (1956), op.cit., Tome 1, p. 119.

[251] Bernard MOTTEZ, Le médecin, le comptable et l'alcoolique, *Sociologie du travail,* 18ème année, n° 4, 1976, p. 382. Dans le même numéro de la revue : Michel ARLIAUD, La démarche du sous-traitant. Une approche titubante de l'alcoolisme, pp. 362-380.

[252] Gérard PRÉMEL, *Le poids social de l'alcool à Morlaix,* Rennes, L.A.R.E.S.S., Rapport de fin d'étude pour le CCAS de la ville de Morlaix, février 1992, 102 p.

début des années 80) ont pris pour objectif de comparer le diagnostic clinique de cause de décès avec les trouvailles de médecins anatomo-pathologistes pour le même cas[253] : n'est-il pas étonnant de lire que le spécialiste d'anatomo-pathologie récusait le diagnostic du simple clinicien dans 27 % des cas et que le premier jugeait que la cause déclarée par le second était une cause subsidiaire de mort dans 12 % de cas supplémentaires ? Alors que l'on considère, en France, qu'en dépit des progrès de la technologie médicale, au moins 10 % des diagnostics établis du vivant des malades ne sont pas confirmés par l'autopsie, n'est-il pas étrange que le texte de loi sur la bio-éthique voté par le Sénat en mars 1994 soumette l'autopsie médico-scientifique aux mêmes contraintes que les prélèvements d'organes ?

> "L'examen en seconde lecture, début avril, par l'Assemblée Nationale, des textes sur la bio-éthique permettra-t-il de sortir de l'impasse ? Si tel n'était pas le cas, on peut craindre que le refus multiforme de la mort, la hantise du devenir des corps, les quiproquos sur ce que doit être le respect des morts et l'angoisse du plus grand nombre face au savoir et au pouvoir médical, ne nous ramènent à la douloureuse époque où, loin des Lumières, les cadavres étaient cousus d'interdits[254]."

L'enjeu n'est évidemment pas seulement la précision et l'exactitude des statistiques de mortalité : il est aussi bien dans l'arbitrage de la qualité de la performance médicale (qualité diagnostique et thérapeutique), via son amélioration.

L'objection faite habituellement à de tels constats de décalage, du point de vue de l'exactitude des déclarations, est que les erreurs de diagnostics cliniques n'ont guère d'importance épidémiologique parce qu'elles se répartissent au hasard. Cet argument se fonde sur des recherches conduites sur des décédés de différentes sortes de cancers : malgré les désaccords entre cliniciens et anatomo-pathologistes, on finit par aboutir à un équilibre entre 'faux positifs' et 'faux négatifs'. Mais cet équilibre n'existe plus pour les cancers du poumon, du cerveau et de la vessie (systématiquement sous-représentés). De même Cameron et McGoogan montrent que méningites, péritonites, ulcères gastriques perforés, maladies de la vésicule biliaire, cirrhose du foie, embolie pulmonaire et rhumatismes cardiaques sont également sous-représentés, alors que les diagnostics de maladies cérébro-vasculaires sont sur-représentés.

Comme on l'a déjà indiqué à propos de la dissimulation des suicides, on peut constater que la plus ou moins grande précision des diagnostics est sujette à des variations régionales. De la

---

[253] H.M. CAMERON and E. McGOOGAN, A prospective study of 1152 hospital autopsies : inaccuracies in death certification, *Journal of Pathology,* n ° 133, 1983, cité par M. BLOOR, M. SAMPIER, and L. PRIOR (1987), op.cit., p. 237-238.

[254] Jean-Yves NAU, L'autopsie en danger de mort. Le texte de loi sur la bioéthique voté par le Sénat menace cette pratique scientifique fondamentale en médecine, *Le Monde,* 23 mars 1994. Les textes des lois sur la bioéthique adoptés le 23 juin 1994 organisent utilement les conditions de prélèvement d'organes et de tissus sur les cadavres à des fins thérapeutiques ; pour les autopsies scientifiques, nombre d'ambiguïtés demeurent.

même façon, a été suggéré (mais les recherches manquent sur ce point) des 'effets de génération' dans les diagnostics de cause de mortalité : là où de vieux médecins se contentent de déclarer une cause plus ou moins définie, des médecins plus jeunes s'appliquent à plus d'exactitude, du moins eu égard à certains diagnostics. Ainsi, en 1982, deux chercheurs britanniques ont montré que la chute de mortalité par cancers de l'estomac au Royaume-Uni pouvait partiellement s'expliquer par le remplacement de vieux médecins : les plus jeunes paraissaient plus regardants pour indiquer ce type de diagnostic sur les certificats de décès.

On a noté qu'une partie au moins des erreurs de diagnostics de causes de décès pouvait relever d'une répartition au hasard qui équilibrait 'faux positifs' et 'faux négatifs'. Le problème se complexifie du fait qu'une telle distribution peut ne pas s'opérer au hasard entre les catégories socio-démographiques : si tel est le cas, les écarts de mortalité entre catégories sociales, sexe ou âge pour des causes spécifiques sont artificielles. A ce jour, on ne dispose pas de recherche qui déterminerait les 'faux positifs' et les 'faux négatifs' et leur répartition en fonction de caractéristiques socio-démographiques. Cameron et McGoogan, dans leurs travaux de 1981, notent cependant qu'il existe une nette tendance à l'accroissement de certificats de décès imprécis quand l'âge des patients décédés s'élève. On objectera que les vieilles personnes sont sujettes à des pluri-pathologies et qu'il est sans doute difficile de trancher entre elles quant à celle qui est la cause immédiate du décès. Une telle explication ne peut pas être intégralement retenue dans la mesure où les premières tendances à l'imprécision se manifestent dès l'âge de 54 ans.

De quoi peuvent dépendre les variations géographiques des certifications de décès, indépendamment des 'propensions' régionales à telle ou telle pathologie ? Sans doute, pour une part, comme on l'a laissé entendre, l'effet de génération des médecins se matérialise dans leur répartition selon les zones de résidence : on sait que la moyenne d'âge des praticiens n'est pas la même selon les régions. À cela s'ajoute le fait qu'il existe une inégale distribution régionale des autopsies médico-légales, effectuées à la demande du juge d'instruction qui se trouve confronté à un cas de mort *a priori* suspecte. Des études britanniques montrent que, parmi les patients hospitalisés et qui meurent à l'hôpital, les femmes ont moins de chances que les hommes d'être soumises à une procédure d'autopsie ; de la même façon, les décès de femmes ont une probabilité moins grande de faire l'objet d'une investigation de la part des 'coroners' (officier civil d'instruction) que ceux des hommes. Aux États-Unis, une équipe de chercheurs a établi qu'en Géorgie les morts non-blancs (surtout des noirs) aboutissaient moins entre les mains de médecins-légistes que les blancs, tandis que dans les Montagnes Rocheuses les non-blancs décédés (principalement des Indiens) avaient beaucoup plus de chances d'être autopsiés. Un autre chercheur américain a remarqué, dans un hôpital, que l'approfondissement de l'investigation des décès variait directement en fonction de la valeur sociale perçue du décédé.

Compte tenu de ces divers aspects qui interviennent dans la certification médicale des décès, on est amené à examiner de plus près encore la procédure. Ainsi, dans les grandes villes, ce n'est pas le médecin traitant qui remplit le certificat médical de décès mais l'un ou l'autre médecin attaché à l'état-civil communal : ces médecins, qui officient pour l'état-civil, ne sont pas tenus de rencontrer le médecin traitant ou d'entrer en relation avec lui ; ils se rendent au domicile de la personne décédée et remplissent leur certificat à partir de leur 'enquête' auprès de l'entourage[255]. À quels résultats parviendrait-on si l'on confrontait ce type de certification clinique avec la détermination de la cause de décès par un anatomo-pathologiste ? Comme le certificat comporte deux sections (la première vise à déterminer la cause immédiate de la mort et sa cause initiale, la seconde à préciser l'état morbide ou physiologique plus général qui a pu contribuer à l'évolution fatale), est-il toujours assuré que la hiérarchisation prévue est respectée (on a noté ci-dessus une proportion non-négligeable d'inversions) ? Ceci concerne les décès à domicile : près des deux tiers des personnes meurent à l'hôpital et, dans ces cas, c'est le médecin du service concerné qui remplit théoriquement le certificat. Les travaux britanniques suggèrent que c'est souvent aux stagiaires du service qu'incombe la tâche : si l'ordre de l'information diagnostique n'est pas respectée, le codeur traitera de façon erronée la première information comme cause de décès (primat de la règle sur le diagnostic). Il peut y avoir là une source de sous-représentation de certaines pathologies. Au total, au moins pour les grandes villes, il peut y avoir des effets de 'concentration' des modes de certification, d'une part du fait du petit nombre de médecins attachés à l'état-civil, et d'autre part parce qu'il y a une forte concentration de décès dans certains services hospitaliers.

La construction sociale de la mortalité ne tient pas seulement à l'activité médicale de certification : sa mise en forme tient aussi aux règles de codage mises en place sur le plan international (la Classification internationale des maladies - la C.I.M.). Le 'programme radical' du constructionnisme pourrait soutenir que les taux de mortalité sont 'inventés' à partir de ces règles de classification. Il est en tout cas certain que la CIM donne une forme spécifique à la réalité pathologique létale. En effet, selon une règle introduite en 1912, les codeurs sont tenus à sélectionner, parmi les causes de mortalité, les maladies de l'appareil circulatoire quand elles sont en concurrence avec celles de l'appareil respiratoire. Une telle règle a bien évidemment contribué à forger l'image des maladies cardio-vasculaires comme

[255] Un petit 'sondage', qui n'a aucune prétention à la représentativité statistique du corps médical à T., tend à montrer que les médecins appointés par l'état-civil ne rentrent pas effectivement en contact avec leur confrère qui a soigné le patient avant sa mort. Comment procèdent-ils concrètement pour élaborer leur diagnostic de la cause de décès ? C'est une piste de recherche à explorer : que la liste des médecins dont l'état-civil s'attache les services soit tenue secrète ne devrait pas constituer une difficulté majeure étant donné que cette mesure vise officiellement à éviter tout effet de publicité et de notoriété à 'l'expert'.

figure de principal tueur dans les sociétés industrielles, sans compter l'effet de sous-représentation des maladies respiratoires.

À partir de la septième révision de la CID, une nouvelle règle fait obligation aux codeurs d'écarter les causes iatrogènes de la mort (par exemple, une hémorragie post-opératoire) au profit de la pathologie qui a entraîné l'intervention chirurgicale ou le traitement médical. Quelle en est la conséquence ? On peut observer qu'il existe des décès liés à l'arthrite, qui sont le fait de certains métiers exigeant une grande habileté manuelle. Mais leur décès ne serait-il pas mieux décrit comme effet de la pharmacopée prescrite pour combattre la maladie et permettre à ces travailleurs de poursuivre leur activité professionnelle ?

Toute révision de la CIM, pourtant nécessaire, pose toutes sortes de problèmes, dont celui du maintien de séries temporelles comparables est le plus connu. Pour notre propos, mettons en évidence ce que la littérature épidémiologique désigne comme 'effet domino' : il s'agit des glissements et substitutions qui s'opèrent quand on introduit certaines nouvelles classes. Par exemple, lorsque le syndrome de la mort subite du nourisson apparaît comme nouvelle classe, la proportion de morts infantiles attribuées à d'autres causes, dont la pneumonie, décroît énormément.

La facticité ou la matérialité de la mort n'exclut pas, on le voit, l'engagement de procédures de construction de la mortalité dont la mise en œuvre est susceptible de produire une exactitude et une précision relatives. Ce que nous en savons à ce jour est plus souvent hypothétique que démontré : les travaux existants sont la plupart du temps limités et localisés, davantage le fait de la communauté scientifique étrangère que française. Leur existence attire tout de même l'attention sur des sources possibles de biais, en particulier en matière de mortalité par causes de décès : ce sont principalement les distorsions et erreurs de diagnostics, l'information diagnostique mal ordonnée et les changements historiques dans les classifications. Dans la mesure où la plupart des pays adhèrent aux règles établies par l'OMS, il est peu probable qu'il y ait des erreurs systématiques. Par contre, il importe de souligner que ces règles favorisent la mise sur le devant de la scène des causes immédiates de décès au détriment de causes sous-jacentes dont les effets ne peuvent apparaître qu'à plus long-terme.

De la même façon, on reconnaît qu'il existe sur le plan international des variations géographiques dans les mesures de la mortalité, mais qu'une telle possibilité existe au sein des frontières nationales a été longtemps peu pris en considération ; un tel questionnement apparaît maintenant en France, tout comme une meilleure prise en compte des diverses sources possibles de biais :

> "La codification des diagnostics peut varier selon les codeurs. Mais pour minimiser cet effet, la variabilité inter-codeur est prise en compte lors du codage : les certificats sont distribués entre les différents codeurs de telle sorte qu'un département donné ne soit pas toujours codé par une même personne au cours de l'année. Le mode de certification peut également varier selon les régions en fonction de la formation et des habitudes des

médecins. Ainsi, on peut se demander si les différences observées (...) entre les distributions géographiques de la mortalité par bronchite chronique et par pneumonie ne sont pas liées à des divergences de certification. Dans certains cas, les médecins peuvent privilégier les affections aiguës au détriment des affections chroniques ou inversement. Les mauvaises déclarations ou imprécisions de diagnostics sont également une source de biais. Il faut savoir que les causes inconnues, non déclarées ou imprécises (...) représentent en 1990, pour la France métropolitaine, 6,0 % de l'ensemble des décès. Ce pourcentage varie selon les régions et c'est en Corse qu'il est le plus élevé (12,2 %). Pour cette région, les résultats devront donc être considérés avec prudence, surtout lorsqu'on observe une sous-mortalité[256]."

On ne peut pas réduire la construction statistique de la mortalité à celle qui concerne la mortalité toutes causes confondues ou par causes : pour établir l'inertie sociétale en matière de santé, on a mis en relation les divers taux de mortalité avec différentes caractéristiques socio-démographiques. Comment sont construit ces indicateurs sociaux ? Avant d'aborder cet aspect, poursuivons l'examen des autres indicateurs et indices de santé.

Problèmes de mesure de la morbidité.

La morbidité, on l'a vu, fait l'objet de descriptions et de mesures à partir de plusieurs indicateurs et indices. On a montré que la morbidité médicalement attestée présentait l'inconvénient de ne pas donner une image fidèle de la morbidité réelle d'une population à un double titre : d'un côté, il s'avère difficile d'avoir un échantillon représentatif de la clientèle qui consulte médecins libéraux et hospitaliers ; d'un autre côté, il existe un grand nombre de troubles, même importants, qui ne font l'objet d'aucun recours au médecin.

"On peut prouver que des comportements nettement anormaux, **!Erreur de syntaxe, «**, ont toujours existé, temporairement au moins, dans une proportion importante d'une population normale. (...) de plus en plus il s'avère que des signes de maladie physique apparaissent largement dans des populations normales. Une étude récente (*replaçons-là dans son contexte : le début des années 60)* sur l'hypertension artérielle a prouvé qu'elle existait chez 11,4 % à 37,2 % des groupes étudiés[257]."

À cette double limite de la morbidité médicalement attestée s'ajoute la question de l'élaboration de son contenu[258]. Contrairement à un présupposé largement admis, toutes les

---

[256] Éliane MICHEL (1993), op.cit., p.88.

[257] Th. J. SCHEFF, Règles de décisions, types d'erreurs et leurs conséquences sur le diagnostic médical, in Claudine HERZLICH, *Médecine, maladie et société,* La Haye et Paris, Ed. Mouton, 1970, p. 252.

[258] Sur les différents aspects de la construction des problèmes de morbidité, nous nous réfèrerons, sauf indication contraire aux travaux suivants : Pierre AÏACH, Approche

pathologies médicalement reconnues ne font pas toujours l'objet d'un accord universel quant à leur contenu, - et elles ne sont pas toutes également susceptibles d'un diagnostic simple et facile. Ainsi, des diagnostics de tuberculose ou d'ulcère d'estomac qui sont élaborés à partir d'examens cliniques et radiologiques ont une faible probabilité d'erreur parce que ces maladies sont bien définies, que les critères qui président à leur détermination font l'objet d'un consensus de la communauté médicale et que leur présence ou absence peut être observée de façon relativement sûre.

On pourra s'étonner que, pour de tels cas, soit émise une réserve : la probabilité d'erreur n'est jamais nulle. Il ne s'agit pas d'invoquer, à titre de justification de cette réserve, une vague faillibilité de l'être humain. Cela tient plutôt à la logique même du diagnostic. Contrairement au domaine judiciaire où "un homme est supposé innocent tant qu'il n'a pas été reconnu coupable" (en France), la règle sous-jacente à l'activité médicale diagnostique, même si elle n'est pas explicite et rigide comme la règle judiciaire, est d'une tout autre nature : "dans le doute, continuer à soupçonner la maladie". Pourquoi un tel type de rationalité ? En statistiques, on sait qu'il existe deux sortes d'erreurs : le rejet d'une hypothèse exacte ou erreur de type 1, et l'acceptation d'une hypothèse fausse ou erreur de type 2. Dans le cadre de l'activité médicale, l'erreur de type 1 se traduit par un diagnostic de non-maladie qui peut être fatal au patient. C'est pourquoi les médecins préfèrent courir le risque d'une erreur de type 2, c'est-à-dire considérer comme malade un individu dont ils n'ont pas l'absolue certitude qu'il ne l'est pas. Divers travaux américains montrent qu'en effet, si l'on étudie 'objectivement' des erreurs de diagnostic, la proportion des erreurs de type 2 est beaucoup plus élevée que celle des erreurs de type 1 :

> "Dans le domaine de la radiologie, les études d'erreurs de diagnostic sont plus nombreuses que dans les autres secteurs médicaux. Garland, qui résume ces résultats, rapporte que dans l'étude de 14 867 clichés de recherche de tuberculose, 1 216 furent déclarés positifs alors qu'en fait ils étaient cliniquement négatifs (erreur de type 2) tandis que seuls 24 clichés déclarés négatifs étaient cliniquement positifs (erreur de type 1). Cette proportion est assez classique dans les examens radiologiques. Les médecins se méfiant du caractère douteux des examens radiologiques, ce résultat n'a rien de bien inquiétant. Mais il prouve de manière évidente l'existence de la règle de décision : mieux vaut prendre trop de précautions que pas assez[259]."

La question de savoir si les erreurs de type 2 sont relativement inoffensives, bien que cela constitue en soi un problème très important, ne sera pas abordée ici.

Il est nécessaire de prendre en considération un autre type de figure : ce sont les cas où les affections relèvent d'un domaine qui fait l'objet de controverses, de débats contradictoires et

---

sociologique des données de morbidité, *Sciences sociales et Santé,* Vol. 4, n° 1, 1986 ; Pierre AÏACH, Morbidité, in Gilles BRÜCKER et Didier FASSIN (1989), op.cit., pp. 344-364.

[259] Th. J. SCHEFF, Règles de décisions, types d'erreurs et leurs conséquences sur le diagnostic médical, in Claudine HERZLICH (1970), op. cit., pp. 250-251.

de remises en cause régulières, tout comme ceux où les troubles ne sont pas directement observables sur le plan organique. Dans ces conditions, la définition du trouble peut produire des écarts considérables entre appréciations médicales. Ainsi on constate des différences très importantes dans le cas de troubles mentaux chez les personnes âgées : pour un cas déterminé, les uns diagnostiqueront une maladie d'Alzheimer alors que d'autres détermineront une autre forme de démence sénile. Plus généralement, les diagnostics de troubles mentaux font l'objet d'écarts élevés : Shepherd et Clare montrent que, parmi les médecins britanniques, le rapport va de 1 à 9 dans le pourcentage de troubles mentaux diagnostiqués[260]. Dans le cadre d'une enquête française, Aïach et Colvez ont établi qu'une telle variabilité dans les diagnostics était liée à l'âge du médecin, à sa curiosité pour le domaine psychiatrique ou psychologique, à son intérêt pour les patients 'psy', mais aussi au type de clientèle (rurale vs. urbaine...).

Cette dernière recherche met aussi en évidence les effets 'aggravants' des procédures de codage qui se réfèrent à la CIM pour mettre en forme statistique des diagnostics d'affections mentales, exprimés souvent en formules vagues ou prudentes par les généralistes :

> "Placés en situation de devoir faire entrer un libellé médical dans une case du code utilisé, les codeurs ne peuvent tenir compte de certaines hésitations, formulations plus ou moins édulcorées entourant le diagnostic. Ainsi, le "petit état dépressif", le "terrain dépressif" deviennent une "dépression sans autre indication" ou une "dépression névrotique", et la "possibilité d'évolution psychotique", une psychose en bonne et due forme. Mais cet effet d'imposition tient pour l'essentiel à la nature des troubles retenus dans la rubrique des troubles mentaux. Si la plupart des troubles et symptômes de nature psychique que l'on retrouve en médecine libérale (psychiatres exclus) peuvent entrer dans un tableau clinique psychiatrique type, ils ne représentent aucunement en eux-mêmes, une entité nosographique classique (...) Si toute statistique produit du sens du simple fait de son aspect apparemment objectif, ce phénomène devient particulièrement fort dans le domaine des troubles mentaux. L'insomniaque devient malade mental au même titre que le névrosé, le psychopathe, l'asthénique, le patient déprimé ou l'anxieux[261]."

En comparant l'enquête IDREM de 1973 à celle de 1980, on a noté une nette augmentation des troubles mentaux, toutes CSP confondues : on peut douter que cette progression soit due à une réelle détérioration de l'état psychique de la population française.

Peut-être d'ailleurs le plus étonnant est que la proportion des patients qui reçoivent de tels diagnostics ne soit pas plus élevée : d'un côté, selon l'enquête Manhattan, aux États-Unis,

---

[260] Michael SHEPHERD, Anthony CLARE, *Psychiatic illness in general practice,* New-York et Toronto, Oxford University Press, Second Impression, 1981, - cité par Pierre AÏACH (1986), op.cit., p. 80.

[261] Pierre AÏACH, Ingeborg AÏACH, Alain COLVEZ, Motifs de consultation et diagnostics médicaux en matière de troubles mentaux : analyse de leurs correspondances, approche critique sur le plan épidémiologique, *Psychologie Médicale,* Vol. 15, n° 4, 1983, p. 553.

moins d'un cinquième de la population peut être considérée comme dépourvue de troubles psychiatriques ; de l'autre, au sein de l'Union Européenne, la France fait figure d'exception en matière de surconsommation de médicaments psychotropes (les médecins français prescrivent en moyenne deux à trois fois plus de médicaments de ce type que leurs confrères européens[262]). Une telle perspective dans les statistiques de morbidité mentale ne peut pas ne pas avoir de conséquences sociales : fabricants de médicaments psychotropes et spécialistes en psychiatrie et psychologie clinique ne peuvent pas manquer d'y trouver leur compte. Il ne s'agit pas ici de prendre une position de dénonciation militante : simplement d'énoncer les résultats d'une analyse de processus de construction sociale de la réalité.

Quelles que soient les réserves que l'on puisse faire quant à la morbidité médicalement attestée, il serait ridicule d'en écarter les résultats : l'enjeu est plutôt leur interprétation. Ils peuvent apporter des éléments pour comprendre les modalités de recours au médecin : on peut supposer que l'écart français entre faible morbidité mentale et surconsommation de psychotropes s'explique au moins partiellement par l'expression, des consultants à leur médecin, de motifs d'ordre somatique ou fonctionnel en lieu et place de troubles psychologiques. Plus encore, la morbidité médicalement attestée offre un tableau de quelques aspects du contenu des pratiques médicales : poursuivant notre exemple, nous pouvons supposer que les généralistes se détournent d'autant plus volontiers de diagnostics de type 'maladie mentale' qu'ils ont le sentiment d'avoir des compétences psychiatriques limitées (pourquoi se risquer dans cette voie si le client ne les sollicite pas sur ce terrain ?).

À trop insister sur les troubles mentaux, on risque de perdre de vue les contraintes imposées par les enquêtes réalisées auprès des médecins libéraux pour le compte de laboratoires pharmaceutiques (enquêtes annuelles de l'IDREM) : les médecins sont interrogés au titre de prescripteurs. Ils doivent fournir un double de l'ordonnance accompagnée des réponses à un bref questionnaire, qui précisent l'âge, le sexe et la profession du patient ainsi que le diagnostic ou les symptômes relevés et les effets attendus des médicaments prescrits. Cela signifie que le médecin enquêté est placé en position inverse de sa pratique habituelle : il part de l'ordonnance pour remonter au diagnostic. Une telle contrainte, revenant à justifier la prescription, oblige le praticien à construire une représentation cohérente de son activité : on peut faire l'hypothèse qu'une telle inversion du processus réel a pour effet pervers de faire 'peser' la prescription sur le diagnostic. Quand on compare les diagnostics relevés dans l'enquête de 1973 à ceux de 1980, les résultats confortent l'hypothèse : "les augmentations les plus fortes portent sur des diagnostics (hypertension, anxiété, insomnie, dépression) qui

[262] Nicolas GROS, Alcool, tabac, tranquilisants, drogues illégales... Des consommateurs de plus en plus jeunes, in François FÉRON et Armelle THORAVAL (sous la direction de), *L'État de l'Europe,* Paris, Ed. de La Découverte, 1992, p. 62.

sont précisément homologues de classes de produits pharmaceutiques de plus en plus nombreux et de plus en plus prescrits[263]."

La morbidité déclarée ne serait-elle pas plus fiable, dans la mesure où le recueil d'informations se fait auprès des individus, qu'ils aient été hospitalisés, qu'ils aient eu recours à la médecine ambulatoire ou qu'ils aient éprouvé des troubles en se soignant eux-mêmes ? Nous avons déjà fait état de recherches comparatives qui soumettaient les populations 'déclarantes' à des examens médicaux : les différences entre morbidité déclarée et morbidité attestée par les médecins sont notables. L'enjeu est de comprendre quels sont les mécanismes qui président à de tels écarts. On a relevé ci-dessus que les oublis paraissaient liés à la fois à l'accoutumance à des pathologies chroniques dont les traitements médicaux avaient soulagé les aspects les plus gênants ou les plus douloureux, - et à leur qualification socio-symbolique dépréciative (maladies jugées 'honteuses'). Peut-on aller plus loin dans l'analyse de ces processus de sélection ?

D'abord on a fait l'hypothèse que le nombre de maladies ou de symptômes déclarés était susceptible de varier selon que la déclaration était strictement individuelle ou bien qu'une personne faisait la déclaration pour elle-même et pour d'autres (par exemple une femme au foyer pour elle-même, pour son mari et ses enfants). À la fin des années 60, un chercheur évaluait à 10 % la sous-estimation moyenne pour tout individu qui ne répondait pas lui-même. Or une importante enquête danoise a ruiné cette hypothèse et cette estimation : alors qu'on supposait que la surmorbidité féminine disparaîtrait ou s'atténuerait en interrogeant systématiquement les individus seuls pour eux-mêmes, l'écart s'est avéré encore plus important[264].

Par dessus tout, les recherches successives de Pierre Aïach, comparées à d'autres enquêtes françaises et étrangères, ont permis de mettre en évidence le rôle majeur des procédures de recueil dans l'élaboration de la morbidité déclarée[265]. À partir d'une enquête à Villeneuve

---

[263] Jacqueline DEVOUASSOUX, Bernard MOREL, Le diagnostic : entre la pratique médicale et la collecte statistique, *Sciences Sociales et Santé,* Vol. IV, n° 1, 1986, p. 66.

[264] F.E. LINDER, Les enquêtes nationales sur la santé par interrogatoire direct. Étude de la morbidité et de la mortalité : tendances actuelles, *Cahiers de Santé Publique,* OMS, n° 27, 1967, - et , *The sickness Survey of Denmark 1971-1954,* Munks Gaard, Copenhague, 1960, - cités par Pierre AÏACH, Morbidité, in Gilles BRÜCKER et Didier FASSIN (1989), op.cit., p. 352.

[265] Pierre AÏACH, Dominique CÈBE, La perception dans les symptômes : variations dans les déclarations selon les différentes procédures, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales,* XXIIIème année, n° 1, 1983 ; Pierre AÏACH, Dominique CÈBE, *Expression des symptômes et conduites de maladie. Facteurs socio-culturels et méthodologiques de différenciation,* Paris, Ed. de l'INSERM et Doin, 1991 ; Dominique CÈBE et Pierre AÏACH, *Symptômes et maladies déclarées. Essai de validation du questionnaire Santé de l'enquête de l'INSEE : Étude des conditions de vie 1986-1987,* Paris, INSERM U. 164, Rapport pour la MIRE et l'INSEE, décembre 1989.

d'Ascq utilisant trois procédures de recueil, l'auteur montre qu'il existe des écarts importants dans le nombre de déclarations selon le type de collecte : l'entretien ouvert et rétrospectif (symptômes perçus au cours des deux semaines précédant la rencontre) produit les proportions les plus faibles ; la tenue d'un journal de notations quotidiennes symptômatiques au cours de deux semaines (le présent en continu) permet d'obtenir une fréquence de déclarations plus élevée que par l'entretien oral ; enfin l'interrogation en fonction d'une liste de 56 symptômes (dont 12 psychologiques) ressentis de façon permanente ou très fréquente, dans le présent ou le passé, fournit les plus forts pourcentages :

> "c'est ainsi que le nombre de symptômes a doublé avec l'utilisation du journal pour une même période de temps et que la prévalence des symptômes, obtenue à partir de la liste, a paru nettement supérieure à celle qui se dégage du journal, même si la comparaison est difficile du fait de la différence de leur procédure."

Les résultats confirment par ailleurs une nette différence de déclarations selon les sexes alors que les groupes sociaux ont des déclarations moyennes identiques : des différences apparaissent selon les symptômes. Leur mise en perspective avec d'autres travaux confirme un triple effet selon le mode de collecte des données : un 'effet journal', un 'effet liste' et un 'effet durée' (ce dernier effet est mis en lumière par la comparaison avec l'enquête CREDOC, déjà citée : la fréquence de déclarations varie selon la durée de la période sur laquelle porte l'interrogatoire).

La dernière recherche sur la morbidité déclarée conduite par Aïach pour le compte de l'INSEE corrobore les résultats précédents : 'l'effet de liste', quelles que soient les insuffisances des séries de symptômes présentées, s'avère le plus productif en ce que la liste permet le mieux aux enquêtés de se remémorer leurs troubles et donc de limiter les oublis, non intentionnels (dont effet de routine) ou intentionnels (ce que l'enquêté peut juger inutile de déclarer),- et en ce qu'elle paraît ne pas inciter les questionnés à imaginer des désordres qu'ils n'ont pas éprouvés. Ce travail mérite d'être cité parce qu'il apporte un élément nouveau que l'auteur désigne par l'expression 'effet de procédure' : le fait de laisser la liste de symptômes entre les mains de l'enquêté pour qu'il réponde 'tranquillement' en l'absence de l'enquêteur a pour conséquence d'amortir la fréquence des déclarations.

Si la présence d'un enquêteur pour aider l'enquêté à parcourir la liste des troubles s'avère être un élément favorable à une approche plus précise de la morbidité 'réelle' au sein des populations, n'existe-t-il pas un problème lié à son identité sexuelle et sociale au regard de celle de son vis-à-vis ? La comparaison de travaux français et britanniques sur ce point donne des résultats contradictoires difficiles à interpréter.

Puisque la pertinence de la liste de symptômes est bien établie pour approcher au mieux la morbidité, peut-on préciser son 'contenu idéal', compte tenu qu'aucune liste ne peut être exhaustive ? Pierre Aïach met bien en évidence un ultime 'effet de contenu de liste' : la rubrique "Autres" en fin de liste n'attire guère les répondants. Par conséquent un item n'a de

chances d'être cité qu'à condition de figurer explicitement sur la liste : un enjeu essentiel pour le chercheur consiste à déterminer quel degré de gravité et de gêne il souhaite approcher dans la population.

Au terme de ce tour d'horizon, il apparaît bien que l'évidence de la morbidité se situe moins du côté de sa 'réalité' ou de son 'objectalité' que de la manière dont on construit les moyens de la saisir (tant du côté clinique qu'épidémiologique ou sociologique). Jusqu'alors notre examen de sa construction s'apparente à une énumération ou à une juxtaposition de divers effets produits par les différents instruments de collecte et leurs modes d'utilisation : tous ces effets ont-ils la même importance et la même force ? Laissons la parole à Pierre Aïach :

> "Nous devons ajouter, ce qui vient relativiser encore et complexifier les différents "effets" que nous avons constatés tout au long de cette étude, qu'il existe des différences importantes de sensibilité de chacun des groupes étudiés - groupes professionnels ou sexes - à la procédure d'enquête adoptée et aux types de question posées. Ces différents "effets" n'ont pas le même impact selon que l'on s'adresse à une femme ou à un homme ou selon qu'on interroge une personne de chacun des groupes "ouvriers", "employés" ou "cadres" (...) En dépit des différences que nous pouvons trouver sur certains points, nous avons constaté (...) une reproductibilité des résultats par sexes et groupes entre l'enquête de 1986-87 et celle de 1988, notamment pour ce qui est de l'ordre des groupes dans l'évaluation de la morbidité déclarée[266]."

Et encore :

> "C'est ainsi que les enquêtes très extensives recueillant au moyen de listes une pathologie à formes multiples et variées ne permettent absolument pas d'étudier, par exemple, les inégalités sociales de santé, dans la mesure où les formes graves sont confondues avec d'autres moins graves ou bénignes ; il en résulte peu, ou pas, de différences entre catégories socio-professionnelles, alors que des enquêtes à questionnaire ouvert sans liste de présentation, comme l'enquête annuelle britannique *Household Survey*, mettent en évidence les formes les plus graves et handicapantes de la morbidité avec des différences nettes entre classes sociales[267]."

On le voit, chaque instrument de description et de mesure donne une forme particulière à la morbidité réelle, mais en accentuant certains de ses aspects il la déforme de façon plus ou moins importante : c'est l'évaluation de cette déformation qui importe au regard des objectifs de la recherche et au regard de sa capacité à reproduire des résultats identiques ou approchés pour des échantillons et des contextes historiques équivalents.

---

[266] Dominique CÈBE, Pierre AÏACH (1989), op. cit., pp. 187-188.
[267] Pierre AÏACH, Dominique CÈBE (1991), op.cit., p. 87.

Une autre composante de la santé est constituée par les incapacités. Il a longtemps régné une grande confusion pour les définir : à partir du moment où quelqu'un est malade, n'est-il pas 'incapable' de travailler, tout simplement de remplir ses moindres obligations quotidiennes ? ou bien faut-il entendre la notion dans un sens fort pour désigner exclusivement ceux dont une ou plusieurs fonctions physiques ou psychiques sont atteintes à un tel point qu'il leur est impossible de mener à moyen et long terme une vie 'normale' ? C'est le mérite des travaux de Ph. Wood d'avoir tenté une clarification conceptuelle et d'avoir permis à l'OMS de proposer une Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps. La déficience relève du manque ou de l'altération graves ; l'incapacité renvoie à une réduction partielle ou totale (résultant d'une déficience) de la possibilité d'effectuer une activité habituelle dans un contexte social déterminé ; le handicap résulte d'une ou plusieurs incapacités dans la mesure où elles empêchent quelqu'un d'accomplir un ou de multiples rôles sociaux tels qu'ils sont exercés dans un contexte culturel donné.

Une telle clarification conceptuelle, si elle attire l'attention sur différents niveaux impliqués dans la constitution du phénomène, est trop analytique et taxinomique : il n'est pas si facile de 'couper' le physique du psychologique et du social, de sorte que rendre opératoires ces niveaux pose souvent des problèmes. Cela se traduit non seulement au niveau de la recherche, mais aussi de l'orientation et de la prise en charge des personnes atteintes par ces types de troubles : lorsque, en 1975, le législateur institue sous forme pluridisciplinaire les Commissions Départementales de l'Éducation Spéciale (CDES), des psychiatres protestent et dénoncent "l'emprise totalitaire de l'Éducation Nationale[268]."

Considérons les incapacités, puisque la déficience est une composante de la morbidité en tant que telle et que la reconnaissance officielle du handicap suppose que des commissions techniques statuent sur les demandes. Les incapacités sont définies comme des restrictions dans la vie quotidienne. L'enjeu est d'abord celui de l'étendue qui est donnée à ces restrictions : selon les observateurs, on retient seulement les 'activités de base' de la vie quotidienne (continence, toilette, habillement, alimentation, déplacements) ou bien on prend en compte d'autres éléments qu'on ajoute en plus ou moins grand nombre : déficits sensoriels, besoin régulier de soins médicaux ou paramédicaux, troubles du sommeil, troubles de la communication, troubles cognitifs, troubles psychiques... et même capacité à gérer son budget, à faire ses courses, à avoir de bonnes relations avec la famille, le voisinage... Le spectre des éléments pris en compte non seulement s'élargit mais surtout il englobe des niveaux d'observation très différents : le fait d'aller seul aux toilettes au lieu d'uriner dans son lit relève d'une observation directe, tandis qu'il est nécessaire de recourir à des instruments

[268] Jean-Claude GUYOT, Les normalisations scolaires sociales et médico-sociales des jeunes handicapés, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales,* XXVIIIème année, n° 2, 1988, p. 130.

tels que des tests pour 'mesurer' des troubles cognitifs ou psychiques, sans compter que de tels aspects paraissent davantage renvoyer à la morbidité qu'à l'incapacité.

La plupart des enquêtes extensives prennent en compte un nombre limité de ces restrictions, celles qui concernent les activités 'élémentaires' de la vie quotidienne, opérant parfois une distinction entre les activités qui se déroulent au domicile et celles qui s'effectuent à l'extérieur. Cette distinction repose sur l'hypothèse implicite que les activités accomplies hors du domicile sont plus difficiles du fait de déplacements plus longs et de la confrontation à un environnement moins familier. Certaines enquêtes ajoutent et différencient les restrictions concernant le travail : les arrêts de longue durée, les changements d'emploi liés à la santé, les changements de poste de travail pour les mêmes raisons, les difficultés à exécuter certaines tâches du fait de limitations corporelles en rapport avec des déficiences. Les indices d'incapacité élaborés selon diverses procédures sont évidemment plus ou moins précis selon le nombre et la finesse des indicateurs mesurés et surtout selon la décision d'accorder ou pas un poids différent à chacun des indicateurs (selon quels critères ?).

Leur collecte elle-même pose des problèmes. Rares sont les enquêtes qui procèdent par observation directe, en temps réel. Serait-ce d'ailleurs une suprême garantie ? L'anthropologie a montré depuis longtemps que cette source d'information n'était pas 'objective' en soi, à cause des risques d'ethnocentrisme (référence de l'observateur aux moeurs et aux normes de ses propres groupes d'appartenance) et qu'il était nécessaire de la confronter à d'autres sources (principe de triangulation)[269]. La seconde procédure, en fait à peu près la seule à être utilisée, consiste à interroger la personne concernée, donc à mobiliser sa mémoire. Comme pour la morbidité déclarée la fiabilité dépend de l'absence d'oublis ou de stratégies de dissimulation. Surtout, on opère un glissement de la performance à l'aptitude (des activités effectivement accomplies à la possibilité de les mener à bien), en présupposant qu'il y a équivalence.

S'en tenir aux activités déclarées peut paraître une solution simple. Pourtant déterminer un degré d'incapacité ne consiste pas seulement à faire la sommation des activités effectuées : une part d'interprétation est toujours nécessaire. Ainsi, faut-il tenir compte ou pas de la présence de prothèses quand une personne déclare lire (avec des lunettes) ou se déplacer (avec une canne) ? Si un individu raconte qu'il ne peut pas se déplacer seul et qu'il ne peut pas utiliser seul les toilettes, faut-il compter l'item 'incontinence' et 'déplacement' ou bien tout ramener à l'immobilité. Lorsque quelqu'un vous assure qu'il ne peut pas faire seul sa toilette alors qu'il est patent qu'aucune déficience physique ne l'en empêche, faut-il dénier cette manière de se présenter comme 'ayant besoin d'aide' pour la toilette qui exprime peut-être une demande de prise en compte d'un 'besoin de quelqu'un à qui parler', c'est-à-dire rejeter cette capacité stratégique à rechercher des bénéfices secondaires ? Parce qu'une personne

[269] Paul DIESING, *Patterns of discovery in the Social Sciences,* London, Routledge and Kegan Paul, 1971, 2ème partie, chapitre 11.

vous dit qu'elle ne peut pas s'habiller seule, faut-il nécessairement et toujours l'imputer à quelque déficience (rhumatismes, par exemple) ou bien prendre en considération le fait que le mode de boutonnage des vêtements devient inapproprié à ses habitudes ? Si un kinésithérapeute intervient auprès d'un patient plusieurs fois par semaine, faut-il comptabiliser cette situation comme une preuve de plus d'incapacité[270] ?

L'incapacité, comme indice de santé, peut donner lieu à des évaluations très différentes, non seulement du fait de la sélection des items mais aussi parce que les règles de leur prise en considération et de leur combinaison changent. Il est donc dangereux de prendre les estimations statistiques au pied de la lettre :

> "... il est clair que ces estimations ne peuvent être considérées comme de bonnes approximations du nombre de personnes souffrant d'incapacité, car elles dépendent étroitement des conventions adoptées. Plus généralement, on peut penser que le degré de gravité des gênes varie de façon essentiellement continue dans la population. Or construire un indicateur consiste à introduire des coupures dans cet univers continu. Le résultat ne peut être qu'arbitraire. De tels chiffres, malgré tout, *(trois millions de français souffriraient d'incapacités liées à la mobilité, en 1980)* montrent que la population concernée recouvre un champ beaucoup plus vaste que celui plus ou moins implicitement désigné par les termes «handicapé_sévère» ou «handicapé_lourd». Cela tient notamment au fait qu'un très grand nombre de personnes âgées sont placées en position 1 ou 2 de l'indicateur alors que le langage courant et la société ne les considère pas comme handicapées[271]."

Le fait qu'il existe des incapacités 'objectives' n'implique en rien que leur description et leur mesure soient 'naturalisables' : au contraire, l'inscription des statistiques d'incapacité dans l'ordre du naturel procède d'un 'supplément' de construction sociale qui finit par faire de l'incapacité une destinée inéluctable au jeu de la roue de la fortune. Inversement, estampiller de 'scientificité' les résultats obtenus, sans plus de précision (c'est-à-dire en escamotant les échafaudages permettant leur mise en forme) conduit à la réification : on peut dire sans sourciller que "l'incapacité nécessite l'apport d'une aide", comme si elle acquérait une espèce d'autonomie (en tant que sujet grammatical) au dépens de l'autonomie de la personne concernée !

Un autre sens de la maladie...

En essayant d'expliciter les processus de construction de la mortalité, de la morbidité et de l'incapacité, nous nous sommes résolument situés du côté de la recherche scientifique. Le risque est alors de penser que ceux qui ne participent pas d'une telle activité sont, à l'instar

---

[270] Béatrice BEAUFILS, La mesure de la dépendance et ses risques, *Revue française des Affaires sociales*, 47ème année, n° 4, 1993.
[271] Alain CHARRAUD et Olivier CHOQUET (1984), op.cit., p. 27.

des prisonniers de la caverne platonicienne, livrés aux ombres de leurs croyances et à l'adhésion aux traditions séculaires de leur milieu : ce serait succomber à la séduction structurale, commode mais figée, de l'opposition entre modernité et tradition. Afin de montrer que le rapport à la mort, à la santé et à la maladie chez les êtres humains qui n'ont aucune spécialisation pour en élaborer la connaissance procède également de processus de construction qui évoluent, nous nous réfèrerons aux travaux anthropologiques[272].

Comme il n'est pas de notre propos de faire un bilan des approches de la santé et de la maladie au sein de cette discipline, nous avons choisi d'exposer les éléments essentiels d'une approche contructiviste de la maladie qui tente de se décentrer du modèle bio-médical occidental en prenant pour objet d'observation non pas l'individu aux prises avec des 'signes inquiétants', mais le système de relations sociales qui se nouent à partir d'un événement socialement qualifié de morbide. Une telle approche aboutit à un modèle à trois termes : la pathologie*(disease)* qui réfère à des processus 'objectaux' organiques, le trouble *(illness)* qui renvoie à la manière dont les individus éprouvent une pathologie et en prennent conscience, et la maladie *(sickness)* en tant que processus par lequel des signes biologiques ou comportementaux inquiétants sont reconnus comme symptômes avec des conséquences socialement significatives.

Ce processus est de l'ordre de la traduction : toutes les cultures ont leurs propres règles pour passer des signes aux symptômes, pour établir des liens entre symptomatologie et étiologie, pour décider des interventions pertinentes et adaptées et, finalement, pour confirmer et légitimer son mode de traduction et d'intervention par les résultats obtenus. A travers ce processus, la maladie n'est rien d'autre qu'un mode de socialisation de la pathologie et du trouble : quelle que soit la forme que prenne la socialisation, elle suppose l'emprise des relations sociales sur l'individu, dans la mesure où la pathologie et le trouble interpellent divers réseaux sociaux à travers lesquels s'élaborent la détermination de la maladie et le mode d'intervention approprié. Ceci apparaît très nettement dans les situations où coexistent plusieurs systèmes de soins concurrents :

> "Dans des systèmes médicinaux 'pluralistes', un seul ensemble de signes peut désigner plus d'une maladie, et les forces sociales contribuent à déterminer quelles personnes ont à faire à quelle sorte de maladie. Cela arrive, par exemple, quand on peut référer un ensemble particulier de signes à différents types de diagnosticiens et/ou thérapeutes, et alors que les domaines de maladies des différents praticiens ne se recouvrent pas (chacun s'occupe d'un ensemble distinct d'étiologies et de preuves) et que les services

---

[272] Allan YOUNG, The anthropologies of illness and sickness, *Annual Review of Anthropology,* n° 11, 1982, pp. 257-285. Voir aussi Lola ROMANUCCI-ROSS, Daniel E. MOERMAN, Laurence R. TANCREDI (eds.), *The Anthropology of Medicine. From Culture to Method,* New-York, London, Bergin and Garvey, 1991 ; Marc AUGÉ, L'anthropologie de la maladie, *L'Homme,* XXVI, n° 97-98, 1986 ; Serge GENEST, Introduction à l'ethnomédecine. Essai de synthèse, *Anthropologie et Sociétés,* Vol. 2, n° 3, 1978.

des uns et des autres ne sont pas également accessibles à tous les secteurs de la population. Dans ce cas, pathologie et troubles sont socialisés à travers des arrangements qui déterminent qui peut avoir accès à quelles sortes de praticiens et à quels types d'interventions[273]."

Une telle perspective différenciatrice peut être généralisée : dans les sociétés occidentales, il existe aussi divers modes de construction sociale de la maladie ; le fait que nous nous soyons longuement arrêtés sur les modes de construction épidémiologiques et sociologiques de la morbidité ne doit pas nous faire oublier que les autres acteurs de la société construisent aussi à leur manière et selon leurs ressources (entendues au sens large) leur propre définition de cette réalité et les conduites appropriées pour y remédier. Une telle ouverture est indispensable à l'intelligibilité de notre objet.

Problèmes de mesure des pratiques de santé.

Nous avons déjà montré la part d'arbitraire qui entachait la sélection des 'pratiques de santé' : parmi les innombrables comportements des individus, en retenir un certain nombre pour les placer sous le registre de la santé se fonde sur l'établissement empirique de leur association statistique avec l'apparition de pathologies graves et/ou létales. Ce premier niveau de construction, qui sélectionne des caractéristiques attachées aux individus, exclut, notons-le au passage, des effets macro-structurels dont la description et la mesure supposent d'autres choix. Mais il ne livre pas pour autant tous les 'mystères' qui enveloppent 'l'allant de soi' des pratiques alimentaires ou sportives, des accidents du travail ou des maladies professionnelles (nous nous en tiendrons à ces quatre sortes d'indices, bien que nous en ayons pris en compte un plus grand nombre dans notre précédente partie).

Dès que l'on met en relation les pratiques alimentaires (nous englobons ici 'le manger' et 'le boire') avec la santé, on est obligé de distinguer des quantités et des qualités, ce qui aboutit à déterminer des seuils et à produire différents régimes diététiques et modes d'alcoolisation : certains d'entre eux sont alors considérés par les médecins comme dangereux. Est-il pourtant si simple de fixer une norme de 'l'acceptable' ou de 'l'excessif' ?

Dans les statistiques de l'INSEE que nous avons précédemment analysées, "la limite de l'acceptable pour l'organisme" en ce qui concerne l'alcool est de quatre verres par jour (verres de vin ou équivalents). Contrairement à ce qui se présente comme l'évidence d'un seuil scientifiquement fondé, il s'agit plutôt d'un consensus normatif qui représente l'opinion d'une majorité, souvent à des fins de réglementations publiques[274]. Cette opinion a d'ailleurs varié historiquement : succédant aux conceptions prévalentes au XIXème siècle, selon lesquelles le vin est 'une boisson hygiénique', 'l'alcool réchauffe', ou encore 'l'alcool donne

[273] Allan YOUNG (1982), op.cit., p. 270 (notre traduction).
[274] Joseph GUSFIELD, The literary rhetoric of science : comedy and pathos in drinking driver research, *American Sociological Review,* Vol. 41, February, 1976, pp. 16-34.

des forces', les travaux de biochimie et de biologie aboutissent en même temps à la reconnaissance générale de la dangerosité de l'alcool et à admettre que de faibles consommations sont sans danger au-dessous d'un certain seuil de sécurité.

Le renouvellement récent des bases biologiques ainsi que des études épidémiologiques montre aujourd'hui qu'il n'existe pas de seuil universel de toxicité de l'alcool mais une série continue de seuils individuels de toxicité :

> "*Du point de vue théorique,* parler de consommation modérée, normale ou excessive d'alcool ne relève que de valeurs normatives d'ordre collectif (...) Conseiller à tous une consommation dite sociologiquement modérée est une désinformation, car c'est faire croire qu'une telle consommation donne toute sécurité, ce qui apparaît faux en l'état des connaissances actuelles. Le terme "buveur excessif" est mauvais car c'est occulter la notion d'une fragilité particulière de certains intéressés ; mieux vaut utiliser (...) le vocable de "consommateur menacé", ce qui a pour avantage de ne pas exclure la notion de terrain[275]."

L'évaluation de la consommation 'excessive' d'alcool ne tient pas seulement au fondement normatif d'où elle procède : se surajoute l'arbitraire de l'unité de mesure, c'est-à-dire le verre de vin ou équivalent. Ne serait-il pas plus pertinent de calculer les grammes d'alcool consommés quotidiennement, quitte à constituer ensuite des classes de quantités absorbées, s'interroge Alphonse d'Houtaud[276] ? Ce chercheur remarque qu'en procédant de cette manière, on met en évidence, chez les cadres, une proportion très élevée de consommateurs autour de la moyenne, tandis que, chez les ouvriers spécialisés, on rencontre à la fois les plus fortes fréquences aux deux extrémités de la distribution (davantage de non-buveurs et davantage de gros consommateurs).

On peut supposer que ce qui se rapporte à la description de la consommation d'alcool vaut également pour les autres aspects de la consommation alimentaire : comment apprécier 'scientifiquement' l'excès de consommation de beurre et de graisses animales, par exemple ? Dans le Sud-Ouest, et en particulier en Gascogne, on mange deux fois plus de foies gras que dans les autres régions françaises et cinquante fois plus qu'aux États-Unis. Or, les départements du Gers et du Lot ont le taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires le plus bas et le taux français est plus bas que le taux américain. Il est vrai qu'il existe une explication scientifique : il semble que la graisse de canard ou d'oie est beaucoup plus proche,

---

[275] B. BILLEMAND, De l'inégalité et de la vulnérabilité des personnes vis-à-vis de l'éthanol, in Guy CARO, *De l'alcoolisme au bien boire,* Paris, Ed. L'Harmattan, Tome 1, 1990, pp. 83-84.

[276] Alphonse d'HOUTAUD et Michel TALEGHANI (sous la direction de), *Sciences sociales et alcool,* Paris, Ed. L'Harmattan, 1994.

du point de vue de sa composition chimique, de l'huile d'olive que du beurre et du lard. Il faut tout de même ajouter que l'explication a été donnée 'après coup'[277]...

On devine qu'il existe du côté des régimes diététiques, et de leur évolution, un gisement de matériaux à explorer : de quelle manière s'opèrent les glissements du scientifique au normatif, si tant est que l'on puisse établir une coupure radicale entre les deux ? En outre, divers travaux montrent que les préoccupations 'morales' ne sont pas exemptes d'arrière-pensées économiques : ainsi, à la fin du XIXème siècle, le premier leader du mouvement nutritionniste américain prend soin de clamer que la diététique scientifique pourrait améliorer les conditions de vie des travailleurs sans qu'il soit nécessaire d'augmenter les salaires (il suffirait de leur montrer comment 'bien' manger économiquement)[278]. Si la diététique moderne vise à 'réformer' les mœurs alimentaires, elle reste largement sous l'emprise des conventions et des convenances sociales, non seulement parce que les règles qu'elle édicte font l'objet de réinterprétations, mais aussi parce que l'élaboration de ces règles constitue des enjeux socio-culturels (et économiques) qui dépassent les enjeux de connaissance scientifique et leur 'application'.

Les pratiques de loisirs, en particulier celles qui visent à substituer à la sédentarité le mouvement, le déplacement et l'activité physique, ne relèvent-elles pas d'une observation et d'un dénombrement très simples, contrairement à l'enchevêtrement des particularismes alimentaires locaux ? Quoi de plus élémentaire, semble-t-il, que de compter les personnes qui font de la course à pied, du tennis, de la natation, etc. ? C'est oublier l'effet institutionnel des différentes fédérations sportives qui prétendent au monopole de la définition de la sportivité, en tissant la toile des définitions spécifiques de chaque discipline sportive : cet effet institutionnel impose un savoir préconçu sur ce qu'est ou n'est pas le sport. Cela aboutit à construire des instruments de collecte qui procèdent à un questionnement des échantillons en fonction des listes officielles des sports.

> "(...) leur plus gros défaut est de partir d'une classification fermée des sports, établie a priori, qui nomme les disciplines sportives et qui ne s'attache pas le moins du monde aux façons de pratiquer, qui ne distingue pas la pratique compétitive et la pratique du loisir, qui fait litière de la différence existant entre pratique de haut niveau et pratique dilettante. Ces enquêtes ne s'intéressent pas non plus aux autres modalités de la pratique : avec qui pratique-t-on ? A quels moments ? Avec quel encadrement[279] ?"

---

[277] Molly O'NEILL, Can Foie Gras Aid the Heart ? A French Scientist Says Yes, *The New-York Times,* Sunday, November 17, 1991

[278] Naomi ARONSON, Nutrition as social problem : a case study of enterpreneurial strategy in science, *Social Problems,* Vol. 29, n° 5, 1982, pp. 474-487. Voir aussi dans la perspective d'une construction sociale des normes : Bryan S. TURNER, The government of the body : medical regimens and the rationalization of diet, *The British Journal of Sociology,* Vol. 33, n° 2, 1982 ; Nickie CHARLES and Marion KERR, Food for feminist thought, *The Sociological Review,* Vol. 34, n° 3, 1986.

[279] Michèle METOUDI, De nouveaux usages pour les sports d'hier, *Esprit,* n° 4, 1987, p. 43.

C'est le mérite de l'enquête *Usages sportifs du temps libéré* conduite par l'INSEP que de recueillir auprès de la personne interrogée toute activité qu'elle décrit comme sportive, fût-ce hors de tout cadre institutionnel et de toute licence. Elle révèle un développement croissant des pratiques sportives en marge des structures fédérales, une reprise individuelle de vieux exercices selon un rythme et une intensité qui permettent d'aller 'au bout de soi' sans respecter nécessairement les normes admises, ainsi qu'une influence des pratiques féminines sur des corps qui 's'androgynisent'. Soigner son corps en 'se bougeant' devient inséparable d'une norme du bien-paraître : il est probable qu'une telle posture affecte aussi les pratiques alimentaires. On manque une partie de l'intelligibilité de ce travail de 'mise en forme' si on le rapporte uniquement à sa matérialité et à la santé physique.

Enjeux et problèmes autour des maladies professionnelles...

Nous avons montré que les conditions de travail ont une influence indéniable sur l'apparition ou la non-survenue de pathologies : comme pour l'ensemble des pratiques liées aux modes de vie, les comportements nécessaires pour effectuer une tâche dans un cadre de travail déterminé n'ont pas de retentissement immédiat sur la santé, sauf accidents. Comme beaucoup d'enquêtes sont extensives et synchroniques, il devient difficile de faire la démonstration des conséquences pathogènes de certaines tâches et des conditions dans lesquelles elles se déroulent. Ainsi, l'étude britannique d'Aanonsen montre que les proportions de troubles nerveux, gastriques et digestifs sont équivalentes si l'on compare travailleurs de jour et postés, mais que l'on observe ces troubles beaucoup plus fréquemment chez les travailleurs de jour qui ont été mutés (anciens postés)[280].

Comment interpréter de tels résultats ? Effet différé du travail posté ? Effet de sélection à rebours (sont-ce les troubles qui ont obligé ces travailleurs à abandonner leur ancien poste ?) ? Effet de non-récupération (le retour à un rythme de travail habituel n'a-t-il aucune incidence sur la persistance des troubles ?) ? Ces effets se conjuguent-ils ? En masquent-ils d'autres ? Ce type de questionnement permet de saisir les limites des constructions transversales : collecte et analyse longitudinales permettraient de choisir entre ces interprétations ou de préciser la part de chacune d'elles ainsi que leur mode d'articulation.

Le seul outil statistique de santé publique dont on dispose régulièrement pour tenter d'approcher cette réalité est constitué par les statistiques de maladies professionnelles, on l'a vu. Voilà un bel effet de construction sociale de la réalité sanitaire : "on ne connaît que ce qu'on indemnise". Cela signifie qu'on ne sait rien des cas pour lesquels l'indemnité a été

[280] A. AANONSEN, Medical problems of Shift-work, *Industrial Medicine Surgery,* n° 28, 1959, pp. 422-427, cité par Serge VOLKOFF (1987), op.cit., p. 452.

refusée, et a fortiori des cas non déclarés. Tentons de comprendre quelques aspects de cette construction.

La loi d'octobre 1919 étend aux maladies professionnelles la logique d'assurance établie en 1898 pour les accidents du travail. Cette logique assurantielle fixe une réparation forfaitaire, par négociation entre partenaires, pour un nombre limité de maladies bénéficiant de la présomption d'origine. Le premier enjeu est donc l'inscription d'une pathologie sur les tableaux de maladies professionnelles. Cet enjeu n'est pas purement scientifique : l'inscription est l'aboutissement d'une négociation paritaire tripartite (État, patronat et syndicats). Bien que la loi soit centrée sur le traitement des effets, elle n'exclut pas la prévention par la connaissance des conditions (produits autant que formes d'organisation) et des procédés de travail qui engendrent des maladies. Mais l'étroitesse du mode de fonctionnement du système de reconnaissance et de réparation n'est-il pas sans effet sur l'identification et la prévention des maladies professionnelles ?

> "Le système de réparation est limitatif dans son principe même. Il nous paraît important d'évoquer ce qu'il exclut. Le plus aisément perceptible concerne les pathologies non inscrites, notamment les lombalgies et tout ce qui relève de la psychopathologie du travail. Ce qui (...) est de l'ordre de l'invisibilité sociale concerne l'absence de prise en compte scientifique et médico-légale des pathologies non spécifiques associées à des cumuls d'exposition à des facteurs pathogènes différents et aux effets de synergie dans des situations de polyexposition. On a montré l'effet multiplicateur de la synergie tabac/amiante. Une telle approche n'est quasiment pas utilisée dans le champ des cancérogènes professionnels. Pourtant les stratégies de flexibilité d'emploi et de sous-traitance des risques multiplient actuellement, sans aucun contrôle, des situations d'alternance de risques qui peuvent jouer un rôle considérable dans les pathologies multiétapes[281]."

Cette première limitation est encore renforcée par d'autres filtres très importants. Dans la logique même de l'identification des pathologies, il est surprenant de constater qu'on ne fait correspondre qu'une pathologie aux risques reconnus alors que ceux-ci peuvent avoir d'autres effets pathogènes. Ainsi, dans sa monographie sur la pneumoconiose des mineurs et de la silicose des broyeurs de galets, Annie Thebaud-Mony constate que l'adoption en 1980 du seul critère radiologique pour la reconnaissance de la pneumoconiose (au lieu du double critère clinique et radiologique) permet un dépistage précoce mais que cette procédure exclut de la reconnaissance les individus qui souffrent d'emphysème et de bronchite chronique sans

---

[281] Annie THEBAUD-MONY, *La reconnaissance des maladies professionnelles,* Paris, Ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et La Documentation Française, 1991, p. 90. "Les pathologies multiétapes sont des maladies qui se développent par étapes successives et sous l'influence de facteurs de risque dont le rôle spécifique intervient à l'une de ces étapes (ex : dans les cancers, certains agents agissent dans "l'initiation", d'autres dans la "promotion")."

présenter de signes radiologiques de micronodulation. En outre les autres atteintes respiratoires des personnels exposés aux poussières de charbon ou de bris de galets ne sont pas prises en considération et on se garde bien d'entreprendre des études toxicologiques ouvertes des divers mécanismes d'action des poussières.

Un autre filtre relève de la 'censure' : le manque d'information sur les risques et les procédures de réparation, la perspective dissuasive de démarches longues et inopérantes, la crainte de perdre l'emploi pour inaptitude médicale constituent autant d'obstacles à la déclaration, c'est-à-dire au lancement de la procédure de reconnaissance de maladie professionnelle. Démarche longue en effet, puisque les caisses d'assurance-maladie passent systématiquement par une phase de "contestation préalable" dont aucun règlement ne fixe les délais, de sorte que la durée de la procédure s'allonge démesurément.

Plus encore le filtrage passe par des logiques médico-administratives d'exclusion. Quels en sont les mécanismes ? L'enquête administrative doit établir l'exposition aux risques. Compte tenu de ses moyens, elle repose sur la bonne foi de l'employeur. Alors que la loi les oblige à déclarer les produits ou procédés reconnus à risques professionnels, les employeurs évitent de le faire ou font des déclarations incomplètes. Dans bien des cas on note l'usage de stratégies de résistance à la reconnaissance du fait que le salarié était exposé. De leur côté les médecins appliquent avec une extrême rigidité des normes médico-légales : pour les cancers, ils mettent assez systématiquement en cause la présomption d'origine.

L'exclusion se produit d'autant plus aisément qu'il n'existe aucune 'tradition' de contestation des refus notifiés par les caisses, chez les salariés : la reconnaissance du pouvoir médical est telle que toute contestation d'une décision médicale est jugée illégitime. Enfin, ces processus de rejet, aussi graves en ce qu'ils engagent socialement et médicalement, ne font l'objet d'aucune évaluation, sauf cas régionaux récents et particuliers : on est bien loin des exigences de transparence scientifique et démocratique. Mais les résultats sont là :

> "Le système de réparation des maladies professionnelles ne peut être isolé des logiques macroéconomiques et macrosociales qui influencent ses conditions de fonctionnement, en particulier les situations de cumul de risques auxquels sont liés les phénomènes de vieillissement précoce, les formes d'exclusion par le langage et la connaissance, et les multiples stratégies de flexibilité d'emploi et de recours à la sous-traitance (qui concernent en particulier les travailleurs immigrés mais pas exclusivement). L'inégalité des conditions de travail entre salariés permanents et précaires engendre une exposition plus forte de ces derniers (même s'il s'agit de périodes limitées dans le temps) à de nombreux facteurs de risques susceptibles de provoquer des maladies professionnelles. La flexibilité d'emploi amplifie les difficultés de déclaration, rend très difficile sinon quasi-impossible la reconstitution de l'exposition et multiplie les situations de polyexpositions non prises en compte dans le système de réparation[282]."

[282] Annie TEBAUD-MONY (1991), op.cit., p. 110.

Une autre conséquence du mode de construction des maladies professionnelles est tout aussi importante : parce qu'un tel système aboutit à exclure assez systématiquement les cas de cancers, on finit par se conforter dans la croyance qu'une telle pathologie est influencée exclusivement par des 'facteurs de risques' liés aux comportements individuels. Or les rhinites à répétition chez les travailleurs du bois, les plaques pleurales chez les ouvriers exposés à l'amiante, les dermatoses et les perforations de cloisons nasales chez les salariés exposés à l'arsenic ou au chrome constituent autant de pathologies bénignes qui sont reconnues associées aux risques de cancers.

Alors que le nombre annuel de nouveaux cas reconnus et indemnisés est resté stable pendant plus de trente ans (environ 4 000 cas sauf le pic de 1983-1984 à 5 000), on peut trouver une confirmation indirecte des laissés pour compte à travers les résultats de l'enquête *SUMER* (Surveillance Médicale des Risques Professionnels) : 65 % des salariés sont exposés à au moins un risque identifié par les médecins du travail[283]. Cela ne signifie pas que tous ces salariés devraient faire l'objet d'une surveillance médicale spéciale (SMS), c'est-à-dire rendre visite plus fréquemment au médecin du travail : seuls 40 % devraient relever de cette mesure médicale[284].

Le Conseil supérieur de prévention des risques professionnels, où siègent des représentants des employeurs, des salariés et de l'administration évaluait les SMS à 10% des salariés : on comprend que les représentants patronaux aient accusés les médecins du travail d'avoir surestimé les risques par défense corporatiste (si les statistiques de l'enquête *SUMER* étaient confirmés[285], cela signifierait qu'il faudrait davantage de médecins du travail et qu'il faudrait leur accorder plus de temps pour le suivi des salariés en SMS). Ce qui devait servir à une négociation 'raisonnable' se transforme en moyen de critiques réciproques. Un représentant du ministère du travail en tire la conclusion suivante :

> "Cette enquête ne nous est pas utile parce qu'elle montre que ... enfin les chiffres donnés sont trop gros et nous, on veut négocier nos tableaux *(les tableaux des maladies professionnelles)* avec le patronat, on est à 4 000 cas de maladies professionnelles par an, on veut négocier pour passer à 5 000, on n'arrivera jamais à négocier pour arriver à 20 000 ou à 40 000, donc c'est pas la peine d'insister[286]."

Faut-il conclure tout simplement qu'on a quitté le registre de l'épidémiologie pour entrer dans celui des luttes sociales ? Ce serait sans doute trop vite supposer que toute construction

---

[283] Marie-France CRISTOFARI (1990), op.cit., figure 1, p. 121.

[284] Nicolas DODIER, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement,* Paris, Ed. A.M. Métailié, 1993, p. 304.

[285] Les statisticiens du Service des études et de la statistique du Ministère du travail (SES), eux-mêmes surpris par l'ampleur des proportions, ont recherché des recoupements : à l'évidence il existe une proximité avec les résultats d'une étude centrée sur les chromates, de l'enquête "Conditions de travail" (partie consacrée au bruit) et d'une autre enquête du Ministère ayant trait au travail sur écran. Cf. Nicolas DODIER (1993), op.cit., p. 310.

[286] Propos cités par Nicolas DODIER (1993), op.cit., p. 306.

statistique est coupée de la société civile et de l'État. Aux Etats-Unis, avec la constitution des *Committees on Occupational Safety and Health* (COSH) dans les années 70, des experts médecins et épidémiologistes engagent des polémiques publiques sur des problèmes de santé au travail (information sur les produits dangereux dans les lieux de travail, relation entre environnement industriel et cancer, effets nocifs du DDT...) en prenant appui sur le monde du travail (les syndicats en particulier) et sur la mouvance politique 'radicale' ; ils obtiennent des crédits de l'État Fédéral pour engager des recherches sur des thèmes dont ils soulignent l'enjeu social et l'urgence[287].

... et des accidents du travail.

S'il apparaît que le lien des conditions de travail avec la santé et les maladies professionnelles est un objet de recherche dont la construction est particulièrement surdéterminée au regard des pressions économiques, sociales et politiques, on a le sentiment de retrouver le solide terrain de l'évidence 'matérielle' avec les accidents de travail. La curiosité sociologique s'éveille à partir du moment où l'on se heurte à des dénonciations répétées de fraudes et d'abus : existerait-il là aussi des décalages entre 'la réalité' et sa mise en forme statistique ?

Une première observation documentaire sur la définition de l'accident de travail a de quoi susciter la surprise : est un accident du travail celui qui survient au cours de l'accomplissement d'une activité professionnelle dans son cadre habituel, mais aussi celui qui a lieu entre le domicile et l'entreprise ou dans un café s'il se produit au moment de l'interruption régulière de l'activité ; sont exclus de la définition les accidents qui arrivent aux grévistes sur leur lieu de travail ou aux militants syndicaux pendant leurs heures de 'décharge'. Autrement dit, l'accident de travail, pour être considéré comme tel et non comme accident domestique ou de la circulation, doit faire l'objet d'une reconnaissance sociale : il ne peut pas relever du simple enregistrement.

> "Suffit-il de «constater_les_faits», à la façon des juristes, qui recourent à des indicateurs comme l'heure et la localisation de l'accident pour les qualifier *ipso facto* **!Erreur de syntaxe, «** ? Si les questions que soulèvent systématiquement les magistrats pour déterminer si un accident peut être tenu pour un accident du travail rappellent opportunément que cette notion n'est pas une donnée immédiate, leur formulation sous-entend en revanche que la qualification de l'accident est une donnée de fait que le juge se borne à identifier afin de la classer dans la catégorie juridique correspondante. Or, comme en témoignent les fraudes en ce domaine, qui consistent surtout à jouer, en fonction de ses intérêts, sur la relative indétermination de la qualification juridique des

[287] Denis DUCLOS, La santé au travail comme thème d'action militante : l'expérience des groupes C.O.S.H. aux Etats-Unis, *Sociologie du travail,* 26ème année, n° 2, 1984, pp. 177-194.

accidents liés au travail, la reconnaissance par le droit de l'accident du travail constitue un enjeu qui oppose les intérêts respectifs des salariés et des employeurs, un de ses effets étant, pour les premiers, l'obtention d'une rente et, pour les seconds, une augmentation corrélative de leurs cotisations aux assurances sociales[288]."

Avec les accidents du travail, on est confronté aux mêmes stratégies des entreprises que celles qui sont utilisées pour les maladies professionnelles et qui visent à faire diminuer autant que possible le nombre des accidents du travail : emploi de travailleurs intérimaires ou de salariés de sous-traitants aux postes les plus dangereux (si un accident se produit, il est comptabilisé à la société de travail temporaire ou de sous-traitance), embauche de secouristes ou d'infirmières dont les interventions rapides auprès de blessés légers évitent une déclaration et, en d'autres circonstances, peut diminuer la gravité de certaines blessures, pressions diverses sur la victime (menaces de licenciement, retrait de la prime de sécurité à toute l'équipe : d'où la pression des collègues de travail...), etc. La réussite de telles stratégies est bien sûr fonction de l'aptitude de l'accidenté à résister, aptitude qui est souvent formée et soutenue par la solidarité syndicale.

L'accident du travail comporte une autre particularité, déterminée par la loi de 1898 : il n'est pas imputable à une faute (sauf exception[289]), il est la conséquence d'un risque. Cette conception 'objectiviste' de l'accident du travail, qui est un effet de la loi et de la jurisprudence, est renforcée par la plupart des travaux de psychologie industrielle et d'ergonomie. Mais la description est-elle plus 'objective' parce qu'on multiplie le nombre de rubriques à observer ? La minutie de tels protocoles d'observation évacue le fait que les déclarations et les catégories d'imputation (dont la 'défaillance technique' est la plus récurrente, alors que les questions de qualification et d'organisation n'apparaissent pas ou peu) sont l'objet de conflits et de négociations (officieuses ou officielles) au sein de l'entreprise.

Quelles que soient les pratiques de santé que l'on retienne, qu'elles se déroulent sous la contrainte du temps de travail ou en temps libre, toutes font l'objet de procédures de construction pour les décrire, que ce soit sous forme statistique ou non. Cependant il importe de distinguer différents modes d'élaboration. Avec les maladies professionnelles et les accidents du travail en particulier, nous avons vu que l'objectif de la délimitation de leurs contours pouvait varier selon l'enjeu : dans l'univers des discussions politico-sociales, il s'agit de construire un objet 'négociable' ; dans l'univers des professionnels de la recherche épidémiologique, économique, sociologique... la question est de donner une représentation la

---

[288] Rémi LENOIR, La notion d'accident du travail : un enjeu de luttes. Note de recherche, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 32-33, 1980 p. 78.

[289] En 1971, pour plus d'un million d'accidents du travail ayant donné lieu à un arrêt-maladie, seulement 255 actions en justice pour faute inexcusable du patron ou de l'ouvrier. Cité par Rémi LENOIR (1980), op.cit., p. 80.

plus approchée possible de la réalité qui est visée : présupposant l'honnêteté intellectuelle des chercheurs, le débat porte sur les instruments et les protocoles qu'ils ont fabriqués ainsi que sur la décomposition critique des opérations qui ont été mises en œuvre ; il cherche à multiplier les garanties requises pour asseoir au mieux la validité des descriptions et des mesures[290]. On a montré que toutes sortes de pressions pouvaient interférer et que l'autonomie d'un tel débat n'était pas donnée d'avance : elle procède d'une vigilance réflexive et d'une lutte des chercheurs pour circonscrire la nature de leurs débats 'scientifiques' et objectiver et/ou neutraliser autant que possible les éléments perturbateurs extérieurs à leur univers.

Enjeux et problèmes de construction des indicateurs et indices socio-démographiques : les risques de naturalisation et de formalisme.

Les statistiques de mortalité, de morbidité ou d'incapacité ne décrivent pas seulement l'état temporaire ou l'évolution de ces composantes de la santé, pas plus que les mesures des pratiques de santé ne se bornent à en apprécier la présence et l'intensité : elles décrivent aussi en général leur inscription dans les différentes dimensions de la société, et c'est ainsi que nous avons pu établir l'inertie sociétale de la santé. Mais les indicateurs et indices qui 'représentent' la structure sociale n'échappent pas à diverses procédures de construction qui mettent aux prises statisticiens de l'administration, sociologues, démographes ... et les individus qui font l'objet de ces classements. On ne peut pas faire l'économie d'un examen de la façon dont s'élaborent et s'utilisent les classes d'âge, le sexe, et les classes sociales.

Force est de constater qu'il existe différentes manières de découper la variable continue de l'âge : est-il indifférent d'opter pour un système de classes d'âge plutôt que pour d'autres ? Prendre l'échelle arithmétique des âges que l'on découpe en différents tronçons n'a souvent d'autre fondement que l'ordre biologique, alors même que les biologistes soulignent que le développement des êtres vivants n'est pas totalement uniforme et linéaire et que le vieillissement cellulaire est toujours une résultante de l'interaction entre processus biologiques et contraintes environnementales[291]. A vrai dire, la 'naturalisation' de l'âge constitue un arrière-fond assez imprécis qui autorise des découpages empiriques extrêmement divers, justifiés par des raisons techniques (égalité d'intervalles pour raisons statistiques, durée du système de classement pour permettre les comparaisons dans le temps) : habituellement les démogaphes établissent leurs classes par des regroupements tous les 5 ou

---

[290] Pour une analyse plus développée des différents univers (ou arènes) de débats qui se développent à propos des objets de recherche, on peut se référer au travail de Nicolas DODIER sur l'enquête *SUMER* (1993, op.cit., pp. 284-321).

[291] F. GROS, F. JACOB et P. ROYER, *Sciences de la vie et société,* Paris, La Documentation Française, 1979.

10 ans, tandis que sondeurs d'opinion et 'politistes' ont adopté un système à 4 puis à 5 classes[292].

Ce fondement empirique et technique de l'indicateur 'âge' engage implicitement des postulats théoriques qui ne sont pas testés faute d'explicitation : les chercheurs utilisent habituellement l'un ou l'autre système de classement comme si les postulats qu'ils présupposent allaient de soi[293]. Globalement on suppose que l'âge produit des effets sociaux, c'est-à-dire que les classes d'âge sont censées être une variable qui détermine des pratiques, des attitudes ou des représentations :

> "Les analyses communes sur les conséquences de l'âge reposent sur trois postulats : 1. une linéarité de ses effets ; à mesure du vieillissement, selon une progression continue, chacun devient de plus en plus ceci ou de moins en moins cela ; 2. l'existence d'une succession de seuils le long de ce processus, qui permettent de délimiter des étapes, correspondant à des classes d'âges successives ; 3. une communauté suffisante des enjeux et des opinions, à chacune des étapes du cycle de vie, pour être prises en compte par les mêmes classes d'âge[294]."

On peut facilement vérifier que ces postulats s'appliquent à notre domaine de recherche : si l'on met à part la fragilité de la petite enfance, la morbidité et la mortalité augmentent quand on passe d'une classe d'âge à l'autre ; l'aspérité de cette pente peut également être supposée dans la mesure où les causes de morbidité ou de décès ne sont pas les mêmes au début de la vie adulte et au grand âge ; enfin, en matière de pratiques de santé, on peut supposer par exemple que les sous-cultures alimentaires et de loisirs ne sont pas les mêmes au sein des classes d'âge jeunes et vieilles, pour prendre les deux extrémités. Mais de tels postulats sont-ils toujours vérifiés ? Autrement dit, les objets construits dans le domaine de la santé sont-ils toujours et nécessairement 'sensibles' aux différentes formes des effets de l'âge ?

Si l'épidémiologiste ou le sociologue présente souvent sur le mode de l'évidence telle ou telle corrélation entre des classes d'âge et un phénomène de santé ("comme on pouvait s'y attendre, il apparaît que l'âge ..."), il est moins bavard lorsque l'association pourtant attendue est infirmée : il passe à l'association statistique suivante sans s'interroger sur cette non-évidence qui le prend en défaut. Pour tester plus avant cette relation à laquelle il s'attendait, il serait nécessaire de déconstruire les classes d'âge pour prendre comme unité d'analyse l'âge réel : cela suppose un échantillon très important pour éviter les cases vides ou à faible

---

[292] Jusqu'en 1974, en France, on avait : 20-34 ans, 35-49, 50-64, 65 et plus ; quand l'âge de la majorité passe de 21 à 18 ans, on procède à un aménagement 'conservateur' : l'ancienne classe des 20-34 ans est partagée en 18-24 ans et 25-34 ans, de sorte que les autres classes restent identiques et permettent toujours des comparaisons avec l'ancien système.

[293] Un effort pour expliciter et tester ces postulats a été fait cependant par : Annick PERCHERON en collaboration avec Jean CHICHE, Classes d'âge en question, *Revue française de Science Politique,* Vol. 38, n° 1, 1988. On reprendra ici le développement argumentaire de ce travail.

[294] Annick PERCHERON et collaborateur (1988), op.cit., p. 111.

nombre. À cette condition on pourrait évaluer dans quelle mesure chacun des âges s'agrège avec les suivants les plus proches selon la perspective de linéarité, de progressivité et de successivité supposées.

Faute de pouvoir présenter un exemple extrait du domaine de la santé, appuyons notre interrogation sur le travail d'Annick Percheron, qui repose sur échantillon de plus de 12 000 individus interrogés sur leur intérêt pour la politique, leur activité militante et leur attachement aux droits et libertés politiques. Sans entrer dans le détail de la recherche, exposons le résultat final : l'analyse des effets d'âge en termes de classes d'âge successives s'avère non-pertinente, même s'il existe bien un effet d'âge, à moins que ce soit un effet de cycle de vie ou de génération !

En ordonnant les attitudes à l'égard des valeurs et des normes, on peut obtenir deux pôles : le refus du changement et le respect des normes ou bien l'acceptation du changement et la permissivité. Si on met en relation chaque âge avec ces pôles, la lecture des résultats permet d'établir deux choses : premièrement, il y a opposition entre les moins de 38 ans, adeptes du changement et de la permissivité, et les 39 ans et plus, défenseurs du statu quo et rigoristes, - mais les 42 ans se rangent du côté des moins de 38 ans ; deuxièmement, la technique de classification ascendante hiérarchique permet d'établir que les âges ne s'ordonnent pas selon leur ordre de succession arithmétique (les 42 ans sont proches des 15 ans, les 34 et 37 ans des 17 ans, etc.). Par rapport à cet objet particulier en tout cas, la démonstration est donc faite qu'il n'existe pas d'effet linéaire de l'âge qui justifierait un regroupement par classe d'âges successifs. Il s'agit là d'un élément d'une démonstration beaucoup plus complexe utilisant plusieurs techniques statistiques d'analyse.

Revenons à un aspect essentiel : cette recherche fait apparaître un moment crucial et critique dans le cours de la vie. Ce moment se situe, dans le cadre de la recherche citée, entre la seconde moitié de la trentaine et la première moitié de la quarantaine (entre 35 et 45 ans). Mais comment interpréter ce "tournant" ? Peut-on affirmer que tous les Français, en cette seconde moitié du 20ème siècle, qui atteignent cette période de la vie vont traverser un passage au cours duquel ils vont basculer de l'ouverture et du dynamisme vers le retrait et la soumission ? Autrement dit, s'agit-il d'un effet de l'âge, au sens de conséquence du vieillissement ? En ce sens on pourrait dire que l'avancée en âge provoque, aux environs de la quarantaine, une remise en question, une crise.

Mais il existe une double alternative à une telle interprétation. D'une part, on peut observer que cet 'âge critique' se situe dans la seconde partie de la vie adulte : au thème classique des 'quatre saisons' (enfance, jeunesse, âge adulte, vieillesse), ne faut-il pas substituer un autre mode de 'périodisation' du déroulement de la vie humaine ? Autrement dit, si l'idée de cycle de vie est communément répandue, il apparaît nécessaire de lui trouver des critères d'opérationnalisation dont la pertinence serait à tester.

D'autre part, la collecte des données de cette recherche a été effectuée en 1985 : cela signifie que les personnes qui avaient entre 35 et 45 ans en 1985 avaient entre 18 et 28 ans en 1968. Ne faudrait-il pas parler alors d'un effet de génération ? Les événements de mai 68 auraient alors traduit un mouvement social de changement socio-culturel et politique dont les effets se répercuteraient encore sur les jeunes générations tandis que les gens de la trentaine et plus d'alors durciraient leur distance ou leur méfiance en refus. Même s'il est impossible pour le moment de trancher entre ces interprétations, les alternatives nous invitent à nous pencher sur la question des périodes de la vie et des générations. Mais retenons 'la leçon' : l'âge comporte toujours cette ambiguïté qui consiste à renvoyer à la fois à lui-même (c'est le vieillissement et ses conséquences), à un moment du parcours individuel de vie (c'est le positionnement au sein de la trajectoire biographique, donc l'effet de cycle de vie) et à la situation de l'individu dans son époque (c'est l'inscription dans l'histoire, donc l'effet de génération).

La naturalisation de l'âge n'a d'égale que la 'biologisation' du sexe. À la suite des mouvements féministes, les spécialistes des 'études féminines' ont produit des recherches à partir de multiples points de vue (études de la 'condition féminine', comparaisons interculturelles des rôles masculins et féminins, etc.) et ont montré que la différenciation sexuelle biologique ne recouvrait pas l'identité socio-sexuelle, du fait de la socialisation et de l'assignation sociale à des positions différenciées de 'genre'.

L'inféodation aux sciences de la nature continue pourtant de faire obstacle à la reconnaissance de la dimension sociale des différences de sexe, au point que certains auteurs ramènent les écarts de mortalité et de morbidité entre les hommes et les femmes exclusivement à des différences biologiques. Ainsi, Madigan compare des religieux et des religieuses catholiques en supposant que ces hommes et ces femmes se trouvent également protégés des contraintes et du stress de la vie moderne : tant au milieu de la vie qu'aux grands âges, leurs écarts de mortalité sont équivalents à ceux que l'on observe dans la société tout entière. Notre auteur en conclut que les différences de mortalité entre les sexes ont un fondement biologique, faute d'avoir l'imagination sociologique de contrôler diverses dimensions sociales et culturelles qui permettraient de distinguer masculinité et féminité, fussent-elles 'religieuses'[295].

Cet exemple peut paraître grossier et caricatural. C'est que la 'biologisation' du sexe prend des formes plus subtiles, à commencer par l'inégal traitement des hommes et des femmes par la profession médicale : le 'sexe', 'entouré' de connotations de proximité avec la nature sauvage et pulsionnelle, c'est toujours 'l'autre sexe', le sexe féminin. On peut l'observer en

[295] Cité par C.A. NATHANSON, Sex differences in mortality, *Annual Review of Sociology*, n° 10, 1984, pp. 199-200.

particulier en prenant en considération la façon dont est spécifié le rapport de la maladie et de la femme : y sont toujours mêlées la fonction reproductrice et l'émotivité.

Des recherches britanniques de sociologie historique analysent l'émergence du mythe de la 'fragilité féminine' à la fin du XIXème siècle : il coïncide avec la lutte menée par la corporation médicale pour avoir le monopole de profession soignante. Dans ce contexte, la 'fragilité féminine' a une double fonction : elle disqualifie les femmes en tant que guérisseuses (ce qui élimine une bonne partie de la concurrence), et elle les rend toutes désignées pour être des patientes[296]. L'histoire laisse des traces : n'est-il pas surprenant de constater que la sur-consommation contemporaine de psychotropes est surtout le fait des femmes ? Pour en rendre compte, il est nécessaire d'articuler deux tendances : la posture des médecins qui tend à réfléchir les troubles féminins comme d'origine psychique (par conjugaison d'une fragilité nerveuse et des déséquilibres liés au cycle menstruel, selon un point de vue répandu) et à traiter par des tranquillisants ces plaintes féminines qui ne sont pas toujours prises au sérieux[297], - et, d'autre part, la demande des femmes elles-mêmes qui trouvent dans les 'psychotoniques' le moyen de faire face aux insatisfactions de leurs rôles et de leur vie (insatisfactions socialement déterminées par la place qui leur est faite dans la structure sociale). On peut observer ce double mouvement (ou quelque chose d'équivalent) sur le plan de la fonction reproductrice et de la maternité : multiplication des surveillances et interventions médicales d'un côté, intensification des demandes d'assistance de la part des femmes, de l'autre.

Constatant que les descriptions de la santé où la variable 'sexe' est prise en compte sont diverses et disparates, Juanne Clarke doute radicalement de possibles généralisations : les écarts 'établis' entre hommes et femmes en matière de morbidité et de mortalité ne sont-ils pas artificiels dans la mesure où on ne sait pas si les uns et les autres voient les mêmes choses sous couvert de symptômes et de troubles prétendument semblables, où on ne sait pas si les médecins diagnostiquent différemment ou pas les mêmes symptômes selon les sexes... ?

---

[296] Cité par Juanne N. CLARKE, Sexism, feminism and medicalism : a decade review of literature on gender and illness, *Sociology of Health and Illness,* Vol. 5, n° 1, 1983, pp. 63-64. En outre cet article effectue un travail de 'déconstruction' de la dimension sexuelle de la division sociale dont nous reprenons un certain nombre d'arguments.

[297] À cette tendance il faut ajouter un élément structurel développé par une sociologue anglo-saxonne : la croissance des statistiques de pathologies mentales ne réfléchit pas simplement l'augmentation des troubles mentaux dans la population ; elle traduit l'intérêt croissant des médecins pour ce type de pathologie aussi bien que de nouvelles répartitions et disponibilités des psychiatres. Selon sa perspective constructiviste radicale, les pathologies mentales ne sont pas des entités préexistantes aux traitements : ce sont les derniers maillons d'une chaîne d'événements, ceux-là mêmes qui sont interprétés rétrospectivement par les agences de contrôle social impliquées. Se reporter à : Dorothy SMITH, The statistics on mental illness : what they will not tell us about women and why, in *Women look at Psychiatry,* Vancouver, Press Gang Publishers, 1975, citée par Juanne N. CLARKE (1983), op.cit., p. 67.

Reprenant l'argument de l'artifice pour rendre compte des écarts de morbidité entre hommes et femmes (argument développé dans la littérature sous des formes plus ou moins fortes), Gove et Hughes font remarquer que l'hypothèse est vraisemblable mais qu'elle se conforte plus d'un système de citations croisées que de la production de la preuve[298]. À partir d'un échantillon représentatif de la population de Chicago, ils montrent que cet écart n'est pas totalement artificiel, même s'il reste vrai que la verbalisation des troubles n'est pas identique chez les hommes et les femmes. Comment l'interpréter ? L'hypothèse constructionniste radicale consiste à dire : la forte acceptation sociale du fait que les femmes se plaignent davantage de troubles que les hommes, est la cause principale d'un enregistrement plus élevé de troubles chez les femmes. Au regard de leurs résultats, Gove et Hughes retournent l'argument : un plus fort taux de troubles chez les femmes les amène à s'en plaindre davantage et ce plus grand nombre de plaintes produit l'acceptation sociale, c'est-à-dire que l'on trouve 'normal' que le femmes se plaignent de leurs troubles beaucoup plus que les hommes. Dans la perspective de l'hypothèse constructionniste radicale, on peut glisser sur la pente du stéréotype de 'la femme dissimulatrice', alors que l'hypothèse alternative amène à reconnaître que l'acceptation sociale du plus grand nombre de plaignantes féminines est une adaptation au fait qu'elles ont effectivement plus de raisons de se plaindre parce qu'elles éprouvent davantage de troubles que les hommes[299].

Le chercheur en sciences sociales n'échappe pas automatiquement à ce risque de 'biologisation' de la division sexuelle : en prenant la variable 'sexe' comme une simple variable de classement, il fait basculer du côté du biologique toutes les autres différences et cautionne implicitement les croyances en 'l'éternel féminin' et 'l'éternel masculin'. Sans vigilance réflexive, l'interprétation de données en rapport avec le sexe peut tomber dans le travers de la rigidité d'un mécanisme positiviste :

---

[298] Précédant la production de la preuve, le débat sur la détermination des contours de la maladie, en particulier sur la pertinence de la distinction entre maladie physique et maladie mentale, constitue un enjeu très fort : l'acceptation de cette distinction ne témoigne-t-elle pas d'une soumission du sociologue aux définitions médicales ? Si on l'accepte, que faut-il inclure ? Des chercheurs notent que les hommes trouvent plus facilement que les femmes, dans nos sociétés, un exutoire à leurs pulsions aggressives : les effets des violences et des accidents sont 'comptabilisés' habituellement comme maladies physiques, et on ne tient pas compte de toutes sortes d'actes déviants et a-sociaux. Ne faudrait-il pas opérer des transferts et prendre en compte ces différentiels d'expression pulsionnelle pour comparer avec plus de justesse la morbidité mentale masculine et féminine ? Ce faisant, notent avec ironie Gove et Hughes, on élargit le champ des 'désordres' que l'on inclut dans la maladie mentale, au moment même où est critiquée par ailleurs la prétention de la profession médicale à élargir son champ d'intervention, en particulier la prétention de la psychiatrie à médicaliser diverses formes de déviances sociales...

[299] Walter R. GOVE, Michael HUGHES, Possible causes of the apparent sex differences in physical health : an empirical investigation, *American Sociological Review,* Vol. 44, n° 1, 1979, pp. 126-146.

"Ce n'est pas, si l'on s'en tient toujours à l'exemple des différences de sexe, parce que les femmes se trouvent inscrites dans un rapport social de domination que ce fait, une fois démontré, efface toute particularité du groupe social considéré. Ces particularités ont une réalité sociologique qui ne peut se laisser totalement enfermer dans le cadre déterministe d'une sociologie de la domination, parce que le rapport de domination est le plus souvent aussi un rapport de transaction, parce que les acteurs (...) conservent toujours une part de liberté stratégique, parce qu'enfin ces acteurs peuvent s'appuyer sur leur situation même de dominé pour se construire une identité particulière[300]."

Longtemps focalisée sur la division sociale du travail (au sens de participation à l'activité économique formelle), la sociologie a pensé la structure sociale en termes androcentriques : le général, ou, pour reprendre une expression durkheimienne, l'institué, c'est l'homme adulte travailleur[301], - et, comme ce général est réparti en groupes sociaux diversifiés, l'enjeu est de savoir quel est celui qui est porteur de l'universel à venir. Les mouvements sociaux féministes et 'anti-âgistes' (par exemple les 'Panthères grises' aux Etats-Unis) ont fait apercevoir les limites d'une telle position qui invisibilise les enfants, les jeunes et les vieux d'un côté, ainsi que les femmes de l'autre, au détriment d'une compréhension plus complexe de la reproduction et des changements sociaux. Les défis lancés par de tels mouvements aux sciences sociales étaient multiples : comment saisir les désavantages dont souffrent ces groupes en les rapportant à leurs conditions sociales de possibilité pour les arracher à une supposée infériorité naturelle ou biologique ? comment élucider les intérêts communs partagés par les membres de ces groupes sans les traiter comme homogènes et ignorer les clivages qui les traversent, tels que l'appartenance de classe ou l'appartenance ethnique[302] ?

Contrairement aux indicateurs précédents, les catégories socio-professionnelles (CSP), devenue en 1982 professions et catégories socio-professionnelles (PCS)[303], ont fait l'objet de multiples réflexions critiques. En effectuant le recensement des différentes formes que celles-ci ont prises, Dominique Merllié remarque que leur aboutissement peut relever les différences et les écarts entre concepts théoriques et données empiriques censées leur correspondre ou bien justifier un abandon pur et simple de tout recours à des données sociographiques représentant la pyramide sociale. Dans le premier cas coexistent souvent deux attitudes : la critique formulée à propos de tel ou tel aspect des CSP ou PCS est ensuite 'oubliée' dans

---

[300] Olivier GALLAND, Une nouvelle jeunesse ? *Futuribles,* n° 109, 1987, p. 26.
[301] Nicole-Claude MATHIEU, *L'anatomie politique : catégorisations et idéologies du sexe,* Paris, Ed. Côté-Femmes, 1991.
[302] Sara ARBER and Jay GINN, The invisibility of age : gender and class in later life, *The Sociological Review,* Vol. 39, n° 2, 1991, pp. 274-277.
[303] Alain DESROSIÈRES, Alain GOY et Laurent THÉVENOT, L'identité sociale dans le travail statistique. La nouvelle nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles, *Économie et statistique,* n° 152, 1983.

l'interprétation ; on procède à un raisonnement *a fortiori* en indiquant que si l'hypothèse est confirmée malgré telles et telles imperfections des données empiriques, à combien plus forte raison peut-on l'assurer confirmée sur le plan de la 'pureté' théorique. Dans le second cas, la 'grossièreté des classifications' est dénoncée comme obstacle à l'avancée de la théorie sociologique, soit sur un plan général, soit dans un domaine particulier[304].

On reconnaîtra dans cette seconde tendance soit la position d'un constructivisme radical (élaboration de classifications censées décrire une réalité sociale dont 'l'objectalité' est mise en doute), soit celle des chercheurs qui accordent une prééminence à l'individu et au marché (rémunération et prestige sont fonction d'un équilibre entre l'offre et la demande, aux influences institutionnelles près, - équilibre variable selon les conjonctures historiques). Sans adhérer aux thèses de la reproduction, on peut admettre qu'il existe une réalité de la différenciation des conditions de vie que les nomenclatures sociales tentent de saisir :

> "D'une part, la catégorie est issue de la réalité sociale, mais produite à travers des procédures de définition et d'enregistrement qui ont elles-mêmes leur propre histoire, faites de conflits et de négociations au sein d'instances diverses. En ce sens, les catégories sont du temps passé incorporé. Mais, d'autre part, comme toute institution, elles ne sont pas seulement le résultat d'une histoire. Elles acquièrent une indépendance, qui les déconnecte en quelque sorte de leur propre processus de production. Et, en tant que telles, elles sont à même de servir à une lecture de la réalité sociale en devenir. (...) Les nomenclatures cristallisent du passé objectivé et structurent la représentation et l'action à venir[305]."

De telles analyses critiques présentent l'inconvénient de supposer que la nomenclature est 'transparente', c'est-à-dire qu'elle est utilisée en parfait accord avec son mode d'élaboration officiel : s'interroger sur la 'déformation' que la nomenclature fait subir au réel ne dispense pas d'analyser les déplacements de sens qui s'opèrent lors des opérations de classement. Ainsi, comparant le codage effectué par le personnel de l'Université de Nantes, au moment des inscriptions, et son propre codage, Jean Péneff remarque que la catégorie 'Sans profession' (ainsi que Non réponse et autres catégories) devient une catégorie-refuge quand le codeur de l'administration ne trouve pas rapidement la 'bonne' catégorie ; de même la catégorie 'employé' se grossit d'étudiants dont le père relève de la catégorie 'cadres moyens' ou 'cadres supérieurs', de sorte qu'en 1979-1980 les enfants d'employés avaient les mêmes

---

[304] Dominique MERLLIÉ, Une nomenclature et sa mise en œuvre : les statistiques sur l'origine sociale des étudiants, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 50, 1983.

[305] Jacques ION et Daniel COLSON, Les nomenclatures sociales : objet et instrument de normalisation, in Philippe FRITSCH (sous la direction de), *L'activité sociale normative,* Paris, CNRS éditions, 1992, pp. 60-61.

chances d'entrer à l'Université que les enfants des 'Patrons de l'industrie et du commerce' (60 % des employés hommes sont non-qualifiés)[306] !

Il ne s'agit pas ici d'incriminer les personnels affectés au chiffrement. Pour affecter un individu dans une CSP ou une PCS déterminée, encore faut-il disposer de l'ensemble des informations nécessaires : le métier ou profession, l'activité de l'établissement où il travaille, le statut (salarié, à son compte seul ou comme employeur), la position professionnelle (et la position dans la hiérarchie pour le secteur public), la fonction principale et le diplôme (ainsi que quelques autres informations pour ceux qui ne travaillent pas).

Ainsi, faute de connaître le statut, comment classer l'individu qui a déclaré être 'électricien' : ouvrier, artisan ou patron d'une entreprise d'installations ou de fabrications électriques ? Faute de savoir quelle est sa position dans la hiérarchie du secteur public, comment classer celui qui déclare seulement 'fonctionnaire' ? Si l'on ne sait pas quelle est l'activité de l'établissement où elle travaille, la personne qui donne pour toute information 'chauffeur' est-elle à ranger dans la catégorie 'artisan' (chauffeur de taxi indépendant), 'conducteur de voiture particulière' (chauffeur de la voiture de Madame la comtesse) ou 'conducteur routier ou grand routier' (chauffeur de poids lourds dans une entreprise de travaux publics) ? Quiconque s'est livré à ce minutieux travail de chiffrement sait combien toutes ces informations sont précieuses, faute de quoi on est obligé d'alimenter, en toute rigueur, la catégorie des non-réponses.

Considérons l'avis de décès, envoyé par l'état-civil des communes à l'INSEE. Pour classer la personne décédée dans une PCS, on dispose seulement de deux informations : la profession et le statut (baptisé 'situation' sur le bulletin) avec une note qui précise d'indiquer, pour les retraités, la profession et le statut avant la retraite. Des chercheurs de l'INED ont comparé les résultats auxquels on parvient par l'État-Civil avec ceux qui sont obtenus par l'enquête longitudinale issue d'un échantillon du recensement de 1954 (ce qui assure une information complète pour l'attribution de CSP) :

> "Deux types de divergences apparaissent entre les données de l'enquête INSEE et le calcul direct *(par l'état-civil).* D'une part (...) certaines catégories (agriculteurs, salariés agricoles, surtout manœuvres) voient leur mortalité sous-estimée par le calcul direct, tandis que pour d'autres (artisans et commerçants, cadres supérieurs, instituteurs, et surtout employés de bureau) elle est sur-estimée. Autrement dit les catégories les plus défavorisées paraissent moins défavorisées que dans l'enquête INSEE tandis que les catégories les plus favorisées paraissent moins favorisées. Cela tient à la tendance bien compréhensible des déclarants à «anoblir» la profession du défunt au moment de l'enregistrement de son décès. Un manœuvre devient OS, un ouvrier employé (...) Le

[306] Jean PÉNEFF, La fabrication statistique ou le métier du père, *Sociologie du travail*, 26ème année, n° 2, 1984, pp. 207 et 209.

transfert le plus important paraît se faire des ouvriers en général vers les employés. Mais les glissements s'opèrent de proche en proche dans toutes les catégories[307]."

Si un organisme, spécialiste des statistiques, comme l'INSEE opère pour certaines de ses enquêtes une réduction du nombre des indicateurs qui entrent dans la composition des CSP ou PCS, avec le risque d'une approximation plus grossière de la hiérarchie sociale, nombre d'enquêtes épidémiologiques et parfois sociologiques changent totalement la nature de l'information sans le dire, en utilisant les neuf catégories de l'INSEE (code à un chiffre) comme indicateurs : l'indice 'officiel' est directement proposé aux individus qui doivent se situer eux-mêmes au sein de la pyramide sociale.

Cette transformation de l'usage de la nomenclature des CSP, devenues PCS, pour empirique qu'elle puisse paraître, est tout autant un changement de point de vue théorique : le passage de l'indice à l'indicateur fait basculer dans le monde du 'status' de la sociologie culturaliste américaine, qui suppose une "identification d'un individu à d'autres et un classement de cet individu par lui-même sur ce qu'il est, a été, ou souhaite avoir été, qu'il communique aux autres[308]." En recherchant des critères de stratification multiples, cette perspective théorique aboutit à exclure de fait le critère de la profession (comme indicateur de position dans le marché de l'emploi et dans le marché économique) pour déterminer la structure sociale : c'est la perception que chaque individu a de sa place au sein de sa représentation de la pyramide sociale qui devient déterminante.

L'effet d'«anoblissement» déjà repéré pour les CSP élaborées à partir de deux critères est démultiplié : la structure sociale devient une immense nébuleuse de couches moyennes peu différentes les unes des autres, et la variable devient peu discriminante au regard des différents indicateurs de santé. Divers chercheurs (dont C.W. Mills) ont critiqué cet 'empirisme abstrait' qui fait l'économie d'une analyse rigoureuse des aspects impliqués (statut socio-économique, culture, pouvoir, prestige...) et présuppose "un ordre établi inévitable et positivement fonctionnel".

Cet ensemble d'observations montre bien que la stratification sociale n'est pas un simple problème de classement, ou plutôt que l'élaboration des catégories du classement suscite la discussion et l'affrontement parce que les 'critères naturels' reçoivent leur signification de la culture, c'est-à-dire des représentations en concurrence du monde social : construire des 'classes sociales' est un enjeu qui a ses propres effets sociaux, dont l'un d'entre eux est la fermeture ou l'ouverture possible de l'ordre social (la structure sociale est-elle inéluctable et fonctionnelle ou bien les acteurs sociaux peuvent-ils avoir prise sur elle pour la dynamiser et

---

[307] Claude LÉVY et Jacques VALLIN (1981), op.cit., pp.940-941.

[308] Lloyd W. WARNER, The study of social stratification, *Review of Sociology,* 1957, pp. 221-258, cité par Jean-Pierre DURAND, Robert WEIL (sous la direction de), *Sociologie contemporaine,* Paris, Ed. Vigot, 1989, pp. 260-261. Sur la logique et les processus de différenciation des 'status', voir : Melvin TUMIN, *La stratification sociale,* Gembloux (Belgique), Ed. Duculot, 1971, Chapitres 3, 4, 5 et 6.

la changer ?). Il est symptomatique, de ce point de vue, qu'il n'existe aucune normalisation internationale : chaque pays invoque ses spécificités locales et son histoire nationale pour protéger sa nomenclature et jeter un voile sur ses liens avec les organisations étatiques (la Classification internationale type des professions (CITP), élaborée dans le cadre du Bureau international du travail (BIT), est peu prise en considération[309]). Sur le plan de la santé, le mode de catégorisation sociale adopté induit non seulement la reconnaissance (ou non) de l'inertie sociétale mais surtout la place faite à la médecine (intervenir sur le milieu ou sur l'individu ?)[310].

Prendre la distance nécessaire pour observer et analyser comment se construisent les indicateurs et indices de structuration sociale[311] aussi bien que ceux qui concourent à décrire divers aspects de l'état sanitaire des populations permet déjà un premier gain d'intelligibilité de l'inertie sociétale en matière de santé. Déconstruire les opérations mises en œuvre attire l'attention sur des sous-estimations ou des sur-estimations des phénomènes mesurés sans que l'on puisse affirmer que les gains ou les pertes se compensent. À suivre les divers pièges de l'élaboration des objets et de leur mesure, on est conduit à penser qu'il est probable que les écarts décelés en dépit d'eux sont encore plus importants : les faiblesses de l'indice de classe sociale utilisé dans la plupart des enquêtes, conjuguées aux défauts des 'déclarations' de la mortalité, de la morbidité et des incapacités, font supposer que cette dimension de la structure sociale pèse lourdement sur la différenciation sanitaire des populations ; les problèmes et les enjeux liés à la division sexuelle des rapports sociaux induisent un mode de relation aux patients hommes et femmes tel que diagnostic et traitement en sont affectés : si la différenciation entre les sexes est bien établie pour la mortalité et la morbidité, son mode de construction rend difficile son intelligibilité ; quant aux différences liées à l'âge, assez systématiquement interprétées comme effets du vieillissement, elles se révèlent plus complexes du fait des effets possibles du cycle de vie et/ou de l'appartenance générationnelle. L'enjeu est tout autant dans la précision de la description et de la mesure que dans

---

[309] Jacques ION et Daniel COLSON (1992), op.cit., pp. 61-65.

[310] L'opposition 'exclusive' entre deux modes d'intervention médicale est bien sûr simplificatrice : nous voulons seulement désigner un type de problème. Pour un plus large développement se reporter à : Martine BUNGENER, L'épidémiologie prisonnière de la pratique médicale et de la fonction sociale de la médecine (commentaire à l'article de Marcel Goldberg (1982), op.cit.), *Sciences Sociales et Santé,* Vol. I, n° 1, 1982, pp.111-122.

[311] Nous avons seulement retenus ici les plus 'classiques'. Si le lecteur souhaite poursuivre ce travail de déconstruction en l'appliquant à l'indicateur de nationalité et aux indices d'ethnicité, il peut consulter utilement : Guy NICOLAS, Fait "ethnique" et usages du concept d' "ethnie", *Cahiers Internationaux de Sociologie,* Vol. LIV, 1973. En ce qui concerne la définition des zones géographiques, voir les tentatives de Nicole TABARD, Espace et classes sociales, *Données Sociales,* Paris, INSEE, 1987, - et l'application qui en est faite à diverses dimensions de la santé dans : H. FAURE et F. TONNELLIER (1991), op. cit.

l'interprétation de leurs résultats[312], non seulement au regard de la connaissance scientifique mais aussi pour les décisions pratiques en matière de santé publique.

Est-ce à dire pour autant que le raffinement des méthodes et une vigilance réflexive accrue délivreront les chercheurs de 'l'à peu près' et leur ouvriront les portes d'une rigueur toute mathématique ? La réponse est non : même si une conscience méthodologique et théorique plus aiguë permet de réduire l'arbitraire, elle ne peut pas parvenir à la rigueur de la nécessité logique pure, du fait de la nature de son objet. Qu'ils soient bien portants ou malades, les êtres humains 'participent' à la collecte des données, - et le chercheur n'est pas un pur esprit totalement détaché de ses univers socio-culturels d'appartenance : matériaux et opérations comportent une certaine 'dose d'impureté' qu'aucun filtre épistémologique, théorique ou méthodologique de 'purification' ne parviendra totalement à capter.

L'inconfort d'une telle position épistémologique tient à ce que Labov[313] appelle "le paradoxe de l'observateur". Sociologue et linguiste, cet auteur le formule ainsi : "Comment observer la façon dont les gens parlent quand on ne les observe pas ?" Un tel problème n'est pas limité à l'observation directe : il se pose également pour toutes les formes d'entretien parce que le chercheur se place face à l'observé avec ses propres catégories, ses propres formulations, qui ne sont pas nécessairement celles de son interlocuteur. La présence de l'observateur suscite forcément chez ses enquêtés une série de réactions : refus, dérobades, inhibitions, autocensure, mise en scène de soi pour légitimer sa parole ou son activité, attribution d'un projet et d'une identité à l'enquêteur (ce qui fait dire à Hughes que l'observateur fait partie de son observation).

Ces divers éléments conduisent à traiter les matériaux collectés non pas directement comme des 'représentations' d'une réalité 'objectale', mais comme d'abord les effets de la situation d'enquête : il s'agit de s'interroger sur ce qui fait 'référence'. Mais ces difficultés ne constituent pas des obstacles à éliminer : elles constituent des atouts sur lesquels on peut s'appuyer, en ce que les effets de la situation d'enquête peuvent conduire indirectement vers des propriétés 'objectives' de la population étudiée. Ainsi, on a montré comment le dispositif des enquêtes *IDREM* était révélateur moins de la morbidité des populations sous étude que

---

[312] Si nous avons beaucoup insisté sur la construction des objets et sur les effets d'artifice que leur détermination pouvait induire tant sur le plan de la mesure que sur celui de la compréhension des différences attestées, nous n'ignorons pas qu'un autre aspect de l'artifice peut trouver sa source dans le manque de contrôle des variations concommittantes de deux variables : il peut exister une variable commune qui fait varier en même temps les deux autres qui en dépendent. Par exemple les variations de mortalité observées en fonction des groupes ethniques peuvent être dues à la composition sociale de ces groupes : des épidémiologistes britanniques ont montré que cette hypothèse est fausse puisque les variations ethniques de mortalité existent au sein de chaque classe sociale.

[313] William LABOV, *Le parler ordinaire,* Paris, Ed. de Minuit, 1978, Ch. 7, - cité par Olivier SCHWARTZ, L'empirisme irréductible. Postface à Nels ANDERSON (1993) op.cit., pp. 265-308.

des pratiques médicales de prescription, justifiées par une mise en cohérence des diagnostics. Dans ce cas, comme dans les autres, l'intrusion d'un dispositif d'observation provoque des 'perturbations' de la vie ordinaire qui expriment nécessairement quelque chose de l'ordre qu'il dérange.

Se saisissant de ces effets, le constructivisme radical adopte la position maximaliste d'une quête interprétative sans fin de cette contrainte, comme si tout le matériau d'une enquête n'était que le produit 'fabriqué' de son dispositif et n'avait rien à voir avec les situations habituelles au sein desquelles vivent les enquêtés. S'il est vrai que le chercheur et son mode d'observation perturbent les enquêtés, ceux-ci ne sont pas pour autant 'arrachés' aux conditions de leur cadre de vie : la perturbation de l'enquête ne peut jouer que dans certaines limites, parce que la plupart du temps les enquêtés n'ont aucune raison de ne pas maintenir la ou les rationalités qui président à leurs engagements, de se soustraire soudain aux exigences de leur quotidienneté, de ne pas accommoder et ajuster la contrainte supplémentaire de l'enquête aux contraintes habituelles auxquelles ils font face à leur manière.

En outre l'enquêteur dispose de différentes ressources techniques pour élargir son champ d'accès et pour réduire les effets d'intimidation et de censure[314] : s'il est bien accepté, il peut jouer le rôle de 'tiers', c'est-à-dire d'interlocuteur à la fois proche et hors-jeu à qui l'on peut dire ce qu'on ne dirait pas à d'autres. Que les données collectées doivent quelque chose à la situation d'enquête n'interdit pas d'y chercher les indices de réalités 'indépendantes' : l'enjeu de l'analyse est de discerner les 'effets endogènes' (ceux qui sont propres à la situation indépendamment de l'observation) et les 'effets induits'. Faire son deuil d'une illusoire adéquation à l'objet n'interdit pas de rechercher une connaissance approchée en jouant sur le paradoxe de l'observateur.

Au regard de cette posture épistémologique, le chemin parcouru n'est qu'un premier pas vers l'intelligibilité de l'inertie sociétale en matière de santé : si l'analyse d'un certain nombre de pièges liés à la collecte des données permet de comprendre divers artifices dans la détermination des objets et de leurs relations, ces effets ne rendent pas totalement compte de l'association entre les composantes de la structure sociale et les dimensions de la santé des populations. Sous-jacente aux effets de construction, la 'réalité' des conséquences de la vie sociale sur la santé appelle une explication d'une autre nature.

---

[314] Il n'est pas question de faire ici l'inventaire des ouvrages et articles qui explicitent les possibilités 'tactiques' d'observation les mieux adaptées. Pour une réflexion distante sur leur mode d'utilisation, nous renvoyons à Pierre BOURDIEU (sous la direction de), *La misère du monde,* Paris , Ed. du Seuil, 1993, en particulier pp. 903-939.

2. Interpréter l'emprise de l'inertie sociétale sur la santé : à la recherche d'une intelligibilité plurielle.

Que la santé soit inégalement répartie parmi les membres d'une société et que cette 'distribution', loin de relever du hasard, s'inscrive dans les discontinuités des sous-ensembles de l'espace social invite à prolonger la quête : quels éléments constitutifs de chaque 'zone' de l'espace social influencent la santé dans son développement, son maintien ou sa détérioration ? Prendre d'emblée cette direction fait l'économie d'une autre orientation : la perspective de la discrimination, 'forcément sociale', fait oublier l'hypothèse alternative d'une sélection par la santé. Autrement dit, du constat de l'association statistique entre indicateurs et indices de santé, - et indicateurs et indices de structure sociale, n'avons-nous pas brûlé les étapes en concluant trop vite à l'établissement d'une inertie sociétale qui déterminerait l'inégale distribution de la santé ?

Quand on considère la santé mentale ou les handicapés, force est de reconnaître que le type d'incapacité, de handicap et le mode de stigmatisation qui leur est associé ont des conséquences variables sur la nature et l'intensité de la discrimination : parce qu'ils possèdent des attributs jugés indésirables, des individus sont épinglés comme malades mentaux ou handicapés et, à ce titre, n'ont pas les mêmes possibilités d'insertion sur le marché de l'emploi, du logement, etc. (avec les bénéfices psychosociaux qui accompagnent cette forme d'intégration) que les gens considérés comme normaux. Évidemment le lien entre l'incapacité et la mise à l'écart de l'activité économique ou de l'accès à un logement personnel est un processus qui n'a rien de naturel et d'inévitable : l'exclusion et la marginalisation sont typiquement sociales, puisqu'on peut observer, dans certaines sociétés et pour au moins un certain nombre de cas, que ces processus sont contrecarrés par des mesures publiques qui visent à en interrompre leurs effets.

2.1. Renversement de perspective : la sélection sociale par la santé productrice de l'inertie sociétale ?

L'hypothèse alternative d'une sélection par la santé apparaît comme 'a-sociale', dans la mesure où elle semble présupposer l'absence de toute étiologie sociale (au sens large) et l'inscription des phénomènes de santé au seul royaume de la génétique : elle s'inscrirait dans la vieille opposition nature vs. culture. Pareille interprétation est vouée aux gémonies : les critiques de Durkheim à l'égard de la théorie de Spencer gardent toute leur pertinence. En effet, si le sens de cette hypothèse alternative se réduit à une sélection par la fatalité des caractères physiques hérités, elle fait basculer toute théorie de la société sous la coupe du darwinisme social ou de ses dérivés (la sociobiologie d'Edward Wilson, par exemple) : la

structure sociale résulte, dans cette perspective, de la répartition des individus selon leurs attributs innés, dont la santé, - et la sociologie n'est plus qu'une branche de la biologie[315].

Ce réductionnisme biologique est idéologique et non pas scientifique : se référer à la biologie pour justifier un mode d'organisation sociale et pour en disqualifier un autre est une imposture dogmatique. Qu'il y ait des limites et des contraintes biologiques à l'état présent et au devenir des hommes ne fait pas de doute pour les spécialistes : ce cadrage génétique et physiologique laisse ouvertes quantités de possibilités dont le choix dépend d'orientations culturelles indépendantes des lois de la biologie[316].

Il est remarquable que l'argumentation de la plupart des biologistes s'articule parfaitement avec les théories et les travaux empiriques des sciences sociales. Mais la cohérence n'est pas la seule garantie de la justesse d'un point de vue théorique. À ce titre, on comprend que les auteurs du 'Rapport Black', au Royaume-Uni, aient cherché à infirmer pareille interprétation de la sélection par la santé, selon laquelle la différenciation sociale observée sur la répartition de la santé aurait pour origine des processus naturels. Faute de disposer de données bien adaptées à leur démonstration, ils ont examiné les gradients par classes sociales pour les principales causes de mortalité à différentes étapes des trajectoires biographiques (précisément en découpant la variable de l'âge en groupes de dix ans). À l'exception des cancers, les gradients les plus accusés concernaient le début de la vie adulte, alors que ceux qui étaient les moins profonds se situaient dans la décennie suivant la retraite. Si la sélection par la santé avait une influence déterminante, elle devrait avoir un effet maximum à la fin de la vie de travail : des ennuis de santé de plus en plus importants devraient provoquer divers passages vers le bas de la pyramide sociale au point qu'on devrait observer après la retraite les taux de mortalité les plus forts dans les classes défavorisées et les taux les plus faibles dans

---

[315] Denny VÂGERÖ (1991), op.cit., pp. 370-371.

[316] Les débats publics sur l'évolutionnisme, le darwinisme social et la sociobiologie sont très importants aux Etats-Unis où s'affrontent régulièrement "créationnistes" et "évolutionnistes" pour les programmes scolaires, nouvelle droite et radicaux à propos de l'optimum politique tolérable au regard des contraintes biologiques. Voir Pierre THUILLIER, Bible et science : Darwin en procès, *La recherche,* Vol. 12, n° 123, 1981, - suivi d'un débat dans la même revue : n° 126, 1981; Claude FISCHLER, Le combat de Richard Lewontin contre la sociobiologie, *Le Monde,* 28 septembre 1980. Le Royaume-Uni n'échappe pas totalement à ce débat, comme en témoigne les polémiques suscitées par deux expositions du British Museum sur les dinosaures (1979) et les hommes fossiles (1980) : Pierre THUILLIER, Le «scandale» du British Museum, *La Recherche,* Vol. 12, n° 125, 1981. En France, les questions de bioéthique appellent à la discussion de ces problèmes fondamentaux : la parution de l'ouvrage dirigé par Jean-Pierre CHANGEUX, *Fondements naturels de l'éthique,* Paris, Ed. Odile Jacob, 1994, a commencé à susciter le débat. Ces textes cherchent-ils dans la biologie les bases d'une nouvelle éthique, à la manière de la sociobiologie, ou bien à desserrer l'étau des tentations absolutistes et intégristes en matière de morale ? Cf. Bernard EDELMAN, Les dangers de la nature, *Le Monde,* 21 janvier 1994, - et "Éthique et science. Correspondance", *Le Monde,* 18 février 1994.

les classes privilégiées. Puisque les résultats contredisent un tel raisonnement, l'hypothèse, déjà contestable théoriquement, est bien invalidée par les données empiriques.

L'interaction du biologique et du social : une interprétation socio-culturelle de l'hypothèse de la sélection sociale par la santé.

Faut-il pour autant ranger au musée des horreurs l'hypothèse de la sélection par la santé ? Son interprétation 'biologiste' est-elle exclusive ou bien peut-on en formuler une autre qui permettrait de réinsérer la sélection dans la culture ? C'est cette seconde solution qu'emprunte le sociologue britannique Stern, à partir de la théorie du 'capital humain'. Dans cette perspective, que l'équipement génétique joue un certain rôle (c'est l'idée de 'capital de santé' hérité) n'empêche pas sa canalisation et son façonnement par l'éducation, pas plus que l'aboutissement des processus éducatifs, c'est-à-dire la formation acquise. Le 'capital santé' hérité n'a plus l'effet direct supposé par l'interprétation 'biologiste' : son existence contribue seulement à fixer les limites de l'impact de la formation éducative qui, à son tour et plus tard, exerce son effet sur le positionnement social. Il s'agit bien d'une contribution parce que d'autre aspects, tels que les revenus de la famille, son logement, son projet éducatif (implicite ou explicite), etc. jouent aussi un rôle dans cet aboutissement. L'interprétation culturaliste de la sélection par la santé ouvre la voie à un réexamen des conclusions du 'Rapport Black'[317].

La démarche probatoire visant à rejeter l'hypothèse de la sélection par la santé suppose en arrière-plan une définition de la mobilité : le raisonnement sous-jacent, on l'a vu, repose sur l'idée que la détérioration de la santé a pour effet de faire descendre l'échelle sociale, alors que son entretien et son amélioration permet de la gravir. S'il n'est pas exclu que la simplicité de la proposition repose en partie sur la volonté de forcer le trait, sa limite essentielle tient à sa définition restrictive de la mobilité sociale. La définir, à la manière pionnière de Sorokim, comme les "mouvements individuels ou collectifs de passage d'une position sociale à une autre, horizontalement ou verticalement et, dans ce dernier cas, de façon ascendante ou descendante[318]", attire l'attention sur son double aspect intragénérationnel et intergénérationnel.

La démonstration du 'Rapport Black' repose sur la seule mobilité intragénérationnelle. À reconsidérer les données examinées du point de vue de la mobilité intergénérationnelle, on aboutit à d'autres conclusions : si l'influence majeure de la sélection par la santé s'opère dans

---

[317] Il n'y a pas d'équivalent en France aux débats contradictoires qu'a suscités une telle hypothèse parmi les spécialistes britanniques d'épidémiologie, de démographie et de sociologie. On trouvera un écho de ces discussions dans l'ouvrage de Pierre AÏACH (et alii) (1987), op.cit., pp. 43-63, 72-74 et 123-133. On en trouvera une approche plus historique dans : Patrick WEST, Rethinking the health selection explanation for health inequalities, *Social Science and Medicine,* Vol. 32, n° 4, 1991, pp. 374-378.

[318] Charles-Henri CUIN, *Les sociologues et la mobilité sociale,* Paris, PUF, Coll. Sociologies, 1993, pp. 69 et 114-115.

la période comprise entre l'entrée sur le marché du travail et la mise à la retraite, c'est précisément autour du début de la vie adulte qu'on doit observer les gradients entre les classes les plus prononcés. En effet c'est le moment où l'école et l'éducation auront à la fois tiré parti du capital de santé hérité et produit le plus d'effets dans la 'mise en forme sanitaire' des individus, de sorte que c'est la période où le creusement de l'écart entre la classe sociale de leurs parents et celle où ils prennent position devrait le plus nettement se manifester. N'est-ce pas justement au début de la vie adulte que les gradients de mortalité entre les catégories professionnelles sont les plus profonds ? Le constat a beau être troublant, il n'est pas possible de tenir pour acquise l'hypothèse tant que l'on ne dispose pas de données incluant des informations sur l'origine sociale et la classe d'aboutissement.

À la fin des années 50 et au début des années 60, des travaux pionniers, dont l'un concerne la maternité de femmes primipares et l'autre la santé mentale, montrent sur des échantillons 'locaux' cet effet de mobilité intergénérationnelle lié à la santé. Illsley fait la preuve d'une triple association : plus les femmes étaient grandes[319], plus elles avaient des chances d'avoir une mobilité sociale ascendante (hypergamie fondée sur la comparaison de la classe sociale du père et du mari) et plus ce qui advenait au moment de leur maternité était favorable (en termes de prématurité et de mortalité périnatale) ; inversement, plus les femmes étaient petites, plus la probabilité était forte qu'elles fassent un mariage en mobilité descendante (hypogamie) et que le déroulement de leur maternité soit défavorable ; Goldberg et Morrison établissent que, chez les schizophrènes, la classe sociale d'aboutissement est plus basse que leur classe d'origine[320]. Cela suggère pour le moins qu'il se produit quelque chose de non négligeable en matière de mobilité intergénérationnelle et de santé, dont le tournant se situe entre l'enfance et le début de la vie adulte.

Pour mieux évaluer encore l'hypothèse du lien entre la mobilité et la santé, il convient de distinguer différents aspects de ce qui paraît être le processus essentiel de la sélection par la santé, l'éducation : le mécanisme peut opérer de manière directe dans la mesure où un mauvais état de santé peut empêcher de mener à terme et à l'excellence un parcours de formation scolaire et/ou professionnelle, ce qui a forcément des conséquences sur la position sociale ultérieure ; le processus peut être plus insidieux et indirect en ce que des régimes alimentaires, des comportements à risques, etc. peuvent constituer des événements marquants de la période de formation (en général) et qu'ils ont des conséquences à long terme sur la santé (par exemple, la malnutrition au cours de la prime enfance). Au regard de cet éclairage,

---

[319] À la fin de l'analyse de la transition épidémiologique, nous avons montré que l'amélioration générale de la santé dans les pays industrialisés se traduisait par une augmentation de la taille des individus : selon une interprétation classique, la taille est un indicateur indirect de la qualité nutritionnelle de l'alimentation fournie à l'enfant au cours de son développement ; elle renvoie donc tout aussi indirectement aux conditions de vie de la famille d'origine.

[320] Ces travaux sont cités par Patrick WEST (1991), op.cit., p. 375.

tentons de cerner cet effet sélectif de la santé sur la mobilité en rapport avec les quatre principales positions possibles vis-à-vis du marché du travail : l'enfance et l'adolescence, l'entrée sur le marché du travail au début de la vie adulte, la période de maturité au cœur de la vie professionnelle et après la retraite[321].

Sélection sociale par la santé au cours de l'enfance et de la jeunesse, et mobilité intergénérationnelle.

L'expérience de mobilité sociale que peut connaître un enfant, repose sur le changement de classe sociale de son père puisqu'on le classe dans une catégorie sociale identique à celle de son père. Puisqu'il existe des écarts de mortalité infantile correspondant à la pyramide sociale, comment faire intervenir pour cette période la sélection par la santé ? Il existe plusieurs façons de relever le défi.

D'abord on peut supposer que la maladie de l'enfant constitue une entrave au bon déroulement de la carrière professionnelle du père et que cela peut même entraîner une mobilité descendante. Selon une enquête britannique de 1986, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les pères d'enfants qui ont eu une maladie grave et les autres, même si l'on peut noter une légère tendance pour les pères en ascension sociale à avoir plus de chances que leur enfant soit bien-portant. Cela paraît cohérent avec ce que l'on sait par ailleurs : dans la distribution sexuelle du travail domestique, ce sont les mères qui prennent principalement soin de leurs enfants. Pour tester valablement l'hypothèse, il serait nécessaire d'étudier des familles monoparentales, en étudiant comparativement les cas respectifs de chefs de famille masculins et féminins.

Tournons provisoirement la difficulté en considérant les mères. La corrélation entre le faible poids à la naissance d'un bébé et l'enfance 'difficile' de la mère est bien connue : est-ce dû à un effet à court terme qui tient aux conditions de vie offertes par la position sociale du mari ou bien à un effet sélectif à plus long terme que l'on peut apprécier en comparant la classe sociale du père de l'épouse avec celle de son mari ? En utilisant la sous-population et les indicateurs pertinents d'une étude longitudinale (incluant toutes les personnes nées en Grande-Bretagne dans la semaine du 3 au 9 mars 1958), Michael Joffe[322] établit que les femmes les plus grandes et les plus instruites ont tendance à épouser des hommes de condition sociale plus élevée que celle de leur père, et que le double attribut de la taille et de l'instruction élevées est négativement associé avec le risque de mettre au monde un bébé de faible poids. Toutefois l'auteur émet des réserves, d'une part, parce que les données

---

[321] Nous reprenons ici, sauf nouvelles précisions, les résultats essentiels de l'article de : David BLANE, George D. SMITH and Mel BARTLEY, Social selection : what does it contribute to social class differences in health ?, *Sociology of Health and Illness,* Vol. 15, n° 1, 1993, pp. 1-15.

[322] Michael JOFFE, Social inequalities in low birth weight : timing of effects and selective mobility, *Social Science and Medicine,* Vol. 28, n° 6, 1989, pp. 613-619.

disponibles s'arrêtaient à 23 ans (alors que l'âge pour fonder un foyer et une famille varie socialement) et, d'autre part, parce qu'il y avait une sur-représentation des classes moyennes parmi ces femmes ayant un mari ou un partenaire à 23 ans.

Enfin une dernière façon de soutenir l'hypothèse de sélection par la santé au cours de l'enfance et de la jeunesse consiste à montrer qu'elle n'a pas lieu d'exister puisque l'objet dont elle doit rendre compte a disparu. En effet, si on laisse de côté les écarts de santé présents au cours de la prime enfance, dont on a au moins esquissé les mécanismes explicatifs, la fin de l'enfance et l'adolescence ne présentent pas de variations sociales de santé. Pour en arriver à une telle conclusion, il est d'abord nécessaire de déconstruire la classe d'âge trop large de 1 à 14 ou 18 ans : Patrick West a montré pour le Royaume-Uni qu'à 10-14 ans les gradients de mortalité (toutes causes confondues) sont ténus et beaucoup plus faibles que dans n'importe quel autre point des trajectoires de vie ; peu de variation entre classes sociales entre 12 et 19 ans en matière de morbidité par maladies chroniques et absence de différenciation sociale chez les 16-19 ans quant au status de santé (se sentir en bonne santé ou pas). En second lieu, il n'est pas nécessaire de garder la mortalité par accidents puisque de tels décès n'ont pas de rapport (sauf cas particuliers) avec l'histoire de santé qui précède leur survenue : une telle exclusion fait disparaître la différenciation sociale du fait du petit nombre de décès dus à des causes biologiques, pour la période comprise entre 10 ans et la fin de la scolarité obligatoire.

Cette analyse, conduite sur des données d'enquêtes générales britanniques, se trouve confirmée par une étude écossaise effectuée dans l'agglomération urbaine de Glasgow[323] : sur un ensemble d'indicateurs de santé, il n'apparaît aucune différence selon les classes sociales dans la cohorte des jeunes de 15 ans, à l'exception de la taille, contrairement à la cohorte des 35 ans. Les auteurs interprètent cette différence entre les deux cohortes comme un effet de la sélection sociale par la santé : entre la fin de la formation et l'entrée sur le marché du travail s'opère un tri[324] qui oriente sur des positions professionnelles déterminées et ce processus est à la base des gradients de mortalité et de morbidité qui réapparaissent au cours de la vie adulte.

---

[323] Patrick WEST, Sally MACINTYRE, Ellen ANNANDALE and Kate HUNT, Social class and health in youth : findings from the West of Scotland Twenty -07 study, *Social Science and Medicine,* vol. 30, n° 6, 1990, pp. 665-673.

[324] Pour comprendre le mécanisme en cause, il ne faut pas perdre de vue que l'absence de différencation sociale de la santé ne signifie pas que la santé n'est pas différenciée et que tous les jeunes sont en bonne santé : à cet âge, la répartition de la 'bonne' et de la 'mauvaise' santé n'a aucun lien avec la distribution des jeunes au sein de la structure sociale (distribution obtenue en fonction de la catégorie sociale du père). L'enjeu est donc : comment s'opère le passage de cette 'indifférenciation sociale' de la distribution de la santé à sa 'différenciation sociale' quelques années après ?

Pour le moment, cette interprétation n'est pas vérifiée, mais la recherche, entreprise en 1986 et qui va durer jusqu'en 2007, permettra de la tester[325]. Les auteurs n'excluent pas d'ailleurs d'autres hypothèses : supposer que les disparités sociales de santé à la naissance disparaissent au cours de l'enfance pour être 'recréées' au moment de l'entrée dans la vie professionnelle fait l'économie de faits importants : bronchites, infections de l'oreille moyenne, troubles oculaires et dentaires, empoisonnements, etc., autant de pathologies qui affectent les enfants et peuvent laisser traces et prédispositions pour des détériorations plus tardives dans la vie adulte ; or leurs conditions d'apparition sont fortement liées aux effets de l'environnement socio-économique.

Mais une recherche de Georges Menahem[326], à partir de l'enquête INSEE 'Conditions de vie' (1978-1979), montre que les conditions familiales de l'enfance influencent davantage le nombre de symptômes déclarés que le milieu social actuel du déclarant : plus que la maladie, le handicap ou l'accident graves de l'un des parents, ce sont les déclarations de mésentente grave ou de dispute entre les parents qui sont liées à un nombre moyen de maladies déclarées plus élevé, quel que soit le niveau de la catégorie sociale d'origine. En outre une enquête longitudinale suédoise auprès de jeunes en quête de leur premier emploi se conclut ainsi :

> "Pour beaucoup d'entre eux, on observait déjà à l'école une plus mauvaise santé et des comportements plus risqués *(dont l'abus de tabac et d'alcool)* parmi ceux qui sont devenus plus tard chômeurs. Cependant les associations statistiques montrent une détérioration des indicateurs de santé plus prononcée dans le groupe des jeunes chômeurs comparée à tous les autres jeunes[327]."

Il est par ailleurs remarquable qu'une telle perspective soit tout à fait compatible avec les résultats des travaux sur la mobilité sociale : celle-ci, on le sait, est fortement déterminée par le type de scolarité, les diplômes et la qualification obtenue, avec les ressources matérielles et culturelles de la famille d'origine en arrière-plan. Par conséquent, même s'il est peu probable que la santé ait une influence directe sur la mobilité sociale et la répartition des individus au sein de la structure sociale, on peut reconnaître qu'il existe une sélection sociale indirecte de son fait. Peut-on préciser les aspects qui affectent ce qui détermine la mobilité et le devenir de la santé au cours de la vie ?

---

[325] Les résultats de la dernière enquête de l'INSERM auprès de 12 391 jeunes de 11 à 19 ans, en France, tendent à aller dans le sens de l'hypothèse de Patrick West : niveau scolaire et situation familiale a peu ou pas d'influence, indiquent Marie Choquet et Sylvie Ledoux, sur l'état de santé déclaré. Cf. *Le Monde,* jeudi 26 mai 1994 (article compte-rendu de Laurence Folléa).

[326] Georges MENAHEM, Troubles de santé à l'âge adulte et difficultés familiales durant l'enfance, *Population,* 47ème année, n° 4, 1992, pp. 893-932.

[327] Anne HAMMARSTRÖM, Urban JANLERT, and Töres THEORELL, Youth unemployment and ill health : results from a 2-year follow-up study, *Social Science and Medicine,* Vol. 26, n° 10, 1988, p. 1032 (notre traduction ; la parenthèse en italique est une explicitation de notre fait).

Plusieurs mécanismes, dont la genèse s'effectue au cours des premières périodes de la vie, peuvent concourir à modifier la santé dans un sens ou dans l'autre, au cours de la vie adulte et jusqu'à la fin. Si l'on sait que les ressources de la famille d'origine sont déterminantes pour la stabilité ou la mobilité sociales, on n'en tire pas toujours les conséquences : cela veut dire qu'elles président à la position sociale que l'individu va pouvoir atteindre, donc à l'exposition (ou pas) à un ensemble de risques déterminés qui vont affecter sa santé.

Plus généralement un ensemble de processus peuvent être subsumés en termes de sous-cultures générationnelles, elles-mêmes différenciées selon les phases de la vie : la sous-culture de la jeunesse, en France, au cours des Trente Glorieuses n'est pas la même que la sous-culture des vieilles gens pendant la même période (à supposer que chacune des deux sous-cultures soit homogène). Il importe de rappeler que l'échelle des âges de la vie (le cycle de vie et ses phases) fait l'objet de normalisations socio-culturelles variables selon les périodes historiques : avec l'abaissement de l'âge de la retraite à 60 ans, en France, dans les années 80, et les préretraites à 55 ans, luttes et conflits latents sont engagés entre ceux qui considèrent qu'on est vieux à 55 ou 60 ans, quel que soit l'état des capacités physiques et intellectuelles, - et ceux qui, concernés au premier chef, refusent d'adhérer à cet âge-là au club du troisième âge.

Les changements de délimitation d'une phase de vie affectent l'ensemble du cycle. Xavier Gaullier et Anne-Marie Guillemard[328] ont montré que le modèle de 'contrat social' déterminant l'échelle des âges dans la plupart des pays européens après la seconde guerre mondiale a pris fin progressivement après le premier choc pétrolier de 1973. En France, trois éléments essentiels structuraient ce modèle : la carrière professionnelle commence à la fin des études ou de l'apprentissage, considérés comme une formation de base définitive, ouvre sur un emploi à plein temps, souvent vécu comme un emploi à vie, et s'achève sur une retraite obligatoire à un âge déterminé ; cette carrière est gérée principalement en fonction de l'ancienneté et de la fidélité : l'avancement dans les responsabilités, les changements d'échelon dans les grilles de salaires... se font au bénéfice de l'âge et non pas de la productivité ou de tout autre critère ; prise à 65 ans (aux modulations près pour certains métiers), la retraite survient au moment où l'usure physique fait déjà fortement sentir ses effets : elle est rapidement liée aux dégradations de la vieillesse. C'est un modèle de stabilité et d'engagement à long terme : *un* emploi, *un* employeur, *une* carrière, *un* mariage, *un* logement...

À la fin des années 70 et au début des années 80, ce modèle est bouleversé : alors que depuis la grande crise de 29, il était admis que dans les situations économiques difficiles les

[328] Xavier GAULLIER, La mutation des âges, *Le débat,* n° 61, 1990 ; Anne-Marie GUILLEMARD, Une rénovation culturelle : la mutation et la réorganisation des temps sociaux, in Actes du colloque, *L'économie du vieillissement. Mythes et réalités,* Limoges, Publication de l'Institut de l'Age et du Conseil Général de la Haute-Vienne, 1992.

derniers entrés étaient licenciés, voilà que désormais ce sont les premiers, les plus âgés, qui doivent laisser leur place. Précarisation des emplois, mobilité professionnelle, échelonnement des départs à la retraite... tout concourt à rendre plus 'flexibles' divers points de repères, dont l'échelle des âges : l'incertitude d'événements fondateurs, repérables et systématiques, fait de l'entrée et de la sortie du marché du travail un processus indéterminé, de sorte que la fin de la jeunesse et le début de la vieillesse ressortissent d'une transition plus ou moins longue.

Pour la jeunesse, l'enjeu de ce passage de l'enfance à l'âge adulte est la rupture avec la dépendance à l'égard de la famille et de diverses institutions d'encadrement socialisateur pour accéder à une relative autonomie dans la manière de conduire sa vie[329]. Si l'emploi stable, le mariage et le logement indépendant marquaient l'accès définitif à l'âge adulte dans l'ancien modèle, il n'en est plus de même aujourd'hui : passage de l'argent de poche à la gestion d'un petit budget, consommations vestimentaires et de loisirs non contrôlées par les parents, plus grande liberté d'organisation des temps libres au sein de l'établissement scolaire, déplacements géographiques sans les parents, location d'un logement indépendant à plus ou moins court terme selon les disponibilités financières, passage des premières expériences sexuelles à la 'cohabitation', petits boulots de plus en plus importants puis stages rémunérés... constituent autant de micro-événements qui surviennent à des âges différents (variables selon le sexe et l'appartenance sociale) et qui indiquent l'orientation vers une autonomisation en cours. Ces événements peuvent s'ordonner selon deux axes principaux : l'axe 'scolaire-professionnel' et l'axe 'familial-matrimonial'.

On peut transférer ces deux vecteurs de tension à la phase de transition vers la vieillesse, à condition de les inverser[330] : périodes de chômage en fin de vie active et préretraite marquent le passage progressif à une nouvelle phase d'indépendance (les personnes concernées sont libérées de la nécessité d'un travail rémunéré : c'est "l'inactivité pensionnée" qu'a permise la mise en place des systèmes de protection sociale[331]) ; le départ progressif des enfants du domicile parental libère aussi, d'une certaine manière, d'un ensemble de contraintes familiales : jeunes et vieilles générations s'autonomisent ; une rupture s'opère sur les deux axes de l'activité productrice et reproductrice.

Laissons à la mythologie l'idée que le cycle de vie est un éternel recommencement à l'identique de la vie des cohortes successives. La détermination des phases de la vie suppose

---

[329] Olivier GALLAND, *Sociologie de la jeunesse. L'entrée dans la vie active,* Paris, Ed. Armand Colin, 1991. Voir aussi Gérard MAUGER, René BENDIT et Christian VON VOLFERSDORFF, *Jeunesses et sociétés. Perspectives de la recherche en France et en Allemagne,* Paris, Ed. Armand Colin, 1994, - ainsi que Dennis P. HOGAN and Nan Marie ASTONE, The transition to Adulthood, *Annual Review of Sociology,* 12, 1986, pp. 109-130.

[330] Marcel DRULHE, Vieillesse-déficit ou vieillesse négociée : les conséquences méthodologiques d'un choix d'objet, in Suzie GUTH, *L'insertion sociale,* Paris, Ed. l'Harmattan, 1994, pp. 163-173; Agnès PITROU, Quand devient-on vieux ? L'âge, un repère insuffisant, *Prévenir,* n° 15, 1987.

[331] Anne-Marie GUILLEMARD, *Le déclin du social,* Paris, PUF, Coll. Sociologies, 1986.

l'analyse de leur mode de construction en fonction de l'inscription historique des générations en présence. Mais la définition sociologique de la génération est elle-même problématique :

> "(...) l'association entre un événement historique et une génération qui en tirerait son image sociale ne peut guère tenir lieu de définition d'une génération entière. Une telle association relève de pratiques sociales qu'il convient d'étudier en tant que telles. En voyant se faire et se défaire sous nos yeux les traits qui définissent telle ou telle génération, leurs images contradictoires ou conflictuelles, éphémères ou persistantes, on ne peut manquer d'observer "l'effervescence sociale" (...) d'un temps en train de se faire où se mêlent la saisie de l'histoire contemporaine et la construction de la mémoire collective. Dès lors il est légitime de se demander quelle est la réalité sociale de la génération au-delà (ou dans le cadre) de ces pratiques qui ressortissent à la construction symbolique du temps social[332]."

Au sein de ce qui peut apparaître comme un fil continu d'écoulement du passé vers le futur, il est possible d'isoler une période historique qui se caractérise par une relative stabilité des conditions d'existence, tant matérielles qu'institutionnelles et symboliques : ainsi peut se déterminer une situation socio-historique particulière, dont la durée peut être plus ou moins longue en fonction du nombre et de la nature des indicateurs retenus (parler des 'Trente glorieuses' revient à définir une situation socio-historique spécifique). En déplaçant le regard des institutions vers les hommes, on peut définir une situation de génération : elle correspond à ce fait objectif selon lequel la naissance place les êtres humains au sein d'une situation socio-historique déterminée.

Cette détermination toute 'extérieure', comme dirait Durkheim, ne suffit pas à définir une génération : elle fixe seulement les cadres au sein desquels peut apparaître un style de génération ou une culture générationnelle, c'est-à-dire une communauté de sensibilités, de manières d'être, de façons de parler, de penser et d'agir. Pour que ce style apparaisse, encore convient-il que soient 'travaillées' les conditions de sa situation de sorte que le façonnage qu'elles opèrent fasse l'objet d'une réappropriation qui en infléchisse l'orientation[333].

Ce long détour a été nécessaire pour situer l'enjeu d'intelligibilité qui se joue sur ce point. Dans le cadre de l'hypothèse d'une sélection sociale indirecte par la santé, nous recherchions les éléments qui peuvent affecter ce qui préside à la mobilité sociale et au devenir de la santé au cours de la vie : nous supposions qu'une sous-culture générationnelle, c'est-à-dire la sous-culture correspondant à la phase de vie adolescente d'une génération déterminée, pouvait être l'un de ces éléments. La clarification théorique qui vient d'être accomplie, si elle n'exclut pas

---

[332] Claudine ATTIAS-DONFUT, *Sociologie des générations. L'empreinte du temps,* Paris, PUF, 1988, pp. 10-11. Cf. également : Troisième partie, Temps et générations.

[333] Compte tenu de l'objectif de notre propos, il n'est pas possible de développer davantage les aspects théoriques des rapports sociaux de générations. Nous renvoyons à : Karl MANNHEIM, *Le problème des générations,* Postface de Gérard Mauger, Paris, Ed. Nathan, Coll. Essais et recherches, 1990.

une telle possibilité, ouvre une autre direction : l'effet générationnel direct. En effet, si la situation de génération comporte des catastrophes ou des améliorations dans les conditions d'existence, la santé des êtres humains qui appartiennent à ce style de génération en sera directement affectée.

Dans le compte-rendu de la recherche sur Glasgow, Patrick West et ses collaborateurs font remarquer que la cohorte des 15 ans (nés au début des années 70) a fait une expérience de conditions de vie particulièrement favorables sur le plan de l'alimentation, du logement et de la protection sociale : cela peut expliquer la non-différenciation sociale de la distribution de la santé dans cette génération. Inversement, la prime enfance de la cohorte des 35 ans (nés au début des années 50) s'est déroulée au moment de la reconstruction qui suit la seconde guerre mondiale : il est possible qu'on ait déjà pu observer au moment de leur quinzième année une distribution des indicateurs de santé parfaitement liée à la stratification sociale.

Au terme de son étude sur la mortalité par génération en France, Jacques Vallin aboutit à des conclusions qui vont dans ce sens. L'espérance de vie a peu de choses à voir avec la vie moyenne qu'un individu peut attendre à la naissance parce que la mortalité d'une génération évolue en fonction à la fois d'accidents conjoncturels (par exemple la forte surmortalité infantile de l'été 1911 qui fut un des plus chauds du siècle, ce qui entraîna une recrudescence des maladies de la nutrition et de la digestion, - ou bien la cohorte de 1940 malmenée par l'exode), et de l'amélioration de l'état sanitaire des populations (la meilleure répartition des fruits de la croissance après la guerre d'Algérie a amélioré les conditions de vie et les années 70 voient poindre les préoccupations de qualité de vie, dont la qualité des conditions de travail).

> "L'étude de la mortalité par génération nous a également permis de mesurer l'effet réel d'une guerre sur sa survie. Il est sans doute intéressant de savoir qu'à 34 ans, l'espérance de vie de la génération masculine 1894 était la même que celle dont elle disposait à la naissance, celle-ci ayant été largement amputée par la guerre 1914-1918. Mais il l'est probablement encore plus de constater que pour l'ensemble des générations ayant fait cette guerre, la terrible saignée qu'elle représente (1 500 000 morts) équivaut tout juste à la mortalité infantile (le prélèvement de la guerre correspond en moyenne à 15 % de l'effectif des générations concernées, alors que le quotient de mortalité infantile de ces générations était de l'ordre de 16 %). Autrement dit, en abaissant la mortalité infantile à son niveau actuel, on a sauvé au moins autant de vies que la guerre de 1914-1918 n'en a supprimées (...)[334]."

L'auteur constate également qu'on peut repérer un 'effet génération' pour les cohortes d'hommes qui ont fait la guerre de 1914-1918, en ce qu'elles sont arrivées à l'âge de 50 ans

[334] Jacques VALLIN, *La mortalité par génération en France depuis 1899,* Paris, PUF, Cahier de l'INED n° 63, 1973, pp. 145-146 et 240. Précisons que la génération dont parle l'auteur est définie au sens démographique, c'est-à-dire la cohorte d'individus qui a vécu la même année l'événement-origine : la naissance.

avec une moindre résistance à la mortalité que les autres générations, antérieures et postérieures. Mais il n'exclut pas un 'effet de sélection' qui reste à démontrer.

Comment un style de génération (au sens sociologique défini ci-dessus) peut-il participer des mécanismes indirects de sélection sociale par la santé ? Les attitudes et comportements qui sont appris au foyer parental aussi bien qu'au cours d'interactions entre pairs constituent un ensemble d'attributs qui distinguent leurs 'colporteurs' selon une plus ou moins grande conformité ou déviance au regard des normes conventionnelles admises. Ainsi le style générationnel des adolescents de l'après-guerre se structure en une 'culture de séparation' spécifique. L'un de ses traits majeurs est la musique rock au sens large (du rockabilly au punk et au-delà). Cet univers musical se caractérise par "un système de communication très particulier, très autonome et largement souterrain [au sein duquel] le feeling l'emporte sur les mots, la sensation sur les abstractions du langage, le climat ou l'ambiance sur les significations brutes ou d'un abord rationnel[335]." Quelles que soient les variations, du yé-yé au punk, c'est non seulement une rupture avec l'enfance qui est revendiquée, mais surtout c'est la mise en forme de nouvelles cultures générationnelles :

> "(...) le choix des babas-cool était, en réaction contre la décadence de notre société, de retrouver des valeurs «naturelles». Partageant l'idéologie rousseauiste, ils refusaient la société dans laquelle ils vivaient et croyaient à une société meilleure qu'ils se proposaient d'ériger. Les punks, eux, se produisent dans le rôle du *mauvais sauvage.* Leur coiffure, l'aspect «primitif» de leurs danses sautillantes, leur musique bruyante et chaotique, leurs peintures faciales, le désordre savamment agencé de leur mise, la bimbeloterie dont ils se décorent, leurs bacchanales et violences en tous genres, tout concourt à créer cette image. Réfutant l'idée d'un retour vers la nature originelle et bonne, ils jouent aussi la carte de l'*a-normalité* [336]."

Cet univers culturel de la jeunesse des 'Trente Glorieuses' est sujet à de multiples modulations, du durcissement à une certaine mollesse : le culte partagé de l'expérience et de la sensation (dont on peut supposer que les courants existentialistes sont l'équivalent intellectuel) peut dériver vers la quête du vertige procuré par la drogue, l'alcool et toutes sortes de mélanges de produits toxiques[337] ; cette quête peut également s'accompagner d'un rejet de l'école et de toute forme d'apprentissage de la rigueur intellectuelle, bien que de telles attitudes anti-scolaires ne soient pas nécessairement liées à la toxicomanie. Étudiant la

---

[335] Paul YONNET, Rock, pop, punck ? Masques et vertiges du peuple adolescent, *Le débat,* n° 25, 1983, p. 154 ; Yves DELAPORTE, Teddies, rockers, puncks et Cie : quelques codes vestimentaires urbains, *L'homme,* Vol. XXII, n° 4, 1982.

[336] Marie ROUÉ, La Punkitude, ou un certain dandysme, *Anthropologie et Sociétés,* Vol. 10, n° 2, 1986, p. 54.

[337] Marie CHOQUET, Sylvie LEDOUX, Hede MENKE, Santé et comportements à risques, *Revue française des affaires sociales,* 41ème année, n° hors série : *Les 15-25 ans,* décembre 1987,

violence et l'indiscipline dans certaines salles de classe, Paul Willis montre les affinités entre la culture 'anti-école' de certains élèves d'origine ouvrière et la 'culture d'atelier' de leurs parents :

> "alors que l'organisation «informelle» à l'école a pour but de ne rien faire, à l'usine au contraire «le boulot se fait». Mais dans l'un et l'autre cas, il ne faudrait pas minimiser le degré d'opposition à l'autorité officielle : tant les contremaîtres dans l'atelier, que les proviseurs adjoints à l'école se demandent avec inquiétude où tout cela va finir. De plus, dans les deux cas, ces tentatives de prise de contrôle d'une situation reposent sur l'élément premier et caractéristique qu'est le groupe «informel». (...) C'est la présence massive de cette organisation informelle qui fournit le critère le plus décisif de démarcation entre la culture d'atelier et les cultures petites bourgeoises du travail, et entre la culture des «gars» et celle des «fayots» (nom employé par les «gars» du groupe que j'ai étudié pour désigner ceux qui se conforment à la culture officielle de l'école)[338]."

Ce style générationnel, on le voit, comporte divers éléments exprimant une posture générale face à l'existence qui a forcément des conséquences à la fois sur la santé à venir et sur la mobilité intergénérationnelle. Cela s'inscrit tout à fait dans la perspective possible d'une sélection sociale indirecte par la santé, dans la mesure où les sous-cultures générationnelles préparent à la fois à un type de mobilité ou stabilité sociales et à un avenir sanitaire : il ne sera pas étonnant de retrouver dans la vie active et après la retraite des écarts de mortalité et morbidité entre classes sociales.

Un autre mécanisme de sélection sociale indirecte par la santé est référable à l'attirance physique qui joue dans les rapports amoureux et dans la formation des couples : la configuration corporelle et la taille sont des éléments qui font l'objet de jugements sociaux sur ce qui est attirant et ce qui ne l'est pas, mais aussi de diverses stratégies de 'masques' pour offrir la meilleure présentation de soi possible et attirer l'attention des autres (éventuellement en tenant cachés les stigmates)[339], tout en manifestant un certain détachement, garantie d'un amour désintéressé et non vénal (des masques trop chargés et des attitudes trop accrocheuses sont aussitôt interprétés comme signe de prostitution).

Les petites annonces matrimoniales 'grossissent' cette mise en scène de soi et du partenaire attendu, du fait que l'exclusion du marché matrimonial ordinaire contraint ces 'prétendants résiduels' à expliciter et à exposer le mieux possible ce qui reste habituellement dans l'implicite ou les propos discrets tenus à voix basse. Pour une part la ritualisation de la séduction s'opère par la description de l'apparence physique : couleur des yeux et des cheveux (mais aussi, respectivement, leur forme et leur longueur), taille et poids sont les

---

[338] Paul WILLIS, L'école des ouvriers, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 24, 1978, p. 53 ; Paul WILLIS, *Learning to Labour,* Farnborough, Saxon House, 1977.
[339] Erving GOFFMANN, *Les rites d'interaction,* Paris, Ed. de Minuit, 1974 ; Erving GOFFMANN, *Stigmate,* Paris, Ed. de Minuit, 1975.

éléments 'objectifs', immédiatement repris par des qualifications plus générales, variables selon les sexes (bien physiquement, mince, viril, sportif... vs. mignonne, jolie, séduisante, sensuelle...), avant de donner 'en miroir' des qualités 'morales'[340].

On a indiqué que certains travaux avaient établi une corrélation entre la taille et la mobilité sociale des femmes par le mariage : on est bien en présence d'un processus de sélection par l'attirance. En outre, la taille humaine acquise paraît être liée à des potentiels de santé inhibés ou développés, en particulier par le mode d'alimentation au cours de l'enfance et de la prime adolescence : la sélection par la santé est non seulement indirecte mais bien sous l'emprise de codes culturels au travers desquels s'interprètent les qualités physiques.

La mortalité selon l'état matrimonial fournit sur ce point l'occasion d'une évaluation de cette hypothèse[341]. Le fait est connu : les personnes mariées ont un taux de mortalité bien inférieur à celui des individus célibataires, divorcés ou veufs. N'est-ce pas une confirmation de l'hypothèse dans la mesure où on peut supposer que les personnes affectivement instables ou physiquement handicapées ont moins de chances de se marier que les bien-portantes ? Peut-on aller jusqu'à dire que, dans nos sociétés où le courtisement revient d'abord aux hommes, il leur est plus difficile de se marier, s'ils ont des troubles incapacitants, que les femmes dans le même cas ? Le processus est d'autant plus plausible que, selon les taux de mortalité par état matrimonial, les femmes mariées sont moins 'protégées' par le mariage que les hommes. Il reste à faire la preuve que les hommes sont plus 'tolérants' vis-à-vis d'éventuelles partenaires 'stigmatisées'.

Supposons le fait acquis. Il en découle que plus de femmes que d'hommes ayant des incapacités physiques ou des désordres mentaux se marient. Dans cette sous-population de personnes mariées, une partie divorce ou devient veuve. Logiquement, si divorce et veuvage arrivent au hasard de ce point de vue, on devrait avoir dans les sous-populations de divorcés ou de veufs (veuves) une proportion plus élevée de femmes atteintes de troubles physiques ou mentaux, par rapport aux hommes. Les statistiques de mortalité par état matrimonial vont-elles dans ce sens ? Quand une femme passe de l'état de mariée à celui de non-mariée, son espérance de vie revient au niveau de celle des célibataires, du moins à partir de 45 ans, et le processus est équivalent chez les hommes[342]. L'interprétation par la sélection paraît être prise

---

[340] François de SINGLY, Les manœuvres de séduction : une analyse des annonces matrimoniales, *Revue française de sociologie,* Vol. XXV, n° 4, 1984 ; Michèle PAGÈS-DELON, Les apparences corporelles et la ritualisation de la séduction dans les petites annonces, *Cahiers du Centre de Recherches Sociologiques* (Toulouse), n° 4, 1985.

[341] Walter R. GOVE, Sex, marital status and mortality, *American Journal of Sociology,* Vol. 79, n° 1, 1973. Nous suivons une partie de l'argumentation de l'auteur dans sa 'discussion' : pp. 61-63.

[342] Nous nous référons ici à la situation française décrite par Jacques VALLIN et Alfred NIZARD (1977), op.cit. La situation américaine est un peu différente, du moins au début des années 60 : les hommes qui ont été mariés et ne le sont plus ont des taux de mortalité plus élevés que ceux qui n'ont jamais été mariés. Voir Walter GOVE (1973), op.cit., p. 60.

ici en défaut, du moins si l'on suppose que les atteintes à la santé auxquelles sont soumises ces femmes sont équivalentes à celles dont souffrent les hommes et sont donc susceptibles de produire les mêmes effets sur le plan de la mortalité.

L'aboutissement de ce raisonnement théorique est d'ailleurs soutenu par le fait qu'au moment où les gens se marient, il est relativement rare qu'ils aient des maladies sévères. Comment, dans ces conditions, attribuer à la santé un rôle sélectif pour le mariage, via la mobilité sociale ? En outre des recherches menées auprès d'épileptiques font état du fait qu'une bonne partie de ceux qui sont atteints par cette maladie attendent d'être mariés avant d'en informer leur partenaire. Autant de 'preuves', sans doute limitées, qui suggèrent pour le moins que l'impact d'une mauvaise santé sur le mariage et ses effets sur la différenciation sociale est limité.

À propos des taux de suicide, Durkheim est plus radical : il rejette totalement une telle hypothèse. Son raisonnement peut être résumé ainsi : les célibataires se suicident plus que les mariés ; si l'on suppose que cet écart vient de ce que les personnes équilibrées se marient alors que celles qui ont des troubles ne le peuvent pas, on devrait observer les plus grandes différences de suicidés entre les deux états matrimoniaux assez tard dans la vie, c'est-à-dire après que tous les 'mariables virtuels' soient passés à l'acte, - et les plus petites différences à la fin de la jeunesse, au moment où la catégorie des célibataires contient encore un grand nombre de personnes qui vont se marier. Or les statistiques montrent le contraire : Durkheim développe l'interprétation de l'effet intégrateur des rôles d'époux et de parent ; c'est l'intégration familiale qui immunise les époux[343].

Sélection sociale par la santé et mobilité intragénérationnelle.

Jusqu'à présent nous avons tenté d'évaluer la pertinence de la sélection sociale de la santé plutôt sous l'angle de la mobilité sociale intergénérationnelle : les recherches précédentes nous invitent à nous tourner vers ses effets possibles sur la mobilité intragénérationnelle. Quelle est la part de la santé dans la production des différences de classes au cours de la vie adulte ? Pendant la période d'activité professionnelle, si l'on prend la mortalité causée par les cancers du poumon et par les bronchites chroniques, on observe que les gradients par classes sociales sont similaires. Pourtant, le délai entre le diagnostic de cancer du poumon et le décès est habituellement affaire de mois, ce qui écarte toute possiblité de mobilité descendante à titre d'effet de la maladie ; au contraire des dizaines d'années peuvent s'intercaler entre le diagnostic de bronchite chronique et la survenue de la mort : cela représente un laps de temps suffisamment important pour qu'adviennent des conséquences sur la mobilité. On devrait obtenir un gradient par classe plus accentué pour cette maladie que pour la première : ce n'est pas le cas.

---

[343] Émile DURKHEIM, *Le suicide. Étude de sociologie,* Paris, PUF, Coll. Quadrige, 1986. Cf. Chapitre III, Le suicide égoïste (suite), pp. 174-214.

Reprenons le phénomène de la mobilité sociale des femmes pour le prolonger au-delà du moment du mariage. Si l'on assigne une PCS à une femme en fonction de celle de son mari, comme c'est encore largement la tendance pour les grandes enquêtes et pour les statistiques générales, toute la mobilité postérieure à son mariage dépend de celle de son mari. Il est donc impossible d'attribuer la mobilité féminine à la qualité de la santé des femmes. Reste que les écarts de mortalité parmi les femmes mariées en fonction de la classe sociale sont similaires à ceux des hommes mariés : pour accepter la sélection sociale par la santé, il faut supposer que tout se joue au moment du mariage. Encore faut-il préciser, pour tenir compte des observations faites autour du rapport des maladies incapacitantes et du mariage, que c'est la santé positive qui est en jeu, et non l'absence de maladie. On a dit combien il était difficile de la décrire...

Après la retraite, a-t-on quelques chances de repérer un effet de sélection sociale par la santé ? On se heurte d'abord au fait qu'aucun modèle de mobilité sociale ne peut s'appliquer à cette période de vie : rassemblés dans la catégorie des inactifs, les retraités ne sont assignables à une catégorie socio-professionnelle qu'en fonction de la dernière profession occcupée, - et leur PCS d'aboutissement en fin de vie active sert dès lors à leur identification permanente quelle que soit leur durée de vie. S'il existe des différences de santé entre classes sociales après la retraite, elles ne peuvent pas s'expliquer par une sélection sociale par la santé.

Les travaux de Françoise Cribier sur un échantillon de parisiens salariés devenus retraités en 1972 et suivis jusqu'à leur décès permettent de tester la validité de l'association entre mortalité et catégorie sociale[344]. La CSP n'est pas déterminée par le dernier métier effectué : l'auteur la code en fonction de la profession qui a été exercée le plus longtemps entre 40 et 60 ans ; en outre, les sujets encore mariés dix ans avant la liquidation de leur pension sont classés dans une catégorie sociale de ménage en quatre postes qui tient compte de la CSP du conjoint : si la catégorie sociale du ménage est équivalente à la CSP individuelle pour les hommes, près de la moitié des femmes mariées ont une CSP moins qualifiée que celle de leur mari. Quels sont les résultats pour la période 1972-1982 ?

> "Chez les hommes, il existe trois taux de décès bien différents : pour l'ensemble des ouvriers, qu'ils soient qualifiés ou non (305 sujets), il est supérieur à 40 % , alors que l'âge en début de période est inférieur d'un an de celui des autres retraités. Pour les employés, qualifiés ou non, et les commerçants (192 sujets) il s'établit à 31 %. Le taux de décès des techniciens et cadres (165 sujets) est de 18 %. Chez les femmes, on observe également trois groupes : les ouvrières dont la plupart sont, en région parisienne, des OS et des OP1, se distinguent par un taux de décès élevé : 18 % . Les femmes dont le «métier principal de la maturité» est celui d'ouvrière, restées en usine au-delà de la quarantaine, sont celles qui ont la plus forte mortalité. Les taux de décès

[344] Françoise CRIBIER, La mortalité différentielle des travailleurs après la retraite, *Gérontologie et Société,* n°45, 1988, pp. 92-99.

des employées peu qualifiées et des personnels de service est de 13 % : une sur trois de ces femmes a été ouvrière pendant plusieurs années. Enfin le groupe des employées qualifiées et des cadres moyens a une mortalité inférieure à 10 %."

Cette surmortalité des ouvriers et ouvrières, ainsi que dans une moindre mesure celle des employé(e)s, persiste sur les quatorze ans qui suivent la retraite : après cette période, les chances de survie tendent à s'égaliser entre les CSP à l'intérieur de chaque catégorie de sexe. L'auteur fait remarquer que les femmes qui ont exercé des 'petits métiers' et dont le mari avait une catégorie sociale supérieure à la leur, ont bénéficié, grâce à leur mariage, d'une vie moins difficile, en particulier grâce à de meilleurs revenus et de meilleurs logement, sans compter les effets liés à la satisfaction de leur promotion sociale.

À l'évidence, la pente sociale de ces écarts ne peut pas être produite par une sélection sociale par la santé qui s'opèrerait après la retraite. La mobilité des femmes par le mariage, leur vie professionnelle plus d'une fois marquée par la quête de places plus 'douces' dès que les revenus de leur conjoint le leur permettait, suggèrent que les gradients de mortalité postérieurs à la retraite peuvent être associés à une mobilité sociale liée à la santé qui s'est produite assez tôt dans la vie de travail professionnel. Enfin, si les écarts de mortalité postérieurs à la retraite sont les conséquences de la sélection antérieure à l'arrêt définitif de l'activité professionnelle, on peut penser que les membres les plus touchés par la maladie mourront le plus précocement de sorte que les différences de mortalité vont se réduire avec l'avancée en âge : cela paraît se vérifier, du moins sur l'échantillon parisien, à partir de 80 ans.

L'hypothèse de la sélection sociale par la santé dans sa version culturaliste ne manque ni d'arguments ni de force, même si elle échoue à rendre compte de certains aspects, en particulier en matière de mobilité intragénérationnelle. Dans une perspective positiviste et déterministe, ces exceptions suffisent à disqualifier toute prétention de l'hypothèse à la pertinence et à la scientificité : en Grande-Bretagne, c'est tout le sens du débat scientifique entre Wilkinson et Illsley[345]. Le premier, en prenant appui sur diverses sources de démonstration, tend à montrer que les résultats sont peu concluants : l'effet de la sélection sociale par la santé ne saurait expliquer à ses yeux l'amplitude des écarts de mortalité entre les classes sociales ; pour le second, réfléchir à un tel niveau d'abstraction comporte quantité de dangers : à ses yeux, les phénomènes de différences et les processus de différenciation en matière de santé sont extrêmement fluides au point qu'on ne peut véritablement prétendre en rendre compte qu'au prix d'une contextualisation fine et rigoureuse, ce qui suppose l'abandon de tout modèle universel passe-partout.

[345] Patrick WEST (1991), op.cit., pp. 376-377.

Compte tenu des résultats contrastés dont nous avons fait état, il apparaît certain qu'il serait erroné de prétendre expliquer la stratification sociale par les effets directs ou indirects de la santé sur la mobilité. Inversement nier que de tels effets puissent exister est en contradiction avec certaines observations. Comme le suggère Raymond Illsley, une telle hypothèse peut être utile pour rendre compte de certaines situations dans des contextes déterminés : elle ne constitue pas une alternative radicale à l'inertie sociétale de la santé, dans la mesure où, capital hérité, la santé constitue un point d'appui au développement de processus sociaux, - mais, capital flexible, elle est façonnée à son tour par d'autres processus : au cœur de la vie sociale, la santé est productrice en même temps que produite, malléable et résistante, origine et terme de processus interactifs.

La perspective culturaliste de Stern reste encore marquée à la fois par une approche 'individualiste' selon laquelle la mobilité intergénérationnelle est le résultat d'une combinaison de propriétés individuelles au sein desquelles les qualités génétiques ont une petite place, ainsi que par une 'épistémè' déterministe parce que la relation entre ces propriétés/qualités et ce qu'il advient en termes de position sociale est de l'ordre d'une cause et d'un effet. Pourtant rien n'est nécessaire et inévitable dans la résultante : tout dépend de la façon dont la société évalue et interprète les qualités individuelles spécifiques, et dont elle attribue ses disponibilités de formation et d'emploi en fonction de ces qualités. On sait que certaines sociétés tirent parti des déséquilibres psychiques de certains de ses membres pour leur réserver une position valorisée de guérisseur.

Médiation de l'interaction et de l'appréciation socio-culturelle des qualités individuelles.

La sélection sociale par la santé n'opère pas dans un vide social : elle est la conséquence d'une interaction entre des propriétés individuelles dont la valeur fait l'objet d'un jugement social, et d'opportunités structurelles dont les institutions sociales contrôlent l'accès. Le point de vue théorique de l'étiquetage[346] permet d'introduire la médiation des significations : à différents niveaux, divers 'entrepreneurs moraux' isolent et interprètent des aspects de la santé ou bien des qualités qui lui sont liées, et les constituent comme autant de filtres de sélection sociale.

Pour retracer la dynamique qui sous-tend l'alliance matrimoniale au sein d'un village d'agriculteurs et d'ouvriers de l'industrie dans les années 50, Lucien Bernot et René Blancard observent 'le bal à Nouville'[347]. Si les invitations à danser et les flirts dans un coin non-éclairé du village obéissent à un jeu de codes socio-culturels qui engagent de plus en plus les

[346] Howard S. BECKER (1985), op.cit.

[347] Lucien BERNOT et René BLANCARD, *Nouville, un village français,* Paris, Institut d'ethnologie et Musée de l'homme, 1955. Cf. § Le bal.

protagonistes, ils ne peuvent être mis en œuvre que sous certaines conditions de possibilité : pour que l'invitation à danser du jeune homme, qui inaugure le début du processus, ait des chances d'être acceptée, encore faut-il qu'il appartienne à une bande bien repérée par les jeunes filles. Appartenir à un groupe de jeunes n'est pas seulement affaire de prestige qui différencie les bandes : c'est le marqueur social de ce qu'on n'est pas un 'pauvre type' parce qu'on est capable de s'affirmer dans un groupe en respectant les prérogatives des autres, c'est-à-dire que, dans la complicité masculine, on a appris à 'se tenir'. Quelles que soient les facéties et les transgressions que l'on s'autorise dans la bande, chacun fait l'expérience dans l'interaction avec les autres qu'il existe des limites dont le franchissement amènerait l'exclusion, c'est-à-dire à quelque chose de l'ordre d'un retour à la nature brute ou brutale. Selon cette logique, on comprend que les filles refusent les invitations à danser de garçons isolés, non pas à cause de leurs qualités physiques, mais parce que celles-ci ne suffisent pas à garantir que 'l'entreprise' masculine s'arrêtera à leur moindre signal (ce qui est une prérogative féminine, à charge pour le garçon de convaincre la partenaire de lever son refus, étape par étape). Que la mobilité intergénérationnelle par le mariage soit associée avec des qualités physiques telles que la taille, ne suffit pas à rendre compte des autres médiations culturelles engagées dans la formation des alliances matrimoniales.

Les filtres de la sélection sociale ne sont pas seulement le fait de ceux qui apprécient, évaluent et contrôlent un individu déterminé pour orienter sa trajectoire dans tel ou tel sens : ils peuvent être constitués par les individus eux-mêmes, dans la mesure où ils cherchent à opacifier leurs qualités physiques. Une recherche britannique auprès d'épileptiques (qui représentent 5 à 7 ‰)[348] établit d'abord que leur origine sociale n'est guère différente de celle d'une population ne souffrant pas de cette maladie ; par contre, ils se caractérisent par un faible niveau d'instruction, par un positionnement social peu élevé et par un taux de chômage très important. Ils conjuguent à la fois une relative exclusion du marché du travail et une mobilité sociale intergénérationnelle descendante. Dans la logique goffmanienne de la stigmatisation, cet aboutissement est le résultat d'un double processus : d'un côté, la stéréotypie de l'épilepsie, très largement partagée, a des effets négatifs en matière de formation, de projet professionnel, et d'embauche, de sorte que les épileptiques ont des difficultés à trouver un emploi ou à occuper un poste correspondant à leurs compétences ; d'un autre côté, des expériences difficiles, éprouvées ou dont on leur a fait le récit, amènent nombre d'épileptiques à cacher leurs problèmes : pour que cette tactique soit efficace, ils doivent restreindre leur champ d'implication sociale pour s'invisibiliser, de sorte qu'ils sont amenés à restreindre l'espace d'application de leurs capacités et leurs aspirations. Évidemment ces mécanismes peuvent être étendus à d'autres handicaps.

---

[348] G. SCAMBLER, *Epilepsy,* London, Tavistock-Routledge, 1989, cité par Patrick WEST (1991), op.cit., p. 381.

Reformuler l'hypothèse de la sélection sociale par la santé en tant qu'interaction entre des propriétés plus ou moins valorisées socialement et des opportunités structurelles, permet d'apercevoir que son enjeu est social de part en part et que la transition de l'enfance à l'âge adulte constitue une période d'une grande signification pour comprendre le mode de construction sociale de la santé et son implication dans la mobilité intergénérationnelle. Mais cette forme d'intelligibilité n'en exclut pas d'autres : le mécanisme impliqué peut jouer de manière cumulative ou de façon séquentielle en s'articulant à d'autres processus. Ainsi réintégré dans l'univers de la culture et de la société, ce mécanisme participe de l'emprise de l'inertie sociétale sur la santé. Il reste à poursuivre l'analyse pour mettre en lumière les autres aspects qui rendent intelligible ce phénomène aussi massif.

2.2. La santé et la structuration sociale

Si la structure sociale est un espace multi-dimensionnel qui se compose de sous-espaces hiérarchisés au sein desquels les individus occupent des positions distinctes, quelles sont les propriétés attachées à ces positions qui déterminent ou influencent la santé ? Par quels processus s'opèrent les relations entre classes sociales, sexe, ethnicité... et les divers indicateurs et indices de santé ? Autrement dit, au sein des groupes sociaux clivés par les rapports sociaux de classes, de sexes, de générations, ethniques..., quelles particularités sont susceptibles d'affecter le bien-être des individus ? Les clivages sociaux et les dynamiques qu'ils induisent sont-ils à même d'expliquer totalement les écarts de santé au sein des populations ?

Commençons par clarifier quelques aspects de cette hypothèse générale des effets de la structuration sociale sur la santé. On a montré qu'à travers la mobilité sociale d'individus ou de lignées familiales des sous-groupes pouvaient échapper aux destinées sanitaires de leur classe d'origine (mobilité intergénérationnelle) ou de la première position sociale occupée à leur entrée sur le marché du travail (mobilité intragénérationnelle). Est-ce à dire qu'un tel processus détruit ou du moins infléchit les conséquences de l'inscription dans un groupe social, inscription déterminée par tel ou tel rapport social particulier ? Rappelons qu'un rapport social est un ordre de relation sociale qui n'a pas l'immédiateté de l'interaction à vue : il est un mode de liaison des membres de la société qui, du fait de leur formation, de leur activité, de leur mode d'alliance..., se trouvent inscrits dans des parties de la totalité sociale, qui ont une autonomie relative en ce qu'elles sont pour une large part interdépendantes (tout changement qui affecte une partie a des retentissements sur les autres)[349] :

> "Le rapport social peut être associé à l'existence d'acteurs collectifs qui ayant des intérêts totalement ou partiellement différents, se trouvent en situation de transaction

[349] Pierre FAVRE, La relation sociale, in J. LENNEP (ed.), *Relation et relation. Contribution à l'étude de l'idée et de l'attitude relationnelle,* Crisnée (Belgique), Yellow Now, 1982, pp. 123-138.

réciproque. De ce processus de transaction résulte l'imposition de certaines priorités qui vont se voir constamment renégociées, dans une tension dynamique. L'existence de ces acteurs collectifs et de leur liaison est autonome du milieu dont l'espace est une composante importante. Mais cette autonomie n'est pas totale. Le milieu interfère comme une manière d'expliciter le rapport à la matérialité[350]."

Une telle clarification permet de dissiper toute équivoque par la nette distinction qu'elle effectue entre ce qui relève de la circulation des individus d'une position de l'espace social à une autre (la mobilité sociale), - et la structuration de ces positions au sein de la totalité de l'espace social[351] (la structure des classes sociales, mais aussi les classes de sexes, de générations, ethniques). A supposer que les mécanismes de sélection sociale par la santé soient maximisés (ce qui constitue un modèle-limite dont on a montré qu'il était une utopie), on aurait à faire à une sorte de 'démocratisation sanitaire' qui redistribuerait, à chaque génération, au hasard, les chances d'accéder à telle ou telle position de la structure de classes, sans que celle-ci en soit affectée, c'est-à-dire sans que les rapports sociaux de classe soient le moins du monde changés (du moins si l'on suppose que la mobilité ne change en rien le mode de domination lié à une structure de classes et cette structure elle-même).

Au regard de cette distinction, on peut prendre la mesure de l'efficace politico-idéologique des formes modernes du darwinisme social : si le 'capital de santé hérité' opère à chaque génération une redistribution des individus au sein des différentes positions sociales, quelles que soient les positions de la famille de naissance, les différences et les inégalités se justifient par la fatalité génétique, du moins tant qu'on n'a pas la maîtrise de ces mécanismes. La mobilité sociale par la sélection génético-sanitaire en vient à masquer ou à naturaliser l'ordre proprement social de la structure de classes : en lui servant d'alibi, une telle mobilité n'affecte pas cet ordre mais le consolide.

Reste à clarifier une autre ambiguïté. Que la structuration sociale soit d'un autre ordre que la distribution des individus au sein des positions qu'elle suppose, n'implique pas nécessairement sa permanence dans sa composition ou dans l'importance relative de chacune de ses positions. Ce serait supposer a priori que l'hypothèse de la reproduction sociale est vérifiée, alors qu'il s'agit de l'éprouver pour chaque période historique : "le modèle de la reproduction sociale est un étalon auquel mesurer les changements enregistrés, pour conclure, ou non, qu'on est resté dans le même cas de figure, qu'on n'est pas sorti du type de structure décrit[352]."

---

[350] Jean REMY, Liliane VOYÉ, *Milieu : rapport social et conflit,* Louvain-la-Neuve (Belgique), Document ronéo., décembre 1981, p. 13.

[351] Jean-Claude PASSERON, Présentation [à] Joseph SCHUMPETER, *Impérialisme et classes sociales,* Paris, Ed. de Minuit, 1972, pp. 17-21.

[352] Jean-Claude PASSERON, Hegel ou le passager clandestin. La reproduction sociale et l'Histoire, *Esprit,* n° 115, 1986, p. 78.

En France, si l'on compare l'évolution des catégories socio-professionnelles au cours des 150 dernières années (de 1850 à 1980)[353], on observe une inversion structurale de leur importance. Trois catégories ont les proportions de population active les plus élevées au début de la période : les agriculteurs, les ouvriers agricoles et les artisans-commerçants ; à la fin de la période, ces catégories sont au plus bas, tandis que cadres, ouvriers et employés constituent les forces les plus nombreuses de l'économie. Ce renversement structural s'accomplit, au moins pour les cadres et les employés, dans les années 50 : il consacre en particulier 'la fin des paysans' et la chute de la proportion des artisans-commerçants. Si les positions dans l'échelle sociale restent les mêmes, aux cadres près dont la constitution en tant que groupe remonte à la fin des années 30[354], leur place et leur importance n'est plus la même : ainsi dans l'après-guerre, la nation française, longtemps dominée par le vote des campagnes, devient une société urbaine.

La translation massive de populations d'une catégorie sociale à une autre est-elle sans effet sur la nature de la structure sociale elle-même ? Pour Henri Mendras[355], l'émiettement des classes sociales en divers groupes qui gravitent autour d'une constellation centrale et l'approfondissement de l'individualisme, permettant la multiplication de régulations intermédiaires sans que la cohésion collective soit menacée, constituent les traits fondamentaux de la métamorphose de la structure sociale en France. Pekka Sulkunen étend la perspective à l'ensemble des sociétés occidentales : la plus grande partie de la population appartient à ces groupes dont le plus petit dénominateur commun est le fait qu'ils ne sont ni paysans, ni ouvriers ni membres des vieilles élites ; environnés par d'autres groupes de classe moyenne, ils sont en partie en compétition avec eux et en partie solidaires, sans se sentir porteurs d'une quelconque mission historique :

> "La nouvelle classe moyenne européenne est nouvelle au double sens du terme : elle est originale et elle est récente. (...) les aspects structurels de cette originalité (...) tiennent à l'universalité de ses formes de rémunération, à l'obsession pour la différence, aux positions moyennes dans les structures hiérarchiques des grandes bureaucraties et dans les structures horizontales des professions. Toutes ces caractéristiques ont un impact sur les relations sociales entre les gens, que ce soit au niveau de leurs expériences quotidiennes ou dans la manière dont ils se mettent en scène en des images légitimes d'eux-mêmes ou encore dans la façon de parler du monde social (...) Ces caractéristiques inaperçues des classes moyennes sont très mêlées au fait qu'elles sont

---

[353] Olivier MARCHAND et Claude THÉLOT, *Deux siècles de travail en France. Population active et structure sociale, durée et productivité du travail,* Paris, INSEE, Coll. Etudes, 1991. Cf. Chapitre 4.

[354] Luc BOLTANSKI, *Les cadres. La formation d'un groupe social,* Paris, Ed. de Minuit, 1982. Cf. Première partie, L'invention des cadres, pp. 61-236.

[355] Henri MENDRAS (1988), op.cit..

récentes, davantage en Europe qu'aux Etats-Unis (... où elles sont apparues) il y a déjà une quarantaine d'années[356].”

Ces changements incontestables suffisent-ils à identifier un nouveau type de structure sociale ? En observant les changements dans les modes de consommation, dans les modes d'organisation de la production et dans les techniques, Jean-Pierre Durand soutient que ces nouveautés se coulent dans l'ancien et que les transformations en cours s'inscrivent dans les formes les plus traditionnelles qui brident les forces d'innovation. Bien sûr l'affirmation d'une stricte continuité serait erronée : il ne fait aucun doute que nous avons enregistré divers glissements, mais ceux-ci n'ont pas abouti à une révolution, c'est-à-dire au sens strict à une rupture. Retenons deux aspects de sa démonstration.

Selon l'une des thèses de la ‘révolution silencieuse’ (non développée par Mendras), on serait passé d'une production de masse à une production de la variété. Cette thèse s'articule parfaitement avec celle de l'accroissement de l'individualisation : les clients, dans leur besoin de se singulariser, pourraient imposer leurs goûts divers aux producteurs. Autrement dit, les entreprises, pour répondre à une demande bien inférieure à leur capacité d'offre, chercheraient à satisfaire cette demande variée en produisant des objets ou des services sur mesure ; les ouvriers seraient donc appelés à devenir des "artisans salariés". Cette production de variété est-elle bien l'effet de la demande ? On peut en douter et soutenir que la demande de variété est un pur produit de l'offre :

> “Sachant que A veut conquérir une part de marché supplémentaire sur un marché aujourd'hui limité par sa solvabilité, il ne peut le faire (à qualité et prix égaux à ses concurrents) qu'en augmentant la variété de son offre. B le suivra, puis C, D, etc. jusqu'à ce que l'ensemble des offreurs fassent porter la concurrence sur la seule variété. Les consommateurs ne font donc que subir et profiter de cette variété de l'offre qui d'une certaine manière les éduque à en exiger davantage ! Enfin, sachant que les produits nouveaux sont extrêmement rares (minitel, vidéo...), les offreurs font face à l'épuisement de la norme de consommation en accélérant l'obsolescence des produits traditionnels[357].”

Dès lors on comprend que l'enjeu pour les entreprises n'est pas seulement de réduire les prix et d'accroître la qualité : il est tout autant et surtout de faire face le plus rapidement possible à la variété de produits offerts par les concurrents. On reste bien dans le cadre de la production de masse mais on y ajoute la flexibilité : on en arrive à la situation paradoxale d'une ‘production flexible de masse’.

Un autre aspect de la démonstration selon laquelle la permanence de la structure sociale l'emporte sur sa mutation, se rapporte à l'organisation de l'entreprise et du travail. Avec

---

[356] Pekka SULKUNEN, *The European New Middle Class. Individuality and tribalism in mass society,* Aldershot, Avebury, 1992, p. 25 (notre traduction).

[357] Jean-Pierre DURAND, La réalité fordienne du post-fordisme, *Contradictions,* n° 69-70, 1992, p. 73.

l'informatisation des procès de production et les transformations de l'organisation du travail qui l'accompagnent, on a parlé d'une néo-industrialisation et de l'émergence d'une ère post-taylorienne. Qu'en est-il exactement ? Dans le cadre des systèmes automatisés, il est indéniable que les opérateurs de surveillance et de dépannage (souvent d'anciens OS formés) ont gagné en qualification : c'est ce que les directions d'entreprise mettent en avant pour faire montre de la révolution opérée. Une observation plus fine permet d'apercevoir deux choses jamais affichées : premièrement, ces opérateurs n'effectuent que le dépannage superficiel, de premier niveau ; cela veut dire que le dépannage sérieux et la surveillance de contrôle approfondi doivent être assurés par un service de maintenance qui exige un niveau de compétence très élevé. Deuxièmement, les salaires de ces nouveaux professionnels de la fabrication sont de toute façon en dessous des professionnels de la maintenance. Qu'est-ce qui a véritablement changé ? N'a-t-on pas affaire à un couple homologue à celui de l'OS par rapport à l'OP ?

En outre on retrouve bien le schéma global de la division hiérarchisée du travail entre fabrication et maintenance. On retrouve aussi l'organisation tripolaire fabrication/entretien/méthodes et celles-ci dominent l'ensemble. Pour démontrer le caractère novateur de la néo-industrialisation, on invoque la circulation des personnels entre les trois pôles. Bien sûr, mais quels sont les personnels qui circulent ? Les spécialistes de haut niveau restent toujours au bureau des méthodes : ce sont les ouvriers qui circulent, ce qui témoigne de leur interchangeabilité et donc de la dégradation de leur statut.

Et le tertiaire ? On a d'abord installé une informatique 'taylorisée' : tout était centralisé et découpé. Cela a produit la révolte et les grèves de certaines catégories d'employés dont la seule tâche était de faire de la saisie à longueur de journée ('les OS de l'informatique'). Le prix des terminaux informatiques n'a cessé de baisser. Alors on a recomposé le travail autour de ces terminaux, de sorte que chaque employé a pu instruire chaque dossier de A à Z : fin de la parcellisation des tâches. Mais tout n'est pas réglé pour autant : une nouvelle segmentation apparaît. La plupart des employés instruisent des cas normalisés et standardisés ; dès qu'un dossier est plus complexe, il passe au niveau hiérarchique supérieur. On a donc toujours la séparation entre travail d'exécution et travail de réflexion/décision.

> "Les transformations apparaissent comme des micro-changements qui se coulent dans les structures organisationnelles et de division du travail. Le résultat en est une rapide lassitude des intéressés qui après quelques mois dans leur nouvelle situation de travail, la vivent bientôt comme une routine. (...) Entre en jeu ici toute une batterie de procédures dont il faut bien saisir la nature et le rôle et qui ont pour objectif général de pallier la réforme structurelle que trop peu de directions d'entreprises mettent en chantier. Je veux parler des cercles de qualité (...) Toutes ces opérations ont un fondement et une raison d'être techniques que nul ne peut nier, mais le sens social de leur utilisation est bien plus riche que leur utilité technique. Au contraire, dans le cadre

de réformes structurelles qui verraient l'autonomie des groupes de travail et des opérateurs très élargie, avec une plus grande responsabilisation (...), toutes ces démarches s'inscriraient "naturellement", c'est-à-dire structurellement et de façon coordonnée (intégrée) dans l'acte de fabrication et de conception. Or ce n'est pas ce que nous rencontrons[358]."

Même si la nature de la structure sociale n'a pas fondamentalement changé, tenir compte de la 'tiertiarisation' de l'économie, du changement de volume de certaines catégories sociales et de la féminisation de certains secteurs d'emploi s'avère nécessaire pour évaluer la permanence de l'inertie sociétale de la santé. Dans les calculs des taux de mortalité à partir de l'État-Civil, on rapporte les effectifs de décès enregistrés selon la dernière profession déclarée aux effectifs de population recensés dans les mêmes catégories. Cette procédure présente l'inconvénient, souvent relevé, de non-concordance des données recueillies par l'État-civil et celles du recensement. Ainsi, un ouvrier recensé comme tel peut être déclaré employé au moment de la déclaration de décès : cela peut venir d'un 'anoblissement' souhaité par la famille ou bien d'un changement d'emploi ou de poste avant la retraite (un OS qui a travaillé en atelier la plus grande partie de sa carrière peut être transféré comme magasinier dans la même entreprise : ce transfert est souvent perçu comme un passage d'ouvrier à employé).

La concaténation de deux sources de données différentes a été souvent 'dénoncée' en tant que 'biais du rapport numérateur/dénominateur'. Cette faiblesse peut prendre plusieurs formes : l'inflation dans le numérateur de catégories résiduelles parce que la famille ne donne pas assez de détails sur la dernière profession du décédé ; même si les recommandations inscrites sur le certificat de décès invitent à déclarer la dernière profession, on déclare parfois la profession considérée comme la plus représentative de la vie active du défunt (c'est le cas en particulier des mineurs de charbon, des militaires...) ; certaines professions peuvent être sous-représentées au moment du recensement (par exemple, les marins-pêcheurs) ; des individus sont comptabilisés comme inactifs par le recensement alors qu'ils sont déclarés comme ayant exercé une profession sur le certificat de décès[359].

C'est pour pallier cet inconvénient qu'on a procédé très tôt en France à des enquêtes longitudinales[360] ; d'autres pays occidentaux ont suivi la même orientation[361]. La méthode,

---

[358] Jean-Pierre DURAND (1992), op.cit., pp. 84-85.

[359] M. BLOOR, M. SAMPHIER and L. PRIOR (1987), op.cit., pp. 234-237 ; C. LÉVY et J. VALLIN (1981), op.cit., pp. 938-945.

[360] L'impulsion a été donnée en France par FEBVAY et AUBENQUE, La mortalité par catégorie socio-professionnelle, *Études et Statistiques (supplément au Bulletin mensuel de Statistiques),* n° 3, 1957, pp. 39-44. Les premiers résultats de l'approche longitudinale sont présenté par G. CALOT et M. FEBVAY (assisté de Q. CH. DINH), La mortalité différentielle suivant le milieu social. Présentation d'une méthode expérimentée en France sur la période 1955-1960, *Études et conjonctures,* n° 11, 1965.

[361] A.J. FOX, Socio-demogrophic mortality differentials : new longitudinal perspectives, *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique,* Vol. 35, n° 1, 1987, pp. 20-27.

aux variantes près liées à l'organisation du système statistique, consiste à prélever un échantillon représentatif d'individus lors d'un recensement déterminé (en France, ceux de 1954 et de 1975), et à prendre en compte leur décès dès qu'il survient. Contrairement aux statistiques obtenues par l'État-Civil (cf. ci-dessus), les écarts de mortalité pour les hommes se hiérarchisent à peu près selon la pyramide sociale habituelle :

> "Dans l'ensemble, la hiérarchie des catégories a très peu changé au cours des deux dernières décennies passées : cadres supérieurs, professions libérales et instituteurs étaient et restent les mieux protégés. Manœuvres, salariés agricoles et ouvriers spécialisés sont toujours les groupes les plus exposés et ce sont aussi ceux dont la mortalité a le moins baissé. Toutefois les contremaîtres ont à présent une mortalité un peu plus faible que les techniciens et les cadres moyens. De même les cadres supérieurs et les professions libérales ont aujourd'hui une plus grande longévité que les instituteurs ; c'était le contraire il y a vingt ans[362]."

Toute approche comporte ses propres travers : celle-ci a pour inconvénient de figer les personnes suivies dans la CSP qui a été codifiée lors du recensement de 1954 ou de 1975. Cette 'fixation' fait l'économie, d'une part, de toute mobilité postérieure, en particulier pour les personnes les plus jeunes, - et, d'autre part, des changements de catégorie antérieurs à la date du recensement :

> "Ainsi les cadres moyens, par exemple, qui avaient 50 ans au recensement pouvaient provenir en partie, par mobilité professionnelle, de catégories inférieures, mais avaient peu de chances de connaître une mobilité ascendante ultérieure, tandis que ceux qui avaient 30 ans, et dont on calcule 20 ans plus tard la mortalité à 50 ans, avaient peu de chances de provenir de catégories inférieures mais pouvaient être cadres supérieurs à 50 ans[363]."

Autrement dit, l'appoche longitudinale utilisée ne permet pas de saisir les effets de la mobilité intragénérationnelle : en particulier comme la sélection des inactifs avant la retraite ou pour des retraites 'avancées' s'effectue très largement sur des critères de santé, la mortalité selon les CSP mesurée par la seule mortalité des actifs est toujours sous-estimée. La force de cette remarque réside moins dans une disqualification générale qu'elle apporterait aux résultats issus de ce type de recherche que dans l'ouverture qu'elle autorise à l'égard de la sélection sociale par la santé via la socialisation et la mobilité.

Au terme de cette clarification préliminaire, abordons maintenant quelques-uns des nombreux aspects potentiels qui s'entrelacent au sein des groupes socialement clivés : d'où dérive l'association entre catégories sociales et indices de santé ?

---

[362] Guy DESPLANQUES, L'inégalité sociale devant la mort, *Économie et statistique,* n° 162, 1984, pp. 33-35. Pour les résultats approfondis de ces enquêtes, voir Guy DESPLANQUES, *La mortalité des adultes. Résultats de 2 études longitudinales (période 1955-1980),* Paris, INSEE, Les collections de l'INSEE D 102, 1984.

[363] Domique MERLLIÉ (1983), op.cit., note 49, p. 15.

Stratification sociale, niveau de vie et santé.

Si l'on prend la posture théorique de l'École américaine de la stratification sociale[364], on sait que la hiérarchisation des classes et des couches sociales est subsumée sous la prémisse de la nécessité fonctionnelle de celle-ci : la stratification sociale est une conséquence immédiate de la division du travail qui donne naissance à des emplois différenciés au regard de fonctions d'importance variable ; cela justifie des rémunérations matérielles et symboliques inégales propres à stimuler les membres de la société afin qu'ils accomplissent les obligations liées à ces fonctions. Le système de 'récompenses' différenciées, attachées aux diverses positions sociales, est la contrepartie positive des devoirs : l'importance des rémunérations varie comme la facilité/difficulté de la fonction, mais aussi en fonction de la rareté des personnels.

Quelles que soient les critiques que l'on puisse adresser à une telle approche, elle a le mérite d'éclairer le lien entre différences de classes et inégale répartition de la richesse. Selon cette perspective, on peut soutenir que la pauvreté est source de mauvaise santé du fait des privations qu'elle entraîne : les pays dont le développement agricole et industriel est encore fragile en font la démonstration. Cette composante socio-économique de la différenciation sociale et de ses effets sur la santé des populations est d'une grande simplicité : tenons-nous là le ressort explicatif essentiel des écarts de santé observés ?

La comparaison des espérances de vie de pays occidentaux suffit à montrer les limites de ce mode d'intelligibilité[365]. Prenons la Grande-Bretagne (Angleterre et Pays de Galles) et la Suède comme pays représentatifs de l'Europe du Nord et de l'Ouest, la Grèce des pays méditerranéens et la Hongrie des sociétés de l'Est. Juste après la fin de la seconde guerre mondiale, l'espérance de vie à la naissance des hommes en Suède est déjà élevée (70,3) et elle s'améliore lentement au cours des trente dernières années (73,4 en 1984) ; pendant cette période, la Grèce, très en retard au début des années 50, rattrape la Suède (de 66,4 en 1954, elle passe à 73,4 en 1984). La Grande-Bretagne suit le même modèle que la Suède, mais avec un niveau d'espérance de vie plus faible, de sorte qu'elle est largement dépassée par la Grèce (71,3 en 1984). La Hongrie, comme d'ailleurs l'ensemble des pays de l'Europe de l'Est, améliore l'espérance de vie à la naissance jusqu'au début des années 70, après quoi elle diminue à nouveau. Ce prodigieux bond en avant de la Grèce est dû à la chute très forte de la mortalité infantile et des jeunes enfants. Mais, si l'on prend l'espérance de vie à 45 et à 65 ans, la Grèce dépasse la Suède sur toute la période.

---

[364] Raymond BOUDON et François BOURRICAUD, *Dictionnaire critique de la sociologie*, Paris, PUF, 1982, Article : stratification sociale, pp. 520-521 ; Charles-Henry CUIN (1993), op.cit., pp. 81-86.

[365] Nous reprenons ici la démonstration élaborée à partir de données européennes rassemblées par Raymond ILLSLEY and Deborah BAKER (1991), op.cit., pp. 362-364.

Autrement dit, si on arrive à vaincre les causes immédiates de la mortalité infantile (maladies infectieuses en particulier), il n'y a aucune sorte de désavantage à vivre dans un pays méditerranéen relativement pauvre, comparé aux pays occidentaux du Nord et de l'Ouest. A contrario, les espérances de vie masculines à 45 et 65 ans, en Grande-Bretagne, au cours des années 1950-1980, sont non seulement inférieures à celles de la Suède et de la Grèce, mais aussi inférieures à celles de l'Italie et de l'Espagne, et elle ne dépassent celles de la Hongrie qu'au milieu des années 70, quand la situation des pays de l'Est en matière de mortalité se détériore à nouveau. La conclusion s'impose : si on peut rattacher la vulnérabilité des premières années aux maladies infectieuses et ces dernières à la pauvreté, le fait de vivre dans un pays relativement pauvre, une fois dépassé les obstacles liés à la prime enfance, ne produit pas nécessairement une mortalité précoce ; inversement, vivre dans des pays riches accroît les risques de mort prématurée aux âges avancés.

Les différences des espérances de vie féminine, comparées selon les mêmes pays, sont plus faibles : à la naissance, il n'y a pratiquement pas d'écart entre la Suède, la Grèce et la Grande-Bretagne ; aux âges plus élevés, la Grèce est rattrapée ou dépassée par le Royaume-Uni et la Suède ; la Hongrie clôt encore le peloton, mais l'écart est moins important que pour les hommes. Évidemment, il est improbable que les femmes soient plus riches que les hommes ! Là encore on mesure les limites explicatives de la répartition des richesses sur la santé.

Considérons les causes de mortalité. On a déjà montré que les décès par maladies infectieuses sont plutôt exceptionnels dans les pays occidentaux. En Hongrie, au milieu des années 80, le taux de mortalité pour ce type de causes est au moins le triple de celui des autres pays : l'écart tient de la fréquence encore élevée de la tuberculose dans ce pays, et il nous renvoie aux limites du système de soins (dépistage et traitement). Ce sont les causes de mort du fait des maladies respiratoires qui commencent à produire des variations importantes entre les pays. On considère ces maladies comme liées à la pauvreté : effectivement, la Grande-Bretagne a le taux le plus bas mais la Suède a un taux d'un tiers plus élevé que la Grèce...

Les cancers, on l'a vu, sont une espèce essentielle de causes de mortalité à partir du milieu de la vie. Entre Suède, Grande-Bretagne et Grèce les différences sont très nettes : elles sont dues pour l'essentiel au cancer du poumon, dont on ne voit guère le lien qu'il pourrait avoir avec la pauvreté. Aux mêmes âges, les morts causées par des pathologies de l'appareil circulatoire (également très différenciatrices des pays considérés) sont surtout dues aux infarctus du myocarde. Que les raisons de cette pathologie soient encore en discussion, n'empêche pas d'écarter la pauvreté : il semble au contraire que ce soit l'affluence de biens et le confort d'une vie trop sédentarisée qui constitue 'l'environnement favori' de ce type de maladies. Par ailleurs, il est clair que ces deux dernières sortes de pathologies sont à la base de la surmortalité masculine.

Au milieu des années 70, si l'on range les pays d'Europe en trois grandes régions selon l'importance de leur PNB, les pays du Nord et de l'Ouest sont les plus riches, suivis par les

pays méditerranéens et enfin par les pays de l'Est. La variation des taux de mortalité est considérable entre ces trois 'régions' : maladies infectieuses et respiratoires suivent le rang de la richesse ; avec les cancers et les maladies circulatoires, les pays méditerranéens ont des taux bien inférieurs aux pays riches du Nord et de l'Ouest, proches des pays de l'Est, à l'exception de la mortalité par maladies cardiaques. Manifestement, ce n'est pas l'inégale répartition des richesses qui peut rendre intelligibles les écarts de mortalité.

Nuançons le propos : les privations ou un accroissement de privations ne sont pas sans effets sur la santé, mais elles ne peuvent pas rendre compte à elles seules des différences observées. Dans les années 70, on a montré que les taux de mortalité variaient non seulement en fonction de la catégorie socio-professionnelle mais aussi selon le statut d'occupation du logement et la possibilité d'avoir ou non une ou plusieurs voitures : ceux qui étaient propriétaires de leur maison et possédaient une ou plusieurs voitures avaient les taux de mortalité les plus bas ; inversement, ceux qui étaient logés dans des logements sociaux et ne possèdaient aucune voiture avaient les taux les plus élevés. La grande enquête épidémiologique californienne, conduite sur 18 ans (depuis le début des années 70) dans le Comté d'Alameda (États-Unis), révèle que les gens appartenant à des familles à faibles revenus ont 2,1 fois plus de risques de mortalité que les gens appartenant à des familles qui ont un revenu moyen[366]. Le lien entre classe sociale et revenu est évident. Mais une égalisation des ressources et de l'accès aux richesses est-elle suffisante pour réduire les écarts de santé ? Au vu des résultats précédents, on peut en douter. L'enjeu consiste donc à discerner les médiations non-économiques qui opèrent entre le positionnement dans l'espace social et la santé.

Stratification sociale, système de rôles et santé.

L'intérêt de la version parsonnienne de la théorie fonctionnaliste de la stratification est de mettre au premier plan la question des rôles[367]. Parce que les sociétés modernes industrielles se caractérisent par un système de valeurs hiérarchisées où l'accomplissement détient la première place, les rôles professionnels sont particulièrement valorisés : ils contribuent au fonctionnement et au développement des organisations économiques, et ils constituent la source principale de la reconnaissance et de l'épanouissement des individus qui jouent ce type de rôles. La prédominance du rôle professionnel conduit 'naturellement', selon Parsons, à ce que l'homme joue le rôle de 'leader instrumental' et la femme celui de 'leader expressif' au sein de la famille : le premier est l'arbitre, le juge et l'exécuteur de la décision en cas de

---

[366] Cité par M.G. MARMOT, M. KOGEVINAS and M.A. ELSTON, Social/economic status and desease, *Annual Review of Public Health,* n° 8, 1987, pp. 115-116 et 129. Les écarts de mortalité selon le statut d'occupation du logement sont confirmés en France par les recherches de Guy DESPLANQUES (1984-a), op.cit., pp. 44-46.

[367] Talcott PARSONS, *Éléments pour une sociologie de l'action,* Paris, Ed. Plon, 1955. Cf. le chapitre intitulé : Nouvelle ébauche d'une théorie de la stratification, pp.256-325.

conflit tandis que la seconde fait preuve d'indulgence, adoucit les disputes et témoigne de l'affection[368].

Si l'interprétation parsonnienne est caricaturale, quantité de conduites témoignent d'une différenciation des rôles virils et des rôles féminins, malgré les efforts du mouvement féministe :

> "De même que le garçon de café s'attend à ce que la femme choisisse le thé et non la bière, de même d'une façon générale, il y a une attente sociale sur les manières d'être *au féminin.* Ainsi les minauderies («hou !»), fanfreluches, boucles trop agitées, rires en cascades sans cause, les bibelots en trop, les trépignements d'impatience, les fanatismes millimétriques («je hais les fromages !»), sont du côté du féminin ; «faire toute une histoire» de «rien» relève du génie féminin, alors que murmurer «non ce n'est qu'une égratignure», en cas de grave blessure, démontre une mâle contenance.(...) Il y a un certain type de sourire lumineux que seule une femme peut arborer sans être grotesque, en revanche, le rictus dérisoire lui siéra mieux qu'à elle. (...) Les alcools forts sont pour lui, alors que l'onctueux, le moelleux, le sucré, le pétillant, seront choisis par les êtres pétris de féminin. Dire «j'ai mal au cœur» en grignotant des olives, relève d'une cénesthésie féminine. S'exclamer «Oh ! c'est affreux !» devant les nouvelles télévisées est un commentaire peu viril, contrairement au perspicace «tout ça, c'est voulu...» de l'analyse masculine[369]."

Dans le prolongement de cette approche différentielle des rôles masculins et féminins, Walter Gove[370] montre que les taux de morbidité des femmes, supérieurs à ceux des hommes, sont dûs en grande partie aux effets de leurs rôles d'épouse et de mère : l'abnégation et l'altruisme qu'ils exigent a pour conséquence de tarauder leur équilibre, en particulier psychique (on se souvient que les diagnostics ou les déclarations de troubles mentaux sont proportionnellement plus élevés chez les femmes, du moins si l'on ne tient pas compte des effets éventuels de sur-diagnostics médicaux et du développement d'un corporéisme où ce qui est ressenti comme bien-être ou mal-être psychosomatique tient une grande place[371]). Contrairement à d'autres auteurs, Gove détruit le 'mythe' selon lequel la plus grande flexibilité de l'emploi du temps des femmes à la maison, donc leur plus grande disponibilité, faciliterait l'adoption plus rapide du rôle de malade : d'une part les recherches sur les

---

[368] Andrée MICHEL, Rôles masculins et féminins dans la famille : examen de la théorie classique, *Informations sur les Sciences Sociales,* Vol. X, n° 1, 1971. Nous ne rendons pas compte ici des résultats critiques que présente l'auteur : on verra que même au regard de la santé une telle théorie est en difficulté.

[369] Véronique NAHOUM-GRAPPE, Les jeux de rôle de la mondanité, *Esprit,* n° 11/196, novembre 1993.

[370] Walter R. GOVE, Gender differences in mental and physical illness : the effects of fixed roles and nurturant roles, *Social Science and Medicine,* Vol. 19, n° 2, 1984, pp. 77-91.

[371] Jean MAISONNEUVE, Le corps et le corporéisme aujourd'hui, *Revue française de sociologie,* Vol. XVII, n° 4, 1976, pp. 551-571.

budgets-temps aux États-Unis et dans onze pays industriels montrent que les femmes, qu'elles soient actives ou inactives, travaillent plus longuement que les hommes ; d'autre part, les propres travaux de l'auteur font la preuve que les obligations liées aux rôles d'épouse et de mère entrent souvent en contradiction avec l'entretien de leur santé : régulièrement sollicitées par leurs enfants ou leur mari pour des 'activités urgentes de réparation', elles les accomplissent au détriment de leur sommeil et de leur repos ; quand elles sont malades, elles doivent continuer à assurer un certain nombre de tâches et personne 'n'est aux petits soins' avec elles (alors qu'elles passent beaucoup de temps à entourer les autres membres de la famille quand ils sont dans cet état). Autrement dit, la surmorbidité des femmes est bien liée à la charge importante du travail domestique : les rôles d'épouse et de mère ne sont pas de ceux qui portent à 's'écouter'[372].

Si l'on tire la conséquence logique d'un tel résultat, il signifie que les rôles professionnels sont plus brutalement traumatisants, puisque la surmortalité masculine est un trait général des sociétés modernes à partir de la seconde et surtout de la troisième phase de la transition épidémiologique, et que les charges liées aux rôles d'épouse et de mère entraînent des maladies bénignes et non létales, puisque la surmorbidité féminine est surtout liée aux 'troubles mal définis', aux 'troubles mentaux' et aux 'maladies de l'appareil génito-urinaire'. On peut donc supposer que les conséquences sur la santé seront plus dévastatrices pour les femmes qui cumulent un rôle professionnel et des rôles familiaux. Une caractéristique importante de l'activité féminine jusqu'au milieu des années 70 a été sa concentration dans un petit nombre de secteurs d'activités : l'emploi féminin a longtemps débouché sur des rôles professionnels peu valorisés, qui utilisaient surtout les acquis informels des rôles domestiques et qui soumettaient les travailleuses à la pression des cadences, aux tâches répétitives effectuées dans une absence quasi-totale d'autonomie. Autant d'éléments qui tendent à

[372] Analysant le temps passé à l'accomplissement de leurs rôles respectifs par les hommes et les femmes, Bird et Fremont montrent que, si les différences de sexe dans l'accomplissement des rôles sont contrôlés, le fait d'être homme est associé à une plus mauvaise santé que le fait d'être femme, - et concluent que si les rôles sexuels étaient plus égaux, les femmes feraient l'expérience d'une santé meilleure que celle des hommes, ce qui serait plus cohérent avec leur plus grande longévité. Cf. Chloe E. BIRD, Allen M. FREMONT, Gender, time use, and health, *The Journal of Health and Social Behavior,* Vol. 32, n° 2, 1991, pp.114-129. Ce résultat paraît confirmer l'hypothèse de la surmorbidité féminine liée à la charge du travail domestique. Est-ce bien le dernier mot sur la question ? Comme on le verra ci-dessous, la signification de la position (et des contraintes qui lui sont liées) dans les rapports sociaux de sexe est très importante : l'abnégation devient insupportable aujourd'hui si elle n'est pas partagée et "échangée". La seule distribution 'objective' des rôles selon les sexes, quoique importante, ne suffit pas : il y va aussi des tensions suscitées par les significations contradictoires entre ces rôles (par exemple, pour les hommes, les difficultés à assumer un rôle de "chef de famille" quand le rôle professionnel (celui de manœuvre, par exemple) les réduit à un rôle d'exécutant soumis).

conforter notre déduction : le cumul de rôles domestiques et professionnels doit être gravement néfaste pour la santé des femmes.

Les investigations empiriques ne confirment pas cette hypothèse. La plupart des études transversales, conduites aux États-Unis, montrent au contraire que les femmes exerçant un rôle professionnel parmi de multiples autres rôles ont une meilleure santé que celles qui n'ont pas d'emploi rémunéré et dont le nombre de rôles est restreint. Une nuance cependant : l'activité donne un plus grand avantage de santé aux travailleuses de 40 ans et plus qu'à celles de 18-39 ans. Dès lors, est-ce le rôle professionnel qui procure cet avantage ou bien est-ce un effet typique de sélection sociale par la santé ? C'est pour remédier à cette incertitude que Judith Hibbard et Clyde Pope ont conduit une étude longitudinale de 15 ans (de 1970-71 à 1985-1986) dans la région de Vancouver auprès d'un échantillon représentatif de 1 160 femmes et 997 hommes de 18 à 65 ans[373].

Pour mesurer la santé, les auteurs ont eu recours à un indicateur d'auto-évaluation de la santé ('health status') lors du premier entretien et ont ensuite enregistré la morbidité la plus sévère en termes de diagnostic de maladies cardio-vasculaires, de maladies cérébro-vasculaires et de cancers, ainsi que les décès survenus au cours de la période. L'entretien de base a servi à obtenir les autres informations ayant trait à la vie professionnelle et familiale, aux relations sociales et à l'instruction. Résumons rapidement les résultats. L'activité professionnelle est source de longévité pour les femmes : les femmes sans emploi ont un risque plus élevé de mortalité que les femmes qui travaillent encore au terme de la période (cet effet n'apparaît pas sur une période plus courte, 5 ou 10 ans après le premier entretien). Si les différences de morbidité ne sont pas statistiquement significatives, elles vont dans le même sens que celles de la mortalité.

> "Ainsi, les femmes qui ont plus de rôles (professionnel, marital, parental) ont des risques plus bas de mortalité et de morbidité que les femmes qui en ont peu. Les femmes n'ont pas de crainte à avoir pour leur santé si elles mènent de front rôles professionnels et domestiques : au contraire elles peuvent en tirer quelque avantage. La seule exception concerne les femmes mariées qui travaillent dans des métiers dévalorisés : elles ont un plus fort risque de mortalité que les femmes non-mariées qui exercent les mêmes types de métier[374]."

Ce résultat conduit en un premier temps à changer le raisonnement : si le cumul des rôles professionnels et domestiques est en règle générale avantageux pour la santé des femmes, quels mécanismes peuvent expliquer cette observation 'paradoxale' ? Le fait qu'une pluralité de rôles puisse entraîner un supplément de charges par leur chevauchement éventuel, ou encore un surplus de culpabilité et d'anxiété parce que des conflits et contradictions

---

[373] Judith H. HIBBARD and Clyde R. POPE, Effect of domestic and occupational roles on morbidity and mortality, *Social Science and Medicine,* Vol. 32, n° 7, 1991, pp. 805-811.
[374] Judith H. HIBBARD and Clyde R. POPE (1991), op.cit., p. 810 (notre traduction).

apparaissent entre eux, paraît être au total d'un moindre coût que les bénéfices que les femmes retirent de chacun de ces rôles. Chacun apporte des opportunités différentes pour se lancer des défis à soi-même : réussir à les relever renforce l'estime de soi et procure beaucoup de gratifications. Parce que la diversification des rôles multiplie la participation à des groupes différents, l'intégration sociale s'élargit. Le rôle professionnel a l'intérêt de procurer un revenu propre, de structurer son emploi du temps et finalement d'offrir une identité de travailleuse, plus valorisée aujourd'hui que celle de femme au foyer ; plus encore, il permet de se déconnecter des soucis du rôle parental et plus généralement du rôle de pourvoyeuse de soins : plusieurs travaux ont montré que les femmes au foyer ayant des enfants ont des risques accrus de faire des accidents cérébro-vasculaires. On le voit, la somme des bénéfices possibles est importante : vus sous cet angle, les résultats s'éclairent largement.

Que les avantages retirés par les femmes de leur participation à l'activité économique formelle (et plus largement de leur participation au débat public) rendent mieux compte de leur meilleure santé que l'hypothèse de la sélection, n'empêche pas que divers aspects restent dans l'ombre. Le premier présupposé latent est que les rôles domestiques et professionnels restent stables : même si les femmes qui s'engagent dans un emploi rémunéré tendent de plus en plus à faire une carrière professionnelle sans interruption, l'ancien modèle de carrière caractérisé par une ou plusieurs interruptions a d'autant moins disparu que diverses mesures publiques de politique sociale encouragent les mères à prendre de longs congés parentaux d'éducation[375] ; les rôles domestiques sont aussi fluctuants en fonction des cycles de vie familiale : en particulier les tâches ne sont pas de même nature et leur charge est plus ou moins lourde en fonction du nombre d'enfants et de leur âge[376].

---

[375] En France, ces mesures s'adressent indifféremment à l'un ou l'autre membre du couple mais les enquêtes les plus récentes sur la répartition des travaux domestiques entre les partenaires donnent à penser que ce sont les femmes plus que les hommes qui prennent ces congés parentaux. Cf. Michel GLAUDE et François de SINGLY, Les jeux de rôles conjugaux, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1987, pp. 516-522.

[376] Les travaux qui prennent pour objet la transition de la vie active à la retraite font souvent l'impasse sur les femmes au foyer. Dès que l'on s'intéresse à ce groupe on observe que les femmes au foyer opèrent aussi un 'travail de reconversion' qui commence souvent lorsque les enfants quittent le domicile parental : si la transition ne s'effectue pas ou s'effectue dans de mauvaises conditions, il n'est pas rare de noter des difficultés spécifiques de santé, regroupées sous l'expression de 'syndrome du nid vide'. Un tel épisode est significatif à la fois des changements dans la nature des rôles familiaux et de leurs éventuelles conséquences sur le plan de la santé. Cf. Jean-François BARTHE, Serge CLÉMENT et Marcel DRULHE, Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées, *Revue internationale d'action communautaire* (Québec), n° 23/63, 1990, p. 38. On trouvera, sur ce 'travail de reconversion', une comparaison entre femmes valaisannes et femmes genevoises dans : Christian LALIVE d'EPINAY (et alii), *Vieillesse. Situations, itinéraires et modes de vie des personnes âgées aujourd'hui,* Saint-Saphorin (Suisse), Ed. Georgi, 1983.

Même une étude longitudinale sur 15 ans ne permet pas d'embrasser l'ensemble de ces variations : l'approche biographique s'avère indispensable, en particulier pour dissocier les effets propres à la génération et ceux qui relèvent de la position dans le cycle de vie. Si on suppose que les changements de comportements sont relativement lents, les résultats transversaux des enquêtes de budgets-temps sont susceptibles de fournir des indications sur ces fluctuations. Les jeunes filles font beaucoup plus d'activités ménagères que les jeunes gens ; le jeune adulte célibataire confie plus souvent le travail domestique à une aide extérieure que la femme célibataire du même âge ; le veuf âgé est plus aidé par son entourage que la veuve :

> "La courbe des femmes [celle de leur 'carrière ménagère'] comporte deux parties : dans la première étape la jeune fille prend peu souvent à sa charge l'essentiel des tâches ménagères, sa mère étant présente dans le ménage, mais dès la deuxième étape, la femme assume presque entièrement ces travaux : jeune célibataire ou veuve âgée, elle s'occupe de ses affaires, faisant peu appel à une aide ou à des services extérieurs. Mariée, elle s'occupe non seulement d'elle-même mais aussi des autres membres du ménage, ayant toujours peu recours à l'extérieur. (...) Pour les hommes apparaissent également deux situations dans le cycle de vie, mais ces étapes ne se confondent pas avec celles dont on vient de parler. Le fils ou le mari font très rarement le travail à titre principal, la présence d'une femme auprès d'eux leur évitant cette responsabilité. En revanche, l'homme seul s'occupe de ses affaires. Il en est cependant plus souvent déchargé que les femmes dans le même cas. Il a davantage recours aux services extérieurs et reçoit à la fois plus d'aide, rémunérée ou non[377]."

La seconde limite d'une telle interprétation vient de ce que l'on considère chaque rôle selon une uniformité formelle moyenne, sans tenir compte de la qualité de son accomplissement. C'est peut-être moins le fait d'accomplir tel ou tel rôle qui importe que le degré de l'investissement avec lequel on l'effectue. L'intensité avec laquelle chaque rôle est assumé aussi bien que l'auto-évaluation et la satisfaction qui lui sont liés, sont peut-être beaucoup plus favorables à la santé que la 'matérialité' d'insertion dans un rôle. En effet plusieurs recherches montrent que l'auto-évaluation de la santé (health status) est un indicateur très puissant en matière de prédiction de la mortalité[378] : pourquoi l'auto-évaluation des rôles n'aurait-elle pas une influence sur l'auto-évaluation de la santé ? On peut faire

---

[377] Hélène ROUSSE et Caroline ROY, Activités ménagères et cycle de vie, *Économie et statistique,* n° 131, 1981, p. 62.

[378] G.A. KAPLAN and T. CAMACHO, Perceived health and mortality : a nine-year follow-up of human population laboratory cohort, *American Journal of Epidemiology,* 72, 1982, pp. 292 et ss. Une enquête conduite dans les campagnes toulousaines aboutit au même résultat : Hélène BOCQUET (et alii), Incapacités, santé subjective et mortalité à 3 ans dans une population rurale âgée, *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique,* Vol. 35, 1987, p. 155.

l'hypothèse que 'se sentir bien' dans l'accomplissement de ses rôles doit contribuer puissamment à 'se sentir bien' plus généralement dans toute l'existence.

L'inconvénient le plus évident de ce modèle interprétatif des effets des rôles professionnels et domestiques sur la santé est qu'il ne rend toujours pas intelligible la surmortalité masculine et qu'on voit mal comment expliquer cette exception de la surmortalité des femmes mariées engagées dans des emplois sans prestige. Définir la stratification sociale en termes de rétributions matérielles et symboliques ou bien en termes de fonctions et de rôles ne paraît pas suffisant pour apercevoir les éléments décisifs qui altèrent ou améliorent la santé : la hiérarchie sociale, déterminée selon ces critères, est trop formelle.

Conditions d'existence, dynamique des rapports sociaux et santé.

La tradition théorique européenne de l'analyse des classes sociales, bien que très diversifiée, met d'abord l'accent sur les conditions matérielles du travail et sur les conditions d'existence : les rapports sociaux de production et d'exploitation, chez Marx, ou bien la situation de classe définie, chez Weber, en tant que situation commune d'individus qui ont les mêmes chances typiques sur le marché du travail et des biens, des conditions d'existence et des expériences personnelles. Ensuite cette tradition insiste sur la dynamique de ces groupes sociaux qui se fonde sur la tension de leurs rapports (elle peut prendre diverses formes : le conflit est l'une d'elle) :

> "Prendre au sérieux la notion de structure sociale, c'est supposer que chaque classe sociale doit au fait qu'elle occupe une position dans la structure sociale, définie historiquement, et qu'elle est affectée par les relations qui l'unissent aux autres parties constitutives de la structure, des *propriétés de position,* relativement indépendantes de propriétés intrinsèques telles qu'un certain type de pratique professionnelle ou de conditions matérielles d'existence[379]."

Dynamique des rapports sociaux et dénégation de l'usure au travail.

Ce double aspect de condition de classes et de rapport de classes est très important pour comprendre un mécanisme fondamental de préservation et d'altération de la santé : l'usure différentielle au travail. Cet élément est absent dans la plupart des travaux scientifiques ; il constitue par ailleurs un refoulé qui s'est mis en place dès le début de la révolution industrielle. Or le refoulement de l'usure différentielle au travail est lié au rapport de classes : transparence et information publique, pourtant affichées comme droits élémentaires en démocratie, sont tout simplement impossibles dans les entreprises, sur plus d'un siècle et demi, du fait de la domination de la classe dirigeante capitaliste ; ceux qui travaillent dans les

[379] Pierre BOURDIEU, Condition de classe et position de classe, *Archives européennes de sociologie,* Tome VII, n° 2, 1966.

usines ou sur les chantiers, au fond des mines ou dans les ateliers, dans les bureaux ou les magasins n'ont pas la possibilité de mener des enquêtes 'libres' :

> "Les enquêtes de santé à initiative ouvrière ont toujours eu un caractère de transgressions exceptionnelles, et n'ont pu se développer que ponctuellement, soit à l'occasion de dénonciations d'abus particulièrement scandaleux, soit à l'occasion de mouvements sociaux très favorables aux ouvriers[380]."

Le refoulement social de l'usure au travail n'affecte pas seulement les classes sociales les plus concernées : il touche l'ensemble de la société, au point qu'il se transforme en dénégation d'une telle usure au niveau des disciplines scientifiques. Sur le plan historique, l'exemple le plus saisissant est l'héritage intellectuel de Villermé. Fidèles à l'enseignement qu'ils ont reçu en droite ligne des écrits de Bartolomeo Ramazzini, la plupart des médecins hygiénistes français du XIXème siècle (Fourcroy, Parent-Duchâtelet, d'Arcet...) étudient d'une part la seule 'insalubrité des professions' et d'autre part les professions préindustrielles de type artisanal (rouissage du chanvre, équarissage, taille du silex...). L'objet de ces études est déterminé par les 'Conseils d'hygiène et de sécurité', organes consultatifs auprès des préfets, chargés d'examiner les demandes d'autorisation de nouveaux établissements :

> Le "premier souci [du médecin hygiéniste] n'est pas tant de protéger la santé des travailleurs, exerçant leur activité *à l'intérieur* des établissements visés, que de s'assurer que cette activité n'a pas *à l'extérieur* des répercussions fâcheuses sur le voisinage. C'est donc en fonction de l'insalubrité *externe* que des questions d'insalubrité *internes* viendront à être abordées (...). <u>Enfin il faut prendre garde à ne pas nuire inconsidérément au développement de l'établissement industriel en question</u>[381]."

Alors que les histoires de la pensée médicale interprètent les travaux de Villermé comme simple étape dans le progrès linéaire et continu de la pensée scientifique, la démarche de ce médecin se présente sous les auspices d'une double rupture qui fait de lui un 'moderne ignoré'. Il fait rupture d'abord avec les travaux hygiénistes des 'Conseils d'hygiène et de sécurité' en prenant pour objets d'observation les manufactures, c'est-à-dire les professions liées au travail industriel. La seconde rupture vient de ce qu'il renonce au concept 'd'insalubrité des professions' pour lui substituer l'observation et l'analyse de la 'condition ouvrière' :

> "Or le terme de «condition ouvrière», banalisé par la suite, et teinté de misérabilisme, avait chez Villermé un sens extrêmement précis : *il s'opposait à toute analyse causale directe entre profession et santé.* Aucune cause d'insalubrité ne pouvait jouer directement, sans passer par certaines *conditions* de fatigue, d'asservissement, d'excès

---

[380] Alain COTTEREAU, L'usure au travail : interrogations et refoulements, *Le Mouvement Social,* n° 124, 1983, p. 4.

[381] Bernard-Pierre LÉCUYER, Les maladies professionnelles dans les «Annales d'hygiène publique et de médecine légale» ou une première approche de l'usure au travail, *Le Mouvement Social,* n° 124, 1983, pp. 49-50 (c'est nous qui soulignons).

de rythme, de sous-alimentation, de «découragement» moral. Pour lui, seules certaines conditions générales contingentes, liées à l'exploitation industrielle, pouvaient rendre nocives la nature environnante, la nature des matières travaillées, la nature des exercices corporels[382]."

De telles perspectives, un moment reprises par quelques médecins hygiénistes et enquêteurs sociaux, sont rapidement abandonnées : responsables des administrations sanitaires et cercles des statisticiens vont disserter sur la population ouvrière sans réelle confrontation avec la réalité de ses conditions de travail et de vie.

La forme la plus exemplaire de la dénégation scientifique de l'usure au travail court des années 1890 à 1950 à propos de la tuberculose : au cours de cette période l'explication épidémiologique de cette maladie est de type écologique alors que toutes les données sont là pour montrer qu'elle est le fruit de l'épuisement au travail. Comment est-ce possible ? Le médecin allemand Brehmer crée, en 1854, le premier sanatorium dans les montagnes de Silésie, pour appliquer le seul traitement disponible à l'époque : la thérapeutique hygiénique du repos. Après la découverte du bacille de la tuberculose en 1882, les statistiques sanitaires sur les causes de mort confirment l'impression générale : la tuberculose est une maladie populaire. Comment concilier cette exigence du traitement par le repos (le repos était jusqu'alors l'art bourgeois de se mettre en forme après le surmenage : thermalisme, tourisme marin...) alors que le salarié ne peut pas et ne doit pas s'absenter de l'atelier ou de la boutique ? "Appliquer aux travailleurs la thérapeutique hygiéno-diététique, c'était mettre le monde à l'envers[383]."

Ainsi ce qui est socialement inimaginable va donner lieu à une dérivation pratique compensatoire, la lutte anti-tuberculeuse (rénovation des ilôts insalubres, espaces verts, puis dépistage anti-tuberculeux par un réseau de dispensaires via la persuasion d'isoler les porteurs de bacilles), justifiée par une épidémiologie fantasmatique : la tuberculose est une maladie de l'absence d'hygiène du milieu urbain. Épidémiologie fantasmatique ? Pourtant, à partir de 1894, Paris constitue un 'casier sanitaire' de ses immeubles et maisons, soit 80 000 immeubles dont on a la description précise sur le plan de l'architecture et de l'hygiène, auxquels sont rattachés les décès par maladies contagieuses. La carte est nette : en 1904, on peut délimiter très clairement six 'ilôts insalubres'. Où est le fantasme ?

On remarque bien que les ilôts de surmortalité tuberculeuse sont des quartiers pauvres mais ce constat ne suscite pas le prolongement du questionnement : la contagion tuberculeuse est-elle due à l'insalubrité de l'habitat ou bien à la malnutrition et à l'épuisement physique de

---

[382] Alain COTTEREAU, Usure au travail, destins masculins et destins féminins dans les cultures ouvrières, en France, au XIXème siècle, *Le Mouvement social,* n° 124, 1983, p. 83.

[383] Alain COTTEREAU, La tuberculose : maladie urbaine ou maladie de l'usure du travail ? Critique d'une épidémiologie officielle : le cas de Paris, *Sociologie du travail,* 20ème année, n° 2, 1978, p. 195. Dans la suite du texte, nous suivons une partie de l'argumentation de l'auteur.

ceux qui y vivent ? Seuls quelques médecins 'sociaux' (Roux et Netter), rompus aux contacts des tuberculeux dans les bureaux de bienfaisance, contestent l'interprétation dominante et insistent sur le lien entre certains métiers et l'habitat insalubre. Pourtant les 'données' sont bien là, soit des tonnes de littérature et de statistiques : on se contente de séries les plus élémentaires. Déjà là, un argument est escamoté : comment expliquer que la tuberculose, maladie de l'habitat, frappe moins les femmes que les hommes ? Si on calcule, comme l'a fait Alain Cottereau, des séries de mortalité tuberculeuse par sexe et par âge, le doute n'est plus permis : la mortalité tuberculeuse, masculine et féminine, suit l'évolution des conditions de travail des deux sexes. Il paraît évident que la tuberculose ne peut se développer que sur des organismes affaiblis, et que la fatigue provoquée par l'intensité des rythmes et la longueur de la journée de travail est au principe de cet affaiblissement, renforcé par la faiblesse des salaires qui ne permettent pas de se nourrir convenablement. Il faut attendre l'après seconde guerre mondiale (les décrets sur la protection sociale) pour que l'impensable social (le repos des salariés à moyen terme) soit envisagé : on peut alors reconsidérer rétrospectivement l'impensable scientifique, c'est-à-dire l'usure différentielle au travail et ses conséquences pour la santé.

Vieille histoire ? Au moins jusqu'au début des années 1970, la dénégation de l'usure différentielle du travail passe par les découpages, les démarches et les objectifs des différentes disciplines scientifiques. Chacune rencontre, au cours de ses observations sur les lieux de travail, diverses expressions de symptômes et de fatigues mais chacune les traite tantôt comme des facteurs extérieurs à son champ de compétence, tantôt comme ensemble de phénomènes vagues et hétérogènes ('les plaintes') qu'on tente de réduire à des 'facteurs de risques' (selon la logique causale et positiviste des modèles biologiques). Mais on ne comprend pas cette 'nuisance épistémologique et méthodologique' si on ne la rapproche pas de la tension suscitée par les rapports entre les classes sociales.

Reprenant et montrant les limites de la critique husserlienne de l'objectivisme des sciences, Jürgen Habermas montre que toute connaissance scientifique est commandée par un intérêt :

> "Correspondant à trois types de recherches différentes, on peut mettre en évidence trois modes de relations spécifiques entre les règles logiques et méthodologiques d'une part et les intérêts qui commandent la connaissance d'autre part. (...) Les sciences empirico-analytiques procèdent d'un intérêt de connaissance qui est d'ordre *technique*, les sciences historico-herméneutiques d'un intérêt *pratique,* quant aux sciences dont la nature de l'orientation est de nature critique, elles procèdent de cet intérêt *émancipatoire* qui (...) était déjà de façon inavouée au principe des théories traditionnelles. (...) Les intérêts qui commandent la connaissance se forment dans le milieu de travail, dans celui du langage et dans celui de la domination[384]."

[384] Jürgen HABERMAS, Connaissance et intérêt, dans Jürgen HABERMAS, *La technique et la science comme «idéologie»,* Paris, Ed. Gallimard, Coll. Tel, 1973, pp. 145 et 155.

Une partie des sciences sociales, en s'inscrivant dans l'ordre du prévisionnel, se réclame des savoirs empirico-analytiques : leur visée est instrumentale et leurs résultats aboutissent à la constitution de 'technologies sociales' (le 'social engineering' américain), c'est-à-dire des ensembles de moyens rationalisés visant à agir sur le comportement d'une population-cible[385] (personnel d'une entreprise, sous-population à risques...).

Ainsi en est-il de ces sciences sociales appliquées au travail qui développent leurs analyses et leurs applications dans le cadre du 'libéralisme', tout en remettant en cause l'universalité du modèle de l'*homo economicus* rationnel : l'entreprise ne fonctionne pas comme un marché au sein duquel les intérêts égoïstes de chaque personnel se composeraient en une sorte d'équilibre ; au contraire, la plupart des salariés sont tenus pour des êtres influençables et mus par les passions, dont les managers, qui ont l'apanage du bon usage de la raison, doivent harmoniser les comportements en mettant en place des dispositifs techniques d'actions mobilisatrices. Bien entendu, le maître-mot est productivité : où pourrait bien se loger la question de l'usure au travail ?

Certaines théories économiques de l'utilisation de la main d'œuvre s'ajustent parfaitement au productivisme : on mesure les possibilités d'utiliser au mieux les limites de tolérance physique des salariés et on se garde bien d'en évaluer les conséquences en dehors de la rentabilité de l'entreprise[386]. De la même façon, psychologie du travail et ergonomie se sont longtemps contentées de sélectionner les personnels adéquats pour un poste de travail déterminé, - et d'étudier dans quelle mesure l'exploitation d'un ensemble de postes était 'faisable'[387]. Autant de manières dont les intérêts d'une classe dominante orientent les connaissances et produisent le refoulement, voire la dénégation d'objets 'réels', tel l'usure différentielle au travail : c'est par des détours et des moyens indirects qu'on peut rendre possible le retour d'un tel refoulé.

Une première manière de mettre en évidence l'usure différentielle du travail, c'est-à-dire la manière dont la santé se dégrade différemment selon les tâches effectuées, liées à un ou

---

[385] Michel VILLETTE, L'ingénierie sociale : une forme de la sociabilité d'entreprise, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 91-92, 1992, pp. 49-60. Sur la réalité et l'ambiguïté, tant de la notion que des pratiques, cf. § L'ingénierie sociale : une notion nouvelle et ambiguë, pp. 51-53.

[386] Marc BARTOLI, Travail et santé : l'enjeu, *Prévenir,* octobre 1980, pp. 15-31.

[387] Ce sont les travaux du laboratoire d'ergonomie du CNAM, sous la direction d'Alain Wisner, qui renversent, en France, au milieu des années 1970 ces problématiques : et si on adaptait les poste de travail aux hommes qui les occupent et qui y travaillent ? Un peu plus tard, la psychopathologie du travail, sous l'impulsion de Christophe Desjours, montre les limites d'une approche trop 'physique' des contraintes de poste : l'usure physique du corps au travail n'est que la part visible (si on veut bien s'attacher à l'observer) de l'iceberg de la souffrance au travail. Encore faut-il remarquer qu'il s'agit là de recherches universitaires et qu'elles sont peu intégrées, à en croire Michel Villette, dans l'ingénierie sociale à laquelle recourrent le plus souvent les organisations (cf. note 71).

plusieurs postes de travail, consiste à revenir à la structuration même de ce refoulement en son origine. Dès la première moitié du XIXème siècle se font jour, à travers les protestations scandalisées tant d'agents administratifs, d'associations patronales que d'ouvriers, les abus dans la transgression démesurée du temps et de l'intensité du travail : les grandes enquêtes parlementaires, aussi bien en France qu'en Grande Bretagne, finissent par déboucher sur une action législative règlementant d'abord le travail des enfants et des femmes. Mais cet aspect spectaculaire de la reconnaissance des effets du travail sur la santé masque l'habituel et l'ordinaire : la dénonciation des abus laisse dans le non-dit les 'us et coutumes' du travail et, partant, son usure considérée comme normale et légitime.

Le non-dit essentiel en la matière est que la démesure du travail précède toujours la mesure, - et c'est là un trait structurel de la révolution industrielle. La démesure éclate constamment dans les cycles de dérèglementation informelle et formelle des contrats de travail : au début du XIXème siècle, les bouleversements successifs des systèmes des salaires témoignent d'une pression productiviste permanente ; dans l'actualité de la fin du XXème siècle, la question du 'partage du travail' est traitée sous la contrainte inévitable de la productivité, tout comme la mondialisation de l'économie met en concurrence, toujours au nom d'une production rapide au moindre coût, les femmes et les enfants surexploités de l'Asie du Sud-Est et les salariés des anciens pays industrialisés auxquels les systèmes de protection sociale offrent certaines garanties.

En jouant de la concurrence entre les individus, le système industriel les précipite dans une course sans fin à l'accélération des rythmes de travail et à l'intensification des tâches, que ce soit à l'usine, dans les chantiers ou à domicile. Toujours le même enjeu : compenser les baisses de salaires dues à l'élévation des normes de productivité en produisant davantage et plus vite, ou bien en faisant de longues heures supplémentaires. Sur cette pente le mode de production capitaliste ne s'arrête jamais : la quête sans fin de la meilleure productivité est source de remise en cause permanente du prix du travail, soit directement (réduction du salaire ou des primes), soit indirectement (multiplication des chômeurs et des exclus de l'activité économique formelle, affaiblissement de la protection sociale). Seules l'opposition des salariés et la mise en forme par l'État de mesures législatives qu'il fait respecter permet de freiner, voire d'arrêter au moins momentanément, l'engagement toujours plus grand dans une telle direction. C'est cet ensemble de dispositifs au service d'une productivité toujours plus grande et aux formes mouvantes (selon les aléas des conjonctures économiques et politiques) qui occulte ce qui est au principe de l'usure par le travail :

> "à partir de la révolution industrielle et jusqu'à aujourd'hui, *l'usure au travail est toujours située dans un champ de forces induit par la démesure du travail.* Sur un plan théorique général, le champ de forces peut se résumer en termes très simples : *avec la révolution industrielle s'instaure une pression productiviste permanente. Cette pression*

productiviste ne connaît pas d'autre limitation que celle opposée par les travailleurs [388]."

Refoulement et dénégation de l'usure au travail permettent de comprendre les difficultés à définir et à reconnaître les maladies professionnelles (cf. ci-dessus les enjeux et conflits autour de l'enquête *Sumer*). Selon le National Institute for Occupationnal Safety and Health (organisme fédéral américain), près de 400 000 salariés contractent chaque année une maladie professionnelle et un quart en meurent : cela représente l'équivalent d'une guerre du Vietnam tous les ans ! On a vu qu'en France seulement 4 000 cas de maladies professionnelles étaient reconnus tous les ans : il est peu vraisemblable que la situation dans notre pays soit infiniment plus favorable, toutes proportions gardées... En outre, on l'a indiqué à propos des cancers, ces chiffres ne tiennent pas compte véritablement des conséquences que peuvent avoir les conditions de travail sur les maladies qui sont les grandes causes de mortalité contemporaine (pathologies circulatoires et cancers), mais aussi des maladies particulièrement éprouvantes à cause des souffrances qu'elles provoquent (pathologies ostéo-articulaires).

Chaque année apparaissent des milliers de toxiques utilisés dans les circuits de la production économique : des chercheurs québécois indiquent que l'industrie américaine emploie 15 000 produits toxiques et qu'elle en introduit 3 000 nouveaux par an (qu'ils soient substitués aux anciens ou pas) ; or, seulement 500 de ces produits ont fait l'objet d'études de nocivité et de règlementations[389]. Peut-on imaginer que de tels produits soient sans importance pour la santé ?

> "À titre d'exemple rappelons certaines estimations américaines concernant les effets de l'amiante. Sur 800 000 travailleurs qui ont été précédemment exposés ou qui le sont encore, on a estimé que 100 000 d'entre eux mourront d'un cancer du poumon, 35 000 d'un cancer de la plèvre et 35 000 d'amiantose. Alors que le taux du cancer de la plèvre parmi la population active serait de 1/10 000, les travailleurs qui sont en contact avec des poussières d'amiante auraient par conséquent un taux 700 fois plus élevé[390] !"

Ce type d'observations en reste au niveau de ce que Villermé dénonçait comme insuffisant : la salubrité. *Suffirait-il de protéger les salariés contre les toxiques, les machines, les postures et les appareils dangereux ? On a indiqué que ce sont les rythmes et intensité de travail qui paraissent avoir un rôle déterminant.* Mais la résistance à une telle hypothèse est si forte qu'on recherche d'abord les facteurs génétiques ou bien les agresseurs physiques ou chimiques, responsables de morbidité et mortalité : en dernier recours on parlera de 'facteur social' comme catégorie résiduelle imprécise et mal définie, sans remarquer d'ailleurs que les

---

[388] Alain COTEREAU, Usure au travail, destins masculins et destins féminins..., (1983) op.cit., p.73

[389] S. DAUM et J. STELLMAN, *Perdre sa vie à la gagner,* Montréal, Ed. Parti-Pris, 1979.

[390] Jean-François CHANLAT, Usure différentielle au travail, classes sociales et santé : un aperçu des études épidémiologiques contemporaines, *Le Mouvement Social,* n° 124, 1983, p. 161-162.

dits agresseurs physiques ou chimiques ne sont pas là par hasard, n'occupent donc pas une place 'naturelle'.

Du rythme et de l'intensité des cadences au stress : la double nature du travail.

C'est pour réagir à ce manque de rigueur, traduisant un refus de savoir au-delà de la salubrité, qu'a été théorisée et mise à l'épreuve une nouvelle étiologie sociale des maladies, en particulier par des études sur le stress, dans les pays anglo-saxons et scandinaves. Ce qui paraît ainsi aller de soi, suppose au contraire une double rupture dans la façon de théoriser. D'abord il faut admettre qu'une maladie peut avoir une cause non-spécifique (ce qui va à l'encontre de l'étiologie classique, depuis Pasteur) : bien que dès 1850 on ait su, par les travaux d'anatomo-pathologie conduits par Guillot à Bicêtre, que près des deux tiers des vieillards hospitalisés présentaient des lésions tuberculeuses anciennes guéries (comment le corps avait-il pu réagir en l'absence de traitement ?), il faut attendre les dégâts massifs des maladies chroniques pour qu'on accepte véritablement que la causalité linéaire est inadéquate. Au milieu des années 60, Cassel exprime l'idée d'un renversement : non pas partir d'une maladie pour en rechercher les antécédents, mais supposer qu'un processus est pathogène et faire le bilan des pathologies qu'il peut engendrer[391].

La seconde rupture intervient quand on en vient à penser que la maladie n'est pas seulement produite par l'agression d'agents pathogènes : quand ceux-ci ne sont pas trop puissants, l'hôte qui les reçoit peut leur résister. Cela suppose que les individus soient eux-mêmes suffisamment forts pour développer les mécanismes de résistance adéquats : les personnes âgées tuberculeuses guéries qu'observait Guillot avaient réussi à éliminer le bacille et à cicatriser ses dégâts, sans le moindre traitement. Comment rendre les individus moins vulnérables ? Comment renforcer leur immunité ?

On fait d'abord l'hypothèse que la 'susceptibilité' ou la 'vulnérabilité' à la maladie est liée au stress. Selye, le premier théoricien, en donne une définition biologique, même si elle tient compte de l'interaction avec l'environnement : le stress est une réponse physiologique d'adaptation (dominée par l'hyperactivité du cortex cérébral) aux stimuli du milieu ; indispensable à la vie, le stress a donc des effets bienfaisants mais aussi pathogènes. Sur cette définition se sont articulés des travaux de psychologie qui mettent au cœur de leur problématisation la capacité des individus à faire face (*coping behavior*) à des agents stresseurs ou à des événements de vie particulièrement stressants[392] : l'enjeu est de savoir comment les individus négocient la menace au point d'éviter (ou d'aboutir à) l'épuisement physique et émotionnel (burn-out) qui se traduit par une auto-évaluation négative et des

---

[391] John CASSEL, Social science theory as a source of hypotheses in epidemiological research, *American Journal of Public Health,* 17, 1964, pp. 242-304.

[392] Dominique LE DISERT, *La maladie : la part du social,* Paris, Ed. du CDSH, 1985. Cf. en particulier les chapitres II, III et V.

attitudes défavorables envers l'activité et les relations (perte d'intérêt au travail et aux rencontres).

On a reproché à ces recherches d'une part leur insistance sur les aspects subjectifs au point que les stresseurs perçus deviennent plus importants que les conditions matérielles de l'environnement, - et d'autre part du peu de considération qu'elles font des contradictions au sein des organisations et des conflits qui en résultent. En France, l'équipe de Max Pagès a tenté une articulation entre niveau organisationnel, niveau interpersonnel et niveau intrapsychique :

> "Dans l'entreprise managériale qui «transforme la nécessité de travailler en désir de faire carrière», le stress risque de déboucher sur «les maladies de l'excellence» - dépression, *burn-out,* maladies cardio-vasculaires - des maladies de «l'idéalité» qui surviennent chez des personnes nourrissant un grand idéal quand, au «contrat narcissique» qu'elles ont passé avec l'organisation et à «la fusion» succèdent la «rupture» et «l'effondrement»[393]."

Le scandinave Bertril Gardell, en analysant les effets sur la santé des travailleurs de la démocratisation d'une entreprise suédoise, montre a contrario que la prise de distance et l'autonomisation des salariés fait croître leur confiance en eux-mêmes : l'autonomie dans le travail et la régulation ouverte des conflits diminuent le stress et dé-pathologise la situation d'activité professionnelle[394]. Ces exemples parmi d'autres ont le mérite de porter la notion de stress sur le terrain sociologique des cadres sociaux de son accomplissement. Il reste que l'insistance sur les stresseurs psycho-sociaux plutôt que sur les maladies professionnelles offre la trace de leur lieu privilégié d'observation : les cols blancs. Cela n'exclut évidemment pas que le stress soit sans effet sur les travailleurs manuels.

> "En effet, bien qu'il existe peu d'études tentant d'analyser les effets conjugués de mauvaises conditions physiques de travail et de stresseurs psycho-sociaux, on a quand même suffisamment de données pour affirmer que les stresseurs psycho-sociaux ne sont pas uniquement l'apanage des cols blancs. (...) le malaise des cadres et des professions libérales, dont on parle tant aujourd'hui, ne doit jamais faire oublier que l'aliénation, les névroses, les psychoses, l'épuisement psychique, l'alcoolisme, la drogue tout comme d'ailleurs d'autres pathologies sont des problèmes qui affectent davantage les travailleurs qui subissent le plus durement l'organisation taylorienne du travail et ses impératifs : rendement, productivité, contrainte de temps, régime rotatif, travail de nuit, etc.[395]."

---

[393] Thomas PÉRILLEUX, Santé et identité dans les organisations : une revue de la littérature, *Recherches sociologiques,* Vol. XXIII, n° 3, 1992, p. 97.
[394] Bertril GARDELL, Scandinavian research on stress in working life, *International Journal of Health Services,* Vol. 12, n° 1, 1982, cité par Thomas PÉRILLEUX (1992), op.cit.
[395] Jean-François CHANLAT (1983), op.cit., p. 166-167.

Si les stresseurs psycho-sociaux n'affectent pas exclusivement les classes moyennes, ils restent pour elles les mécanismes pathogènes privilégiés. Cela tient à la nature du travail qu'elles accomplissent. Contre ceux qui définissent le travail comme domination de la nature, Georges Benguigui défend la conception d'une dualité du travail : l'activité humaine doit se déployer dans deux directions pour faire face à un double problème, «comment survivre ensemble ?» et «comment vivre ensemble ?».

> "On peut alors dire qu'il existe deux sortes de travail : celui qui s'exerce sur les autres hommes et celui qui s'exerce sur la nature. Le travail est une double activité rationnelle et transformatrice exercée et sur les hommes et sur la nature et non pas seulement comme on le dit souvent une activité sur la nature qui transforme l'homme. (...) Il faut insister sur le fait qu'au sein même de chacune de ces sphères, cette distinction rapport aux autres hommes - rapport à la nature va se retrouver : au sein de la sphère du «vivre ensemble» on retrouve et un travail sur les hommes et un travail sur la nature (qu'on pense par exemple au cas de l'organisation spatiale). Il en va de même au sein de la sphère du «produire ensemble» (qu'on pense aux problèmes du commandement par exemple). Disons simplement qu'au sein de la sphère du «vivre ensemble» c'est le travail sur les hommes qui est majoritaire alors que l'inverse est vrai pour la sphère de la production[396]."

Vu sous cet angle, le travail apparaît alors comme susceptible de produire des effets pathogènes différenciés. Comme les classes sociales sont déterminées, parmi d'autres critères, par la nature des métiers et professions, on comprend que des types de maladies puissent affecter davantage les unes que les autres. Encore convient-il de reprendre et de prolonger la complexité de l'entrelacement entre les deux sphères, déjà soulignée par Georges Benguigui. Cet auteur poursuit son analyse en rappelant d'une part que sa définition du travail est proche de la distinction habermassienne entre travail et interaction, - et, d'autre part, que Jürgen Habermas décèle un double type d'interaction : l'interaction stratégique dans laquelle une partie des acteurs est un moyen au service d'une fin définie par d'autres ; l'interaction communicationnelle qui vise à définir sur une base argumentative des obligations reconnues par tous[397]. La position des individus au regard de ces différents aspects n'est pas indifférente : on peut supposer qu'elle détermine des types d'usure distinctes qui pourraient expliquer les variations intra-classes de morbidité et de mortalité.

Expliquer les écarts de santé par l'usure différentielle du travail a l'intérêt de rendre intelligible les effets contradictoires du chômage sur la santé (cf. ci-dessus). Une partie des chômeurs éprouve un mieux-être dans leur vie après le licenciement : on a pu noter que ce type de réaction concernait les travailleurs qui effectuaient des tâches pénibles. Selon la

---

[396] Georges BENGUIGUI, Travail et classes moyennes, *Cahiers internationaux de sociologie,* Vol. LXXXIX, 1990, pp. 258 et 265.
[397] Jürgen HABERMAS (1973), op.cit., pp. 21-22.

logique de l'usure au travail, il est clair que l'interruption d'un travail fatiguant et pénible arrête du même coup le processus en cours de dégradation de la santé : ainsi peut se comprendre le paradoxe selon lequel le chômage améliore la santé (bien évidemment sous la condition que nous venons d'énoncer). Paradoxe en effet dans la mesure où les approches macro-sociales, travaillant sur des données économiques et sanitaires déjà agrégées, permettent de montrer qu'il existe toujours une association statistique stable entre les périodes de récession économique et les moments au cours desquels il existe une aggravation générale de la mauvaise santé dans la population[398]. Inversement la théorie du stress, dont on a vu qu'elle déborde du cadre des situations de travail, permet de comprendre l'effet négatif du chômage sur la santé : les personnes actives au chômage qui ne parviennent pas à obtenir un emploi se perçoivent comme 'incapables' et perdent l'estime d'elles-mêmes tout comme l'intérêt à rencontrer autrui (isolement social et solitude les mettent sur la pente de la dépression et de symptômes psychosomatiques douloureux). En outre celles qui ont le moins de ressources sont soumises aux privations[399].

L'examen historique des périodes pendant lesquelles le chômage s'est fortement accru va dans le sens de cette interprétation en montrant combien les contextes économiques influencent les perceptions de la bonne et de la mauvaise santé. Voici comment. La maladie, parce qu'elle met l'individu dans l'impossibilité de travailler, justifie l'absentéisme au travail parce qu'elle permet au malade de rétablir sa capacité productive. Cette perspective parsonnienne est largement théorique : la maladie est utilisée comme moyen légitime d'absence au travail, quelle que soit sa gravité (de ce point de vue, il peut y avoir une utilisation 'abusive' de la protection sociale). Mais les employeurs se préoccupent peu de cette réalité : ce qui les intéresse, ce sont des individus qui 'tiennent' leur poste et, en période de crise, une part de la discrimination entre les salariés se fait sur ce terrain-là. Ceux qui ne peuvent pas assurer la constance dans les rythmes de travail sont mis 'en retrait', et cette situation de retrait peut être catégorisée en termes d'incapacité temporaire ou permanente, de maladie chronique ou de déficience mentale. Mais la détermination de ces catégories n'est pas constante : en période de récession, elles s'élargissent tandis qu'on les voit se restreindre sous l'urgence économique, en particulier dans les industries d'armement, pendant les guerres. Cela ne veut pas dire que l'accroissement de la morbidité et des incapacités soit purement

---

[398] M.H. BRENNER, Mortality and economic instability : detailed analysis for Britain and comparative analysis for selected industrial countries, *International Journal of Health Services,* 13, 1983, pp. 581-623, cité par Noël WHITESIDE, Unemployment and Health : An Historical Perspective, *Journal of Social Policy,* Vol. 17, n° 2, p. 178. La limite principale de cette approche globale est le présupposé d'un décalage temporel (dont la longueur est déterminée a priori) entre la récession économique et l'effondrement des indices de santé d'une nation.

[399] Gisèle FOURNIER, Michel GLAUDE et Emmanuel REYNAUD, Familles ouvrières et chômage : des budgets difficilement compressibles, *Économie et statistique,* n° 170, 1984, pp. 37-52.

‘artificiel’ : cela signifie que les privations et le stress consécutifs au chômage tombent sur les épaules de ceux qui sont les moins capables psychologiquement et/ou physiquement de se maintenir dans le courant porteur. Autrement dit, toute période de chômage élevé voit apparaître un accroissement de la maladie et des incapacités au sein de cette partie de la population laborieuse qui est ‘normalement’ en bonne santé : la récession économique a tendance à accroître les dépendances sociales de toutes sortes, alors qu’à l’inverse la prospérité les réduit.

Conditions de travail et durées de vie.

À ces tentatives imparfaites de prise en compte des effets du stress et de l’usure du travail correspond l’établissement de l’impact du système industriel sur les durées de vie. Au XIXème siècle d’abord, alors que l’espérance moyenne de vie à 20 ans est de l’ordre de 40 ans, on observe une différence de longévité entre les sexes en faveur des femmes, à partir de 1860 (différence qui va s’accentuer) et ce, au sein de chaque classe sociale, au regard des moyennes établies. Dès que l’on prend en considération les âges, apparaît un autre phénomène : jusqu’à 30-35 ans il existe une surmortalité des ouvrières par rapport aux ouvriers des âges correspondants. Une analyse attentive des données disponibles permet à Alain Cottereau d’esquisser un double modèle d’usure au travail des ouvriers :

> “Pour les hommes, l’exposition continue et forcée au marché du travail entraîne une usure continue et cumulative. Lorsque la santé devient mauvaise, il n’est pas possible de se retirer à temps du travail. Pour les femmes en milieu ouvrier, la pression à l’exposition au marché du travail est certes très forte, mais des possibilités de se retirer du marché du travail subsistent à certaines phases de l’existence, lorsque le salaire de la famille (mari, ascendants, enfants) le permet. D’autre part, le retrait pour simple raison de santé est davantage toléré pour les femmes que pour les hommes. Les différences bien connues des taux d’activité par âges seraient liées, entre autres phénomènes, à ces différences de pression en cours de vie de travail[400].”

À côté de ce mécanisme qui différencie les sexes et avantage les femmes sur la durée totale de la vie par une moindre exposition féminine aux contraintes du travail, il existe un autre processus qui désavantage les femmes au début de la vie adulte : le surmenage et l’épuisement des jeunes ouvrières n’est pas une bonne préparation à leurs maternités, quand arrive le temps du concubinage ou du mariage ; par ailleurs, ils constituent de bons ingrédients pour diminuer la résistance à la tuberculose : divers témoignages et enquêtes dans les industries textiles lilloises attestent que le maximum de tousseurs et tousseuses s’observe entre 25 et 35 ans et qu’il existe une plus forte proportion de tousseuses dans les métiers où les rythmes et l’intensité du travail sont les plus élevés.

---

[400] Alain COTTEREAU, Usure au travail, destins masculins et destins féminins... (1983), op.cit., p. 91.

Le double régime d'usure au travail selon les sexes et les classes sociales a le mérite de rendre intelligible à la fois la surmortalité masculine par rapport à la mortalité féminine, en moyenne et sur l'ensemble de la vie, - et la surmortalité des femmes mariées qui exercent des métiers manuels très durs au regard de la mortalité des inactives. Ce modèle, compte tenu des données sur lesquelles il a été bâti, est historiquement daté : peut-on en élargir la portée au-delà du XIXème siècle ? Pour le dire brutalement, en cette fin de XXème siècle, peut-on encore soutenir que le travail est d'autant plus mortifère qu'on a été plus longuement exposé à son accomplissement dans des conditions pénibles et difficiles ?

On peut être amené à en douter puisqu'on observe qu'au moment même où la courbe d'activité féminine ne cesse d'être ascendante (à partir du milieu des années 60[401]), l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes ne cesse de croître. Cette approche est évidemment superficielle puisqu'elle suppose que l'usure au travail produit immédiatement des effets néfastes sur la santé, - et qu'elle ne tient pas compte du fait que nous sommes dans un moment historique où les vieilles générations de femmes sont celles qui, toutes proportions gardées, ont le moins participé à la vie active formelle (encore faut-il supposer que le travail domestique n'a pas l'effet d'usure du travail professionnel).

Comparant la mortalité des actives et des inactives aux différents âges en 1975-1977, Marie-Hélène Bouvier-Colle observe que les taux de mortalité des inactives est toujours plus élevé, même si les écarts relatifs, selon l'âge, sont fluctuants (écart faible aux jeunes âges, écarts forts à l'âge adulte, réduction de l'écart à l'approche de l'âge à la retraite)[402]. L'auteur interprète ces données comme un effet de sélection par la santé, renforcé par un effet protecteur du travail. Divers détails invitent à reconsidérer ce point de vue.

L'écart entre actives et inactives est peu marqué au début. Or c'est la période de vie où l'engagement dans l'activité professionnelle est le fait des femmes qui ne poursuivent pas d'études supérieures, c'est-à-dire dont on peut penser que le faible niveau d'instruction va de pair avec des métiers peu qualifiés et pénibles. À l'âge adulte, l'écart de mortalité est le plus élevé. Or on sait par des enquêtes spécifiques que les sorties féminines d'activité sont liées à la maternité et au niveau socio-professionnel (les catégories dont le travail est pénible et dévalorisé quittent davantage l'activité) : n'est-ce pas un modèle équivalent à celui qu'a établi Alain Cottereau pour le XIXème siècle ?

Autrement dit, si la mortalité des inactives est plus élevée, ce n'est pas à cause d'une mauvaise santé antérieure (hypothèse de la sélection) ou d'une absence d'engagement dans la vie active professionnelle (hypothèse d'un manque d'effet protecteur du travail), mais bien plutôt parce que les jeunes actives qui se retirent vers l'inactivité paient déjà leur tribut à une usure précoce par le travail prématurément accompli. Si l'on examine la structure des causes

---

[401] Olivier MARCHAND et Claude THÉLOT (1991), op.cit., pp. 70-76.

[402] Marie-Hélène BOUVIER-COLLE, Mortalité et activité professionnelle chez les femmes, *Population,* 38ème année, n° 1, 1983, pp. 107-136.

de décès à 25-44 ans, la cirrhose du foie et l'alcoolisme sont la cause la plus importante pour les inactives, suivie par les tumeurs du sein, les accidents de la route et les tumeurs de l'utérus (comparativement pour les actives, d'abord les accidents de la route, puis les suicides et les tumeurs du sein). Cette observation va dans le sens des remarques de Jean-François Chanlat (cf. ci-dessus) : l'alcoolisme affecte davantage les salariés qui subissent les contraintes de l'organisation taylorienne du travail. Par ailleurs on a pu montrer qu'à l'exception d'un type d'alcoolisme féminin lié à l'instabilité conjugale dans un contexte d'attachement au foyer, les autres types de femmes alcooliques se caractérisaient surtout par des modes de rapport spécifique à l'activité professionnelle, du fatalisme qui fait (mal) supporter les pires conditions de travail et de vie - à la revendication d'une autonomie et d'une indépendance, par un exercice professionnel identique à celui des hommes, dont l'environnement les frustre[403]. À la suite, on peut faire l'hypothèse que bon nombre de femmes alcooliques inactives en sont arrivées là du fait des conditions de leur activité professionnelle antérieure. Comme dans le modèle d'Alain Cottereau, on remarque que la mortalité des inactives qui suit des complications de grossesse, bien que faible, est tout de même le double de celle des actives.

Quand approche l'âge de la retraite (l'auteur considère ici le groupe des 45 à 64 ans), les inactives ont une mortalité moins prononcée : au cours de cette période, des femmes actives ont pu bénéficier de leur pension de reversion dès 50 ans et, année après année, toutes les actives les ont rejointes. Faut-il dire alors que la 'surmortalité' des inactives diminue ? On peut au contraire faire l'hypothèse que l'usure du travail va faire son œuvre de la même manière chez les actives passées à l'inactivité et chez celles qui continuent pour atteindre l'âge de la retraite. Si le cancer du sein devient la première cause de mortalité pour toutes les femmes de ces âges, viennent ensuite la cirrhose et l'alcoolisme pour les inactives, - et les maladies cérébro-vasculaires pour les autres (actives et inactives se rejoignent pour les décès par cardiopathies ischémiques et les tumeurs de l'utérus et du colon-rectum).

L'interprétation alternative que nous proposons, si elle est cohérente à la fois avec le modèle du XIXème siècle et avec les données disponibles, n'est pas pour autant vérifiée : cela supposerait le suivi de générations dont on pourrait connaître les histoires professionnelle, matrimoniale et sanitaire. Cependant un ultime indice paraît conforter notre interprétation. Il existe bien sûr un écart de mortalité entre les actives selon les CSP : les moins favorisées sont les salariées agricoles et les personnels de service ; les plus favorisées, dans un ordre croissant, sont les cadres moyens, les professions libérales et cadres supérieures, enfin les artisanes-commerçantes ; entre ces positions extrêmes la catégorie employée-ouvrière. L'aspect le plus intéressant, de notre point de vue, tient à ce que les salariées agricoles ont un

---

[403] Jean-Michel BERTHELOT, Serge CLÉMENT, Marcel DRULHE, José FORNÉ, Monique MEMBRADO, *Les alcoolismes féminins,* Toulouse, Rapport de recherche pour le HCEIA, janvier 1984, 285 p. ; Marcel DRULHE et Serge CLÉMENT, Pour une sociologie de l'alcoolisme et des alcooliques, dans : Alphonse d'HOUTAUD et Michel TALEGHANI (sous la direction de), *Sciences sociales et alcool,* Paris, Ed. L'Harmattan, 1994.

taux de mortalité supérieur à celui des femmes inactives et que celui des personnels de service en est fort proche : on peut supposer, d'une part, qu'il s'agit là de catégories dont les tâches sont parmi les plus pénibles et les moins valorisées,- et d'autre part, que ce sont les catégories dont les conditions d'existence sont telles qu'elles peuvent moins que d'autres passer tôt à l'inactivité (elles continuent à subir, leur vie durant, l'usure du travail) : ce double processus permet de comprendre que leur mortalité, contrairement à celle des autres actives, est supérieure ou équivalente à celle des inactives.

Travail domestique et travail professionnel : une usure différentielle ?

À force de tenter de rendre compte des écarts de santé par l'usure différentielle au travail, n'est-on pas amené à écarter d'autres aspects de la vie en société qui contribuent à les accentuer ou à les réduire ? En particulier, même si les femmes, quand elles sont actives, ont un régime particulier d'usure au travail, peut-on tenir le travail et les rôles domestiques pour non-pertinents dans ces processus ?

L'intérêt des travaux de Sara Arber vient de son examen des rôles masculins et féminins sous la double contrainte du statut (activité/inactivité) et de la position sociale (appartenance de classe)[404]. Reprenant le débat entre Goldthorpe et Stanworth à propos de la détermination de la position sociale des femmes[405], elle adopte à la fois 'l'approche conventionnelle' (attribution aux femmes de la catégorie sociale de leur conjoint ou de leur père) et 'l'approche individualiste' (les femmes sont classées dans une catégorie socio-professionnelle en fonction du métier qu'elles exercent ou qu'elles ont exercé) pour comparer les effets de construction de cet indice sur les écarts constatés. Reprenant les données de l'enquête générale sur les ménages britanniques de 1985-1986 pour les hommes et les femmes âgés de 20 à 59 ans, elle montre que le gradient de la relation entre position sociale et maladie de longue durée (l'indicateur retenu pour mesurer le niveau de santé) est plus important pour les hommes que pour les femmes : si la position sociale des femmes est déterminée selon la perspective classique, c'est-à-dire en fonction de celle du conjoint, le gradient prend la forme d'une pente linéaire semblable à celle des hommes, mais dont la 'raideur' est plus faible ; par contre, si on détermine la position sociale des femmes en fonction de leur propre profession, le gradient prend une forme incurvée : les femmes exerçant une profession libérale ou ayant des

---

[404] Sara ARBER, Class, paid employment and family roles : making sense of structural disadvantage, gender and health status, *Social science and Medicine,* Vol. 32, n° 4, 1991, pp. 425-436.

[405] On trouvera ce débat dans la revue britannique *Sociology* Vol. 17, n° 4, 1983 et Vol. 18, n° 2 et 4, 1984. Une présentation synthétique et critique des arguments de ce débat est effectuée, avant d'être appliquée à la société française, dans Louis-André VALLET, Activité professionnelle de la femme mariée et détermination de la position sociale de la famille. Un test empirique : la France entre 1962 et 1982, *Revue française de sociologie,* Vol. XXVII, n° 4, 1986, pp. 655-696.

fonctions de direction ont une plus mauvaise santé que les autres femmes qui exercent des métiers non-manuels.

Partant de ce premier constat, l'auteur montre que, si les différences de santé pour les hommes relèvent essentiellement de processus liés à l'activité (avoir un emploi ou être au chômage) et à la classe sociale, on ne peut pas comprendre les écarts chez les femmes si on ne tient pas compte de l'interaction entre le statut (active/inactive/au chômage), la position sociale propre et les rôles familiaux : la probabilité d'avoir une maladie de longue durée est la plus élevée pour les femmes qui sont exclues du marché du travail (chômeuses ou femmes au foyer), à l'exception de celles qui ont des enfants en âge pré-scolaire ou scolaire.

Une telle conclusion va dans le sens de l'interprétation durkheimienne concernant les mécanismes protecteurs du suicide, mais elle la précise : pour les femmes ce n'est pas le rôle conjugal mais le rôle maternel qui a un effet protecteur en matière de santé, tant qu'il peut être exercé. On peut donc dire que le travail domestique lié au maternage a un effet aussi positif que l'activité professionnelle, à condition que celle-ci ne relève pas de la démesure qui provoque une usure prématurée. Peut-on expliciter un dénominateur commun entre les deux situations ?

Pour y parvenir, il convient d'abord de prendre la mesure de la division sexuelle du travail[406]. Quels que soient les secteurs d'activité et leur degré de modernisation technologique, on constate une tendance à attribuer aux femmes les postes les plus simples et les plus dénués d'outils : métiers et emplois dévolus aux femmes correspondent souvent à des travaux d'exécution effectués à mains nues, peu spécialisés et routiniers, exigeant plus d'une fois une simultanéité de tâches hétérogènes à exécuter, avec des contraintes de rythmes soutenus. Cette tendance, déjà bien repérée par Madeleine Guilbert au milieu des années 60, est encore observée en France comme en Angleterre au milieu des années 80 : elle correspond à la visée des entreprises qui cherchent à tirer un parti optimum des 'qualifications' acquises dans la sphère domestique, sans qu'elles soient reconnues à leur juste titre.

Autrement dit, il existe une continuité de la sphère domestique à l'activité professionnelle, qui exclut l'abstraction, le raisonnement, l'inventivité, la décision autonome et l'indépendance au profit de l'exécution routinière, de la surveillance et de la passivité en position de subordination vis-à-vis du personnel d'encadrement. Quand l'activité professionnelle se calque sur les caractéristiques du travail domestique tout en accentuant ses rythmes et son intensité, des effets nocifs sur la santé apparaissent : c'est la surmortalité des femmes mariées engagées dans des emplois sans prestige, observée dans l'enquête américaine de Judith Hibbard et Clyde Pope ; c'est une mortalité plus grande que celle des inactives (ou équivalente à la leur) chez les femmes salariées agricoles ou personnels de service, dans les données de Marie-Hélène Bouvier-Colle ; Jacques Broda parle du syndrome des «3 P» pour

[406] Helena HIRATA et Chantal ROGERAT, Technologie, qualification et division sexuelle du travail, *Revue française de sociologie*, Vol. XXIX, n° 1, 1988, pp. 171-192.

indiquer l'effet dévastateur convergent des pressions horaires, de la pression hiérarchique et de l'absence de perspective professionnelle sur l'équilibre psychosomatique de femmes OS, travaillant en équipe dans l'agro-alimentaire[407].

À l'inverse, quelle correspondance peut-il exister entre la fonction maternelle et une activité professionnelle féminine qui ne serait pas le décalque accentué du travail domestique ? Nous définirons ici la fonction maternelle (*nurturance* en américain) selon ses divers aspects contradictoires, mis en lumière par les mouvements féministes d'Amérique du Nord. Dans un monde où les idéaux d'indépendance et de réussite n'ont rien à voir avec l'état de dépendance dans lequel se trouve l'être humain à certains moments de sa vie, elle est ce qui permet à une biographie humaine de se déployer dans la durée par l'assistance et le soutien de personnes très proches :

> "Faite d'affection et d'amour, fondée sur la coopération par opposition à la compétition, elle correspond à une activité dont le rendement ne peut pas vraiment se mesurer, qui est durable plutôt que temporaire, et régie par le sentiment et la moralité et non par la loi et le contrat. Nous découvrons que ce qui donne forme à notre conception de la famille trouve sa source dans l'opposition symbolique au monde du travail et des affaires, en d'autres termes, aux relations de marché du capitalisme[408]."

Identifiée à la catégorie 'femme' et localisée dans l'espace domestique, la fonction maternelle ne peut se réduire ni à l'une ni à l'autre : elle peut s'exercer hors du foyer dans un champ social plus vaste ; elle est aussi à l'œuvre quand un homme prend toutes ses responsabilités dans l'éducation de ses enfants, par exemple. Elle n'est donc pas une qualité naturelle mais acquise.

Qu'elle ait été historiquement 'rangée' sous le double registre de la féminité et de la domesticité, et par là même soumise à la domination masculine impliquée par les rapports sociaux de sexe, ne lui enlève en rien sa portée critique latente de la rationalité du marché, de l'individualisme et de la prédominance des soucis de carrière au détriment du lien social qu'elle contribue fortement à tisser : elle constitue un modèle de service qui est l'anti-thèse du 'donnant-donnant' et de comportements prédateurs continus, parce qu'elle favorise toutes formes de sociabilité permettant à chacun, qu'il soit démuni ou pas, d'exercer sa responsabilité permanente d'être humain envers autrui.

---

[407] Jacques BRODA, Le syndrome des «3 P» : pression horaire, pression hiérarchique, pas de perspective professionnelle, *Sociologie du travail,* Vol. XXX, n° 1, 1988, pp. 19-36.

[408] Faye D. GINSBURG, La représentation de la fonction maternelle (nurturance) dans les mouvements féministes américains, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 84, 1990, pp. 49-56. Voir aussi Carol C. MUKHOPADHYAY, Anthropological studies of women's status revisited : 1977-1987, *Annual Review of Anthropology,* 17, 1988, § Beyond reproductive determinism, pp. 482-486 ; Luce IRIGARAY, *Le temps de la différence,* Paris, Le livre de poche, Coll. Biblio essais, 1989, § Comment devenir des femmes civiles ?, pp. 53-78.

Si l'exercice de la fonction maternelle est protecteur en matière de santé, si l'activité professionnelle féminine est au contraire néfaste dès lors qu'elle s'accomplit dans la continuité et l'aggravation des caractéristiques du travail domestique, on sait aussi qu'il existe un type d'activité professionnelle féminine protectrice. On peut supposer que le trait commun existant entre cette sorte d'activité et la fonction maternelle est le service (entendu dans un sens proche de ce qui constitue l'un des traits de la fonction maternelle) : la féminisation de certaines professions n'en témoignent-elles pas ? Dans le tertiaire à statut, qui représente une partie du 'service public', les femmes occupent près des deux tiers des emplois au milieu des années 80 ; on sait que la féminisation des professions intermédiaires est due à une forte croissance des services médicaux et sociaux, où elles occupent près des trois quarts des emplois ; dans le secteur de l'éducation, les femmes sont majoritaires (63 % des instituteurs sont des femmes en 1982)[409]. S'il en est ainsi, on comprend pourquoi la pente du gradient santé-classes sociales propres aux femmes s'incurve pour celles qui exerçent une profession libérale ou de direction, selon les résultats de Sara Arber : dans la mesure où cela signifie qu'elles ont rejoint le monde masculin de la compétition, de la productivité et du contrat, elles sont dans des conditions de travail identiques à celui des hommes, c'est-à-dire hors du champ de protection de la fonction maternelle, du moins dans ce type d'espace social. En outre il est probable qu'elles se sentent obligées de porter à l'excellence l'accomplissement de leur tâche pour asseoir leur légitimité dans un monde masculin.

Le contexte historique, on l'a vu, a opéré une très forte tendance à l'agrégation de la fonction maternelle, de la féminité et du travail domestique, de sorte que la charge des soins informels, non seulement aux enfants, mais aussi aux handicapés de tous âges (dont les personnes âgées), est largement assurée par les femmes. Une telle prise en charge n'a évidemment pas le même sens ni le même poids selon la personne entourée et aidée (en particulier son âge et la nature de sa dépendance), selon les possibilités d'une démultiplication de l'aide (soutien de membres de la famille et/ou de la belle-famille, possibilités financières d'aménager et d'adapter le logement, moyens personnels ou prestations attribuées par des organismes publics pour avoir recours à des professionnels du soin à domicile), ni selon que la personne soutenue vit en cohabitation ou pas avec l'aidant(e).

Analysant les fichiers du recensement de 1982 correspondants à la population vivant de la retraite ainsi que les ménages privés où vit au moins un retraité, Françoise Cribier montre qu'agriculteurs, commerçants et veuves sans retraite propre cohabitent plus que les autres à âge égal, tandis que les écarts parmi les anciens salariés sont modestes (la cohabitation est tout de même plus faible en haut de l'échelle sociale)[410]; pour l'Angleterre, en prenant en

---

[409] Brigitte BELLOC, Nicole MARC et Christine MONCEAU, Les femmes et l'emploi, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1987, pp. 127-132.

[410] Françoise CRIBIER, La cohabitation à l'époque de la retraite, *Sociétés contemporaines,* n° 10, 1992, p. 81.

compte malades, handicapés et vieilles personnes, Sara Arber et Jay Ginn observent que la prise en charge en co-résidence est plus fréquemment assumée par les classes populaires que par les classes moyennes : alors que les premières ont des ressources matérielles plus réduites, elles assument une charge plus importante et subissent des contraintes de vie beaucoup plus lourdes ; dans ces classes, ce sont les femmes qui assurent principalement la prise en charge[411].

Autant d'indications qui témoignent d'une certaine particularité de la vie des femmes par rapport à leurs homologues masculins : au regard de la santé, peut-on parler d'une spécificité féminine et à quel titre ? Jacques Vallin soutient cette thèse à partir du paradoxe suivant :

> "La relation entre la surmortalité masculine et le niveau de mortalité s'inverse de manière spectaculaire quand on passe des variations géographiques aux variations temporelles. D'un côté, plus l'espérance de vie à la naissance est élevée, moins l'écart entre hommes et femmes est important mais de l'autre, plus l'espérance de vie augmente, plus l'écart se creuse[412] !"

Si ce paradoxe n'est pas universel, on le constate dans beaucoup de pays industrialisés. Comment en rendre compte ? Sans entrer dans le détail de la démonstration, on observe qu'en France il existe deux contextes de surmortalité : le premier (Bretagne et Normandie) se caractérise par une vie économique dominée par l'agriculture et la petite industrie et la surmortalité est due à l'alcoolisme et à certains cancers ; le second (Nord et Nord-Est) est l'espace de la grande industrie, d'un environnement naturel détérioré et d'un environnement socio-culturel défavorable, au sein duquel la surmortalité cumule les précédentes causes médicales de décès, les affections de l'appareil respiratoire et des pathologies cardio-vasculaires liées aux risques industriels. Contexte et surmortalité présentent, dans chaque cas, une association très nette pour les hommes, mais beaucoup moins évidente pour les femmes : il est donc logique que les variations géographiques de la surmortalité masculine, dont on vient de montrer la relation avec des facteurs défavorables aux hommes, soient négativement corrélées aux variations de l'espérance de vie masculine, et que, plus l'espérance de vie masculine est faible, plus les écarts d'espérance de vie entre les sexes sont importants.

Considérons maintenant l'évolution historique. Parce que, dès les années 60, on observait un accroissement de participation à la vie économique des femmes, qu'elles augmentaient leur consommation de tabac et d'alcool, qu'elles s'engageaient fortement dans la conduite automobile..., Ansley Coale et Paul Demeny prévoyaient en 1966 que les écarts d'espérance de vie entre les sexes allaient se réduire. C'est le contraire qui s'est produit, et avec quelle vigueur ! Quoi qu'il en soit du rapprochement de certains comportements masculins et féminins, on a montré combien, à l'endroit du travail en particulier, les différences entre les

---

[411] Sara ARBER and Jay GINN, Research note. Class and caring : a forgotten dimension, *Sociology,* Vol. 26, n° 4, 1992, pp. 619-634.

[412] Jacques VALLIN, Quand les variations géographiques de la surmortalité masculine contredisent son évolution dans le temps, *Espace, populations, sociétés,* n° 3, 1990, p. 467.

sexes restaient grandes. Mais plus encore qu'elles n'ont partagé les comportements à risques masculins (et sans doute avec la mesure et la prudence auxquelles les incitait le traditionnel apprentissage de la fonction maternelle...), les femmes ont su s'inscrire dans un mouvement historique favorable : protections juridiques et sociales (législation sur le travail, surveillances accrues au moment des maternités) sont renforcées ; si l'émancipation est l'horizon des luttes féministes, celles-ci se sont gardées de copier les modèles masculins de libération : même si elles ont été, à certains moments, extrêment dures, elles ont cherché à promouvoir les particularités féminines les plus positives. Jacques Vallin, non sans risque de réduction que lui-même reconnaît, interprète ce mouvement ainsi :

> "La culture de la féminité est, pour le corps humain, une contrainte différente de celle qu'impose l'exaltation de la virilité. Au risque de caricaturer, disons que la recherche de la beauté s'oppose ici à celle de la puissance. Dans le premier cas, le corps doit avant tout rester jeune et sain le plus longtemps possible ; dans le second, il est au contraire très tôt soumis à l'épreuve et au risque."

Quelles que soient les limites de cette interprétation, elle a le mérite de récuser la vieille hypothèse durkheimienne qui opère encore comme présupposé implicite dans la compréhension des différences de mortalité entre hommes et femmes. "Moins impliquées dans la vie collective, les femmes sont moins influencées par le social", disait en substance Durkheim ; "la mortalité plus faible des femmes est la conséquence de leur 'avoir moins' de ce qui affecte celle des hommes", prétend un certain discours épidémiologique (dont relèvent les projections de Ansley Coale et Paul Demeny pronostiquant la réduction des écarts de mortalité entre les sexes avant la fin du siècle). Au contraire, il apparaît que les influences sociales, néfastes ou bienfaisantes pour la santé, auxquelles les femmes sont confrontées, ne sont pas forcément moins fortes (la surmortalité des salariées agricoles en témoigne) : souvent, ce ne sont pas les mêmes ; en outre, les femmes ont un mode de réaction différent de celui des hommes face à un risque identique (les stratégies féminines d'interruption d'activité professionnelle ou de passage à un emploi moins pénible, qui visent à écourter ou à réduire l'usure du travail, en est un exemple)[413].

Les rapports sociaux de sexe sont caractérisés, le plus souvent, par diverses formes de domination masculine et, en contrepartie, de soumission féminine. Mais les recherches sur les formes les plus extrêmes et les plus avilissantes de domination, tels les camps de concentration[414], montrent que les êtres humains recherchent autant qu'ils le peuvent un minimum d'autonomie au sein de telles situations. Selon cette perspective et même si la situation des femmes n'est incomparable pas comparable à celle des déportés, on peut supposer que la condition féminine a su inventer et développer diverses sortes de résistances

---

[413] Sur ce point, voir C.A. NATHANSON (1984), op.cit., pp. 209-210.

[414] Michael POLLACK, *L'expérience concentrationnaire. Essai sur le maintien de l'identité sociale,* Paris, Ed. A.M. Métailié, 1990.

cachées pour 'se faire une place' : sous les apparences d'une soumission visible, il peut exister une audace invisible, celle qui consiste à saisir les occasions qui se prêtent à la mise en valeur de ses ressources pour affirmer son identité. La thèse d'une féminisation rampante des mœurs ne serait-elle pas le constat de son aboutissement ? Même si le débat reste ouvert[415], les spécificités culturelles du masculin et du féminin invitent à examiner les effets sur la santé des rapports sociaux sous un autre angle : la socialisation à des sous-cultures de classes, de sexes et d'ethnies.

Conditions de vie et santé : les effets du logement et de la sociabilité.

L'usure au travail, par le biais des rythmes, de l'exposition à des risques particuliers et par le stress, a beau être un élément central pour rendre intelligible la répartition différentielle de la santé selon les classes, les âges et les sexes, on ne peut pas comprendre cette usure différentielle sans la situer dans les spécificités culturelles qui déterminent des types de rapports au travail et des modes d'existence. En reprenant la tradition européenne de l'analyse des rapports sociaux, nous avons fait porter notre attention jusqu'à présent sur des propriétés relationnelles de position et sur certaines propriétés intrinsèques de condition, liées au travail : il convient maintenant d'élargir la perspective aux conditions et aux styles de vie. Dans quelle mesure ces autres éléments constitutifs des positions sociales interviennent dans les processus de dégradation, de maintien ou de développement de la santé ?

Passer des conditions de travail aux autres conditions de vie des groupes sociaux consiste, en restant sur le terrain des conditions matérielles ou des conditions 'objectives' d'existence, à examiner les éléments constitutifs de la vie hors travail (qu'il soit professionnel ou domestique) pour cerner leurs conséquences sur la santé. L'enjeu est le suivant : alors que, jusqu'aux années 80, on a fait l'hypothèse que la situation de travail était déterminante pour comprendre la vie quotidienne des gens, des travaux sociologiques récents montrent la nécessité de mettre en relation tous les temps sociaux[416]. Cela ne veut pas dire que le temps passé à travailler n'a pas d'influence sur le temps libéré des contraintes de l'activité professionnelle : la corrélation existe bien, mais elle est aussitôt nuancée par le constat selon lequel le temps libre, en ses différentes composantes, est lui-même source de réactions très fortes, quoique variables, vis-à-vis du temps de travail. Cela veut dire que les changements de l'organisation du travail, en particulier par une réduction de la monotonie et de la parcellisation des tâches, des rythmes et de l'intensité de l'activité productive, ne sont pas

---

[415] Georges VIGARELLO, Vers une neutralisation des genres ? *Esprit,* n° 196/11, 1993, pp. 5-8. Ce bref article introduit à ce numéro consacré au "Masculin/Féminin" dont l'enjeu consiste à évaluer les évolutions.

[416] William GROSSIN, *Des résignés aux gagnants,* Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 1983 ; Jean-Paul BLANCHET, Alain DOYELLE, La perception du temps chez les salariés, *Travail et emploi,* n° 3, 1980.

suffisants. L'enjeu est le mode de structuration des temps sociaux, même si la crise et le chômage focalisent l'attention sur le temps de travail.

Divers observateurs ont rapproché la 'conquête' du temps libre et l'extension des loisirs de divers processus de désengagement collectif, en particulier de la désaffection des pratiques religieuses régulières ou du militantisme syndical ou politique. Faut-il pour autant conclure à une anomie rampante ? On observe a contrario d'autres formes de solidarité et de coopération, spécialement à travers les engagements pour des causes humanitaires. Ce qui est en jeu, c'est moins le repli sur soi et l'abandon à l'anomie que l'avènement d'une quête d'autonomie au regard des tutelles instituées : les individus se refusent à être réduits à des agents de travail et des institutions. Prendre du temps, c'est prendre de la distance : le temps libre peut devenir un moment d'expérimentation dont on transfère les inventions au sein des autres temps sociaux.

> "(...) les représentations dominantes de la vie sociale sont en décalage croissant avec les pratiques et valeurs les plus vécues du temps libre par les différents groupes sociaux. (...) Il serait illusoire de nier l'existence d'une «culture du pauvre» ou d'une culture «dominée», mais on se tromperait si l'on imaginait que les principales aspirations aux loisirs ne sont pas voisines, quoique la manière de les satisfaire soit souvent différente. (...) Le mouvement silencieux qui a abouti à la situation d'aujourd'hui rencontre les mêmes aveuglements intéressés que par le passé. Chaque fois que le mouvement ouvrier réclamait une réduction du temps de travail, après une période où il n'y avait pas assez de travail pour tous, il a été accusé de vouloir gagner de l'argent sans travailler. (...) C'est ce qui explique la colère de Paul Lafargue clamant au nom des conquêtes de la science, qui donne de relever l'homme par la machine, et au nom de la «dignité ouvrière» le fameux «droit à la paresse»[417]."

Non seulement l'augmentation du temps libre participe de la réduction de la démesure du temps de travail, mais il peut être tout à la fois le moment où s'élaborent des tactiques de résistance au sein même du temps de travail, - et celui où l'on prend soin de soi, tant pour reconstituer ses propres forces que pour épanouir des potentialités dont l'activité professionnelle rend impossible le développement. Évidemment, le temps libre comporte aussi une contrepartie de risques : les accidents de la route en fin de semaine en témoignent. Il reste que les sciences sociales de la santé n'ont pas, à notre connaissance, cherché à 'expérimenter' ces perspectives hypothétiques : quels sont les effets différentiels des modes de structuration des temps sociaux sur la vulnérabilité des populations ? Quels sont ceux qui augmentent leur résistance et améliorent leur santé ? Quels sont ceux qui les rendent plus vulnérables ?

On a noté que le cadre du temps de travail, en ce qu'il pouvait exposer les travailleurs à des substances ou à des risques dangereux pour la santé, avait une importance moindre que

---

[417] Joffre DUMAZEDIER, *Révolution culturelle du temps libre. 1968-1988,* Paris, Ed. Méridiens-Klincksieck, 1988, pp. 212-214.

l'organisation du travail elle-même : de la même façon, en quoi le logement et le cadre de vie peuvent-ils avoir des conséquences sur la santé ? On a vu que l'épidémiologie classique de la fin du XIXème siècle avait accordé trop de place à la salubrité des ilôts urbains, tout comme les premiers hygiénistes à la salubrité des lieux de travail. À abandonner trop vite cette piste, ne risque-t-on pas de se détourner de processus moins évidents mais aux larges conséquences ? On peut supposer en effet que des logements trop petits, c'est-à-dire des logements où sont entassés de nombreuses personnes, jouent un rôle important pour le bien-être de ceux qui y vivent. De quelle manière ?

Une densité trop élevée d'individus dans des locaux d'habitation a pour conséquence de réduire ou d'annuler les possibilités d'intimité et de produire une excessive stimulation. Quand un logement est surpeuplé, le nombre de stimuli s'élève tout simplement parce que le nombre de demandes que l'un adresse aux autres s'accroît lui aussi. Toute la question est de savoir si les membres du ménage sont capables de contrôler et de réguler ces demandes et dans quelle mesure s'opère une régulation des réponses (à quel moment et comment répond-on à tel ou tel type de sollicitations). Bien sûr chaque culture élabore des procédures appropriées en la matière, en particulier des procédures légitimes pour se retirer des interactions en face à face, et il existe d'énormes variations dans les modes de régulation du rapport entre isolement et interaction.

Dans les sociétés modernes au sein desquelles l'individu et l'intimité sont devenus des valeurs fondamentales (cf. ci-dessus : le processus de civilisation reconstruit par Norbert Élias), l'entassement devient insupportable parce qu'il ne permet pas à chacun de disposer d'un espace/temps d'isolement et d'intimité ; les analyses goffmanniennes suggèrent que l'entretien de son identité et l'accomplissement réussi de ses activités supposent des coulisses où chaque acteur exploite des ressources intimes pour ensuite pouvoir, sur scène, 'garder la face'. On peut donc faire l'hypothèse suivante : s'il y a peu de pièces dans un logement, de sorte que des personnes en un nombre déterminé sont constamment les unes en présence des autres, cette expérience de surpeuplement les empêchera de s'isoler et peut-être perturbera la régulation des interactions apprise en d'autres circonstances. De cette expérience peut découler une tendance aggressive au repli défensif (quand quelqu'un vous sollicite, vous faites semblant de ne pas avoir entendu ou vous lui répondez sèchement que vous êtes occupé), un désir inassouvi de quitter les lieux pour 'respirer', l'impossibilité de planifier et d'organiser ses activités quotidiennes à la maison, et finalement un sentiment permanent 'd'être lessivé'. Autant de traits caractéristiques du stress et, par conséquent, une probabilité accrue d'abaissement de la résistance aux maladies.

Afin de tester ces hypothèses, des chercheurs américains ont élaboré une étude, auprès d'un échantillon représentatif de la population de Chicago, dont voici les principaux

résultats[418]. Les personnes qui font l'expérience de l'entassement dans un petit logement (28 questions tentaient de cerner cette expérience et les réactions qu'elle suscitait), se plaignent de ce que leurs relations au sein même de l'habitation sont difficiles et tendues : bien loin d'être marquées par la complicité et un sentiment de proximité, les relations entre conjoints sont tumultueuses, marquées par de fréquentes disputes, au cours desquelles peut affleurer la violence physique. Un logement surpeuplé a également des effets sur la relation des parents et des enfants : les premiers ont l'impression tenace que les seconds sont toujours 'dans leurs jambes', qu'ils sont bruyants et qu'ils n'arrêtent pas de les solliciter ("J'ai sans cesse les mômes sur le dos, ils sont pénibles") ; parce qu'ils ont le sentiment d'être harcelés par leurs enfants, ces parents sont aggressifs à leur égard (ils punissent plus facilement qu'ils n'encouragent ou ne câlinent) et ils se sentent soulagés quand ils quittent l'appartement, ne se préoccupant guère de leurs activités et de leurs fréquentations à l'extérieur ; faute de place, ces enfants ne peuvent pas disposer d'un coin tranquille pour s'y détendre ou étudier.

Ces situations d'entassement ont aussi des effets néfastes sur les relations de voisinage, souvent placées sous la marque de soupçons et de comportements agressifs. Observant les relations dans les cités de transit, Colette Pétonnet arrive aux mêmes conclusions :

> "Entre des individus constamment confrontés, privés d'intimité, privés de secret, il n'y a ni écart social, ni distance affective. Personne ne parvient à ordonner ce chaos où chacun reste replié sur sa défensive, prisonnier de ses semblables. De la confusion naît la violence. Dans la Cité une violence intestine règne à l'état latent, tapie, larvée, irrépressible et contagieuse (...) Qu'un incident surgisse, la Cité entre en convulsions. Tout est possible, tout est à craindre. Les interdits ne résistent pas au flot qui les emporte jusqu'à la transgression finale, meurtre ou parricide, si nul n'en arrête le cours. C'est pourquoi chacun veille à rétablir la paix, et ce faisant s'implique dans la dispute des voisins. Mais aucune intervention n'est elle-même dénuée de violence. (...) Dans ces communautés sans distance entre les individus, qui vivent selon des principes de justice assez élémentaires, où les mères ne conçoivent pas que leur statut les prive du droit des enfants à jouer, sortir, avoir du plaisir, mère et enfants deviennent des rivaux. Chacun guette l'autre de peur d'une trahison, le pousse à bout pour le mettre à l'épreuve, et leur amour réciproque s'exprime dans la violence[419]."

C'est dans ces situations d'entassement et de violence latente ou manifeste qu'on observe aussi le plus de détresse psychique, d'irritabilité, de lassitude, de dégoût et de fatigue. Colette Pétonnet fait remarquer que ces caractéristiques ne sont pas exprimées d'emblée : la fierté face à l'enquêteur pousse d'abord à dénier leur présence ou à la relativiser comme un trait

---

[418] Walter R. GOVE, Michael HUGHES, Omer R. GALLE, Overcrowding in the home : an empirical investigation of its possible pathological consequences, *American Sociological Review,* Vol. 44, n° 1, 1979.

[419] Colette PÉTONNET, *On est tous dans le brouillard. Ethnologie des banlieues,* Paris, Ed. Galilée, 1979, pp. 168-169 et 189.

habituel et normal de leur vie quotidienne. Un peu plus tard et plus indirectement, on découvre que les personnes se plaignent de ne pas avoir de repos suffisant et témoignent de leur ascèse face à la mauvaise santé : pour pouvoir survivre, elles ne peuvent pas se dorloter, mais les médicaments qui traînent sur les meubles de la cuisine attestent qu'il y a toujours quelque mal en souffrance. La recherche américaine constate que les individus vivant en situation d'entassement déclarent plus souvent que les autres une mauvaise santé et sont davantage la proie de maladies infectieuses.

Autant d'éléments qui confirment que le logement, et sans doute plus largement le cadre de vie, constituent la base sur laquelle se développent des processus socio-culturels différenciés qui contribuent à la dégradation ou au maintien de la santé. Sommes-nous si loin des classes sociales ? Selon les auteurs américains cités, le surpeuplement des logements est indépendant, statistiquement parlant, du niveau de revenu, du niveau d'instruction et de l'appartenance ethnique. On a montré ci-dessus combien la perspective fonctionnaliste qui préside à l'élaboration de la stratification sociale aux États-Unis, en se focalisant sur le niveau des récompenses socio-économiques et/ou sur les rôles afférents aux fonctions socialement déterminées, manquait à prendre en compte un certain nombres de propriétés liées à la dynamique des rapports sociaux : ceci explique peut-être cette absence d'association statistique entre surpeuplement du logement et strates sociales. Le travail anthropologique de Colette Pétonnet auprès de sous-prolétaires de la banlieue parisienne invite à soutenir l'hypothèse inverse. Les données de l'INSEE sur le logement en France tendent à la confirmer. Même si le nombre des logements surpeuplés a diminué en France de 1978 à 1984, 21% des logements collectifs et 6 % des logements individuels sont encore en surpeuplement. Cette diminution est largement due au mouvement d'accession à la propriété[420]. Or,

> "dans la classe d'âge des 30 à 44 ans par exemple, les ménages les plus défavorisés (...) sont accédants dans 32 % des cas, et locataires dans la proportion de 52 % , dont 26 % en HLM. À l'autre extrémité, dans le quart des ménages les plus aisés, 38 % sont locataires, dont 8 % en HLM, et 48 % sont accédants[421]."

Par ailleurs, dans l'enquête de 1988, 19 % des personnes de référence du ménage estiment que leur logement est trop petit : les proportions les plus élevées des réponses qui expriment ce type d'insatisfaction s'observent parmi les ouvriers, les employés, les professions intermédiaires, et, parmi les ouvriers, les étrangers[422]. On a déjà noté que les accidents par

---

[420] Martine EENSCHOOTEN, Le logement de 1978 à 1984. Toujours plus grand et toujours mieux, *Économie et statistique,* n° 206, 1988, p. 37. L'indice de surpeuplement est calculé par la confrontation du nombre de pièces du logement et de la composition du ménage (voir p. 35).

[421] Richard POHL, Le parc locatif et ses occupants, *Économie et statistique,* n° 202, 1987, p. 29.

[422] Nelly DESMOND, Martine EENSCHOOTEN, Logement : le rêve et la réalité, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1993, p. 428.

défénestration étaient particulièrement élevé parmi les enfants de migrants : surpeuplement (parfois lié à la polygamie) et vétusté sont sans doute à leur origine.

On vient de l'apercevoir à travers la violence latente ou réelle des relations de voisinage dans le cadre de logements surpeuplés, un autre élément essentiel des conditions de vie a trait à la sociabilité et à ses formes, au croisement du lieu de travail et du quartier. Sociabilité interindividuelle et sociabilité collective sont des formes distinctes :

> "La sociabilité interindividuelle n'est pas une dimension ou un aboutissement de la sociabilité collective : manger entre cadres ou entre Vietnamiens ne signifie pas automatiquement entretenir des relations personnelles avec eux. On ne peut pas non plus parler d'un «seuil» d'intensité de la sociabilité collective qui permette de passer aux relations interindividuelles. Les passages de l'une à l'autre de ces formes de sociabilité existent cependant (...) On pourrait penser que les différents champs de sociabilité se compensent : si les relations de travail sont difficiles, on développera des relations de quartier et , inversement,si le quartier est triste, on investira plus au travail. En fait, il n'en est rien : sociabilité au travail et sociabilité au quartier tendent plutôt à se cumuler ; on remarque que ce sont les personnes les plus sociables au travail qui sont aussi sociables au quartier, et inversement. Mais cette cumulativité de la sociabilité s'observe aussi à l'intérieur d'un même milieu[423]."

Au milieu des années 70, plusieurs épidémiologistes américains défendent la thèse selon laquelle la sociabilité (qu'ils préfèrent désigner comme 'support social'[424]) a des effets bénéfiques sur la santé parce qu'elle a une fonction protectrice vis-à-vis des agents stresseurs : le fait d'être inséré dans des réseaux est source de repères et d'appuis cognitifs, normatifs, affectifs et matériels, ce qui réduit l'impact des incertitudes liées à des situations de désorganisation et de changement, - ou bien de l'étouffement qui naît de situations rigides et sans perspectives d'évolution. La sociabilité a un effet tampon vis-à-vis du stress, quelle que soit son origine. À la suite de la publication de ces textes pionniers, d'autres chercheurs ont réanalysé les données d'études terminées ou en cours[425].

---

[423] Claire BIDART, Sociabilités : quelques variables, *Revue française de sociologie,* Vol. XXIX, n° 4, 1988, pp. 636 et 638.

[424] Dominique LE DISERT (1985), op.cit., pp. 1.16-1.22. Cet auteur fait dériver les études épidémiologiques de support social de l'analyse sociologique des réseaux (cf. M.S. GRANOVETTER, The strength of weak ties, *American Journal of Sociology,* Vol. 78, n° 6, 1973, pp.1361-1380). Voir également : M. BAUMAN, S. BRIANÇON, F. BLANCHARD, Le système "réseau-support social" : concepts et axes de recherche en santé, *Cahiers de l'École Nationale de Santé Publique,* n° 2, 1988, pp. 55-63.

[425] Marc RENAUD (1987), op. cit., p. 13.,

Qu'apprenons-nous de ces travaux ? On retiendra l'étude la plus connue, celle d'Alameda County en Californie[426] : ce travail repose sur un échantillon stratifié représentatif de 6 928 adultes qui a été soumis à un questionnaire en 1965 et dont on a suivi la mortalité jusqu'à la fin de 1974 ; à partir de quatre indicateurs formels de sociabilité contenus dans le questionnaire (le fait d'être marié ou pas, la présence ou l'absence de contacts avec des parents ou des amis proches, la fréquentation ou non d'une Église, l'insertion (ou son absence) dans un groupe associatif formel ou informel) les chercheurs ont élaboré un indice de 'réseau social' : on observe que les taux de mortalité croissent, pour les hommes comme pour les femmes, au fur et à mesure que l'indice de réseau social diminue, avec une seule exception pour les femmes de 50-59 ans (dans cette classe d'âge, celles qui ont une valeur d'indice moyen ont un taux de mortalité plus bas que celles dont la valeur d'indice est la plus élevée).

Ne peut-on pas objecter qu'au moins une partie de ceux qui meurent le font à la suite de maladies qui les ont empêchés de cultiver leur sociabilité (hypothèse, maintenant connue, d'une sélection par la santé) ? Au moment de l'enquête initiale, on connaît les gens malades : si la maladie était responsable de la faiblesse du réseau social, on devrait observer la plus forte mortalité parmi eux dans les années qui ont suivi l'enquête. La distribution de l'indice de réseau social par années de décès ne confirme pas l'hypothèse : la présence ou l'absence de maladie ne rend pas compte de l'association entre mortalité et indice de sociabilité, pas plus que d'autres indices (consommation d'alcool et de tabac, inactivité physique et autres 'pratiques de santé'). Malgré la faiblesse descriptive des indicateurs de sociabilité, il est remarquable que leur influence sur la mortalité persiste. D'autres recherches conduites dans le Michigan et en Caroline du Nord offrent des résultats comparables.

Peut-on pour autant traiter la sociabilité et ses formes comme un réseau de réseaux, indépendant de la structure sociale et des rapports sociaux ? C'est cette position que défendent les épidémiologistes californiens d'Alameda County, sur la base de leurs propres résultats : leur indice de réseau social prédit la mortalité indépendamment du 'status' socio-économique. Mais tout le problème vient du mode de construction de cet indice :

> "On a utilisé des mesures de revenu et de niveau d'instruction pour élaborer un indice de status socio-économique. On a écarté la profession à cause des difficultés liées au codage pour les femmes dans un certain nombre de cas. Chacune des mesures retenues, i.e. revenu et niveau d'instruction, a été divisée en cinq catégories de sorte que leur distribution ait la forme approchée de la courbe de Gauss, de sorte que la catégorie moyenne contenait à peu près le tiers de l'échantillon, les deux groupes les plus proches environ 20 % tandis que les deux catégories extrêmes incluaient les 15 % restants de

[426] Lisa F. BERCKMAN and Leonard SYME, Social networks, host resistance, and mortality : a nine-year follow-up study of Alameda County residents, *American Journal of Epidemiology,* Vol. 109, n° 2, 1979, pp. 186-204.

l'échantillon dans chaque catégorie. En combinant les mesures de revenu et d'instruction cinq groupes originaux de status socio-économique ont été construits[427]."

C'est un parfait exemple de construction empirique de strates sociales qui utilise le modèle statistique de la loi normale, en présupposant que la classe moyenne correspond aux valeurs centrales selon le fil métaphorique de la moyenne. Il s'agit donc d'une élaboration totalement abstraite et nominale dont on peut supposer qu'elle s'écarte fortement des conditions de travail et d'existence de la population concernée : il semble que la population du Comté d'Alameda relève pour l'essentiel de catégories sociales moyennes, bien au-delà des 33 % que lui accordent les auteurs selon une décision a priori. C'est sans doute la raison pour laquelle, dans chacune des cinq strates obtenues, on observe que ceux qui ont de faibles contacts sociaux ont des taux de mortalité bien plus élevés que ceux qui ont un riche réseau social.

Cette position rejoint celle des sociologues américains les plus radicaux dont la thèse est que la réalité sociale première est le lien entre individus et non les 'qualités' qui leur sont socio-culturellement attribuées (diplômes, profession, goûts...) : la structure sociale serait réductible à un réseau de réseaux dont on pourrait faire la partition en différents groupes en fonction des propriétés différenciatrices des réseaux et des modes d'insertion des individus en leur sein. Les travaux français sur la sociabilité contestent de tels présupposés :

> "On est parti de l'idée que le faisceau des liens personnels établis par une personne constitue pour elle une ressource aussi décisive que le niveau de revenus ou le niveau d'instruction, en même temps qu'un indicateur synthétique de son intégration dans le monde social. Mais les résultats obtenus amènent à nuancer ce point de vue, car le capital de relations s'avère suffisamment lié au capital économique et trop lié au capital culturel pour que l'on puisse en faire une dimension autonome de la vie sociale[428]."

François Héran a montré que rapports de voisinage, relations d'amitiés, sociabilité quotidienne et engagements associatifs deviennent plus intenses dès que l'on se déplace de bas en haut de la pyramide sociale (construite en termes de PCS). Les liens de parenté paraissent d'abord faire exception : les classes populaires cultivent plus particulièrement leur parenté directe. Si l'on poursuit l'observation sur l'année, les classes supérieures reviennent à un niveau de sociabilité avec la parenté comparable à celui des classes populaires : cet effet de rattrapage s'opère par le fait qu'en un an on s'arrange pour vaincre les distances et rencontrer la plupart des membres de la famille :

---

[427] Lisa F. BERKMAN and Leonard SYME (1979), op.cit., pp. 191 et 195.

[428] François HÉRAN, La sociabilité, une pratique culturelle, *Économie et statistique,* n° 216, 1988, p. 18. Pour le courant radical de l'approche des réseaux sociaux, l'auteur renvoie à B. WELMAN and S. D. BERKOWITZ (ed.), *Social structures. A network approach,* Cambridge, Cambridge University Press, 1988. Pour les travaux français, se reporter à la bibliographie du dossier *Le monde associatif* de la revue *Économie et statistique,* n° 208, 1988.

La sociabilité "se distribue dans l'espace social comme une pratique culturelle. Certes, elle est corrélée positivement avec le revenu, mais plus encore avec le diplôme : c'est dans les fractions intellectuelles des classes supérieures que la sociabilité atteint ses plus hauts sommets. Professeurs, artistes, cadres de la fonction publique y rejoignent les membres des professions libérales, pourtant plus fortunés qu'eux, tandis que les cadres administratifs et commerciaux des entreprises sont sensiblement en retrait et que les ingénieurs, comme à l'accoutumée, occupent une position intermédiaire. La hiérarchie culturelle de la sociabilité n'est pas moins visible, un degré au-dessous, au sein des classes moyennes. Elle se traduit, là encore par une opposition marquée entre le monde de l'entreprise, relativement peu sociable, et la fonction publique, plus riche en relations. (...) Reste un constat majeur : la sociabilité très moyenne du monde ouvrier, toutes catégories confondues. (...) L'énumération de ces professions pourrait faire croire à un déterminisme direct des conditions d'exercice du métier sur la sociabilité (...) Pourtant, si l'on retire les relations de travail des données qui contribuent à dessiner l'espace des correspondances, la hiérarchie sociale des comportements se maintient dans les moindres détails[429]."

Il est tentant, au moins à titre heuristique, de rapprocher ce résultat de ceux des enquêtes longitudinales (1954 et 1975) qui concernent la mortalité : si les écarts de mortalité respectent la différenciation sociale de l'usure au travail, ils respectent tout autant la hiérarchie sociale de la sociabilité. On peut supposer qu'en règle générale il y a un effet global de cumul : les individus qui subissent les plus dures conditions de travail sont aussi ceux qui ont la sociabilité la plus limitée. Mais cette logique n'en exclut pas d'autres.

En s'attachant à explorer les contraintes du travail ouvrier à l'échelle d'une vie, Jacqueline Bourget-Devouassoux et Serge Volkoff[430] montrent qu'une très grande partie de la population ouvrière a subi les contraintes de travail les plus pénibles et les plus exposées mais que cette période a souvent cessé avant la fin de la vie active ; ceux et celles qui restent exercer leur métier dans de telles conditions ont paradoxalement moins de problèmes de santé que la population homologue de leur âge : l'hypothèse de sélection par la santé se vérifie ici pleinement. Dans ces conditions, si l'on suppose que cette fraction ouvrière partage le même modèle de sociabilité que le reste de la classe ouvrière, il est clair que la faiblesse de la sociabilité n'intervient pas dans la détermination de leur niveau de santé. Mais on peut faire

---

[429] François HÉRAN (1988), op.cit., pp. 17-18. L'auteur fait par ailleurs remarquer qu'il est peu probable que la faiblesse de la sociabilité populaire (qui va à l'encontre des idées reçues) soit un artifice de l'ethnocentrisme de classe du chercheur qui a construit le dispositif de collecte de données : la spécificité de l'enquête *Contact* de l'INSEE est de laisser aux enquêtés un carnet qui n'impose aucune nomenclature, pendant une semaine. À l'occasion de la remise du carnet et de sa récupération, l'enquêteur fait passer chaque fois un questionnaire.

[430] Jacqueline BOURGET-DEVOUASSOUX et Serge VOLKOFF, Bilans de santé des carrières d'ouvriers, *Économie et statistique,* n° 242, 1991, pp. 83-93.

l'hypothèse d'autres combinaisons entre conditions de travail et sociabilité, - et supposer, à l'inverse, qu'une forte sociabilité corrige ou atténue les effets néfastes de mauvaises conditions de travail, évidemment dans certaines limites : si les agents stressants ou pathogènes sont extrêmement puissants, la sociabilité est probablement impuissante à exercer son effet tampon.

De la même façon, il peut exister différentes combinaisons entre la sociabilité, les rôles autres que professionnels dont l'exercice de la fonction maternelle. Ofra Anson[431] cherche à explorer cette voie pour les femmes mais elle limite le support social aux dispositifs de vie (vivre avec un mari ou un concubin, avec ses propres parents, avec ses enfants adultes, avec des membres de la parenté, être chef de famille ou vivre seule) et elle confond dans les rôles 'nurturants' tâches domestiques et fonction maternelle, de sorte qu'elle présuppose qu'ils sont forcément marqués du sceau de la contrainte et de la pénibilité, par opposition aux dispositifs de vie qui mettent une partie de ces femmes en des positions de contact social favorables.

Travaillant sur le sous-échantillon de femmes blanches américaines de la National Health Interview Survey (NHIS) de 1979 (un sous-échantillon de 20 745 individus), elle montre que les femmes qui vivent avec leurs parents ont les meilleurs profils de santé, tandis que les femmes chef de famille ont les plus mauvais. Le caractère particulier du modèle des femmes qui vivent seules est particulièrement stimulant : elles auto-évaluent leur santé d'une façon telle qu'elle est toujours bien meilleure que celle (également auto-évaluée) de toutes les autres femmes, sauf les chefs de famille, - mais d'un autre côté leur morbidité déclarée, leur nombre de jours d'arrêt de travail et leur nombre de consultations auprès d'un médecin sont également supérieurs à ceux des autres femmes. Tout se passe comme si la perception de leur état de santé comme meilleur que la moyenne leur était nécessaire pour maintenir leur indépendance de femme seule, alors qu'elles doivent payer un lourd tribut à la morbidité du fait de leur faible sociabilité et de leur absence d'exercice de la fonction maternelle. Comme dans la plupart des recherches de ce type, la qualité relationnelle et le degré de satisfaction ou de frustration lié à l'accomplissement des rôles ne sont pas pris en compte, sans parler de leurs changements dans le cours de la vie. Malgré ces limites, il est tout de même significatif de voir jouer des effets de renforcement ou d'affaiblissement de la sociabilité par rapport aux effets propres des rôles domestiques et de la fonction maternelle.

Cette première approche des conditions de vie explicite clairement à la fois combien elles sont liées au travail et combien chacun des éléments interfère avec les autres tantôt pour amplifier tantôt pour limiter ou réduire les conséquences bénéfiques ou pathogènes que l'un ou l'autre peut avoir sur la santé. À plusieurs reprises on a souligné que ces éléments

[431] Ofra ANSON, Living arrangements and women's health, *Social Science and Medicine*, Vol 26, n° 2, 1988, pp. 201-208.

produisaient leurs effets par la médiation de comportements et d'attitudes : la dureté ou la dangerosité du travail incite à l'usage d'excitants (alcool, tabac, drogues...) ; certaines caractéristiques du logement peuvent appeler des comportements violents au sein des ménages et avec le voisinage, ce qui limite le développement de la sociabilité ; la position des femmes dans les rapports sociaux de sexe conforte à la fois des attitudes visibilisées de soumission et des attitudes moins visibles de résistance, du moins tant que le mouvement social féministe ne les a pas publiquement affichées ; des sous-cultures à la fois liées à des périodes de vie et à des générations, telle la jeunesse au cours des Trente glorieuses, construisent leur distinction sur la base de comportements dangereux, tels ceux de l'épreuve initiatique de vitesse chez les jeunes équipés d'engins à deux roues...

La médiation d'attitudes et de pratiques entre les éléments structurels de la position sociale et la santé nous situe à un carrefour théorique. Deux perspectives principales s'offrent à nous : soit nous poursuivons dans la lignée du questionnement formulé jusqu'alors en tentant de cerner la relation entre des types de pratiques et leur contexte structurel (ce qu'un courant de la sociologie désigne comme 'styles de vie'), - soit nous retournons notre questionnement en le recentrant sur les comportements dont les structures aussi bien que l'état de santé seraient les conséquences (il ne s'agit pas d'une référence au béhaviorisme mais aux théories de l'action). Les deux perspectives, souvent durcies par leurs sympathisants les plus radicaux, sont-elles exclusives ? Pour tenter de répondre à cette question, il est nécessaire de cheminer avec l'une et avec l'autre pour discerner les gains et les pertes d'intelligibilité qu'elles procurent vis-à-vis des phénomènes de santé sous examen.

Styles de vie et/ou sous-cultures de classes, et rapport à la santé.

Qu'apprenons-nous avec les styles de vie ? Bien que l'expression 'style de vie' soit souvent employée par les sociologues, son contenu théorique est loin d'être unitaire : il convient donc de passer en revue cette différenciation et la manière dont elle a été opérationnalisée dans les recherches.

Une première façon de déterminer les styles de vie relève de l'approche empirique : partant des différentes causes médicales de décès, on recense les attitudes et les comportements qui leur sont statistiquement associés pour procéder par agrégation en présupposant que leurs effets s'additionnent (effet de synergie). En outre attitudes et comportements ainsi agrégés en styles de vie sont souvent mis en relation avec des variables socio-démographiques sans que la question du fondement théorique d'un tel rapprochement soit posée.

Un exemple typique de cette démarche est le travail de Deborah Wingard qui procède à une recension synthétique des recherches ayant trait à l'effet des styles de vie sur les différences de morbidité et mortalité entre les sexes[432]. Pourquoi les personnes mariées ont-

[432] Deborah L. WINGARD, The sex differential in morbidity, mortality, and lifestyle, *Annual Review of Public Health,* n° 5, 1984, pp. 433-458.

elles un taux de mortalité moins élevé que celles qui ne le sont pas ? Pourquoi l'écart est-il plus grand pour les hommes que pour les femmes ? interroge l'auteur. Après avoir recensé les hypothèses de la sélection par la santé et de l'effet bénéfique des rôles maritaux et parentaux, Deborah Wingard en vient aux comportements et aux styles de vie : les divorcés, veufs/veuves et célibataires ont plus fréquemment des pratiques tabagiques que les mariés ; par-dessus tout, les hommes mariés ont des modes d'alimentation, de sommeil, de travail et de détente beaucoup plus réguliers et équilibrés : le mariage les motive pour prendre soin de leur santé et pour réduire les comportements à risque ; il est la source de l'adoption d'un style de vie favorable à leur bien-être.

L'auteur inclut également dans les styles de vie ce qui est devenu un célèbre prédicteur de survenue de cardiopathies (plus précisément d'angines de poitrine et d'infarctus du myocarde) : le type A ou CPBP (Coronary Prone Behavior Pattern / Modèle de comportement prédisposant aux cardiopathies)[433]. Si historiquement des médecins pionniers (Osler et Dunbar) avaient soutenu que les patients souffrant d'affections cardiaques présentaient des personnalités singulières, on n'était pas parvenu à en faire la démonstration. Le mérite des californiens Friedmann et Rosenmann est de rompre avec l'approche psychologique pour observer les comportements des sujets dans leur environnement. Mais la filiation historique de leur recherche a insensibilisé la plupart des vulgarisateurs à cette rupture : on parle encore du Type A comme d'une variable de personnalité.

C'est à juste titre que Deborah Wingard considère qu'au contraire le Type A décrit un ensemble de comportements expressifs d'un style de vie. Les patients qui en relèvent se caractérisent ainsi : ils font un maximun de choses en un minimum de temps, ils manifestent impatience, agressivité et colère dans toutes les situations provoquant du retard (blocage des files d'attente, incompétence de coéquipiers ou collaborateurs...), ils ont des conduites permanentes de concurrence et de compétition et leurs grandes joies viennent de 'coups réussis'. À l'opposé le Type B se caractérise par des conduites plus décontractées et moins compétitives. Toutes les études, à l'exception d'un essai 'randomisé' appelé 'Mr. Fit', confirment que le style de vie associé au Type A est un facteur de risque de cardiopathies. Il est plus souvent associé aux hommes qu'aux femmes, et parmi celles-ci, aux actives qu'aux femmes au foyer, mais les femmes actives engagées dans des professions libérales et des fonctions de direction manifestent davantage un style de vie du Type A que leurs homologues masculins. Cette constatation conforte le résultat de Sara Arber (cf. ci-dessus), selon lequel cette catégorie de femmes a une plus mauvaise santé que la catégorie de celles qui exercent des métiers non-manuels sans avoir leurs responsabilités. Évidemment, ces styles de vie 'ne tombent pas du ciel' : divers éléments structurels qui leur sont associés favorisent sans doute leur développement et, en tout cas, démultiplient ou limitent leurs effets :

[433] Dominique LE DISERT (1985), op.cit., chapitre VI, pp. 1.29 - 1.37.

"(...) un homme de Type A marié à une femme instruite a deux fois plus de chances de développer une maladie cardiaque que le Type A marié à une femme peu scolarisée[434]."

Au milieu des années 80, des chercheurs ont déterminé un autre style de vie associé aux cancers, dénommé (pour suivre l'ordre alphabétique) le Type C : les comportements d'individus relevant de ce type traduisent la patience, la distance et le conformisme ; on n'observe jamais chez eux de conduites qui expriment des émotions, de quelque nature que ce soit. Or, la mise en évidence de ce style de vie a coïncidé avec des publications de biologistes selon lesquelles l'inhibition ou la répression des émotions favorisent la diffusion des cellules cancéreuses.

Une telle façon de déterminer des styles de vie et leurs conséquences sur la santé présente un certain nombre de limites. On a déjà souligné le fait que leur élaboration procédait du 'bricolage' empirique sur une base étiologique abstraite et générale et sans qu'aucun effort de théorisation soit entrepris pour rechercher leurs fondements sociologiques. À partir du présupposé selon lequel il y aurait un effet de cumul ou de synergie des comportements, on construit des indices qui agrègent des indicateurs ayant un sens et une portée différente selon les situations : par exemple, ce sont surtout les jeunes gens et les jeunes adultes qui ont la plus forte probabilité de faire des activités physiques, du moins si l'on prend comme situation socio-historique les 'Trente glorieuses', alors qu'à l'inverse ce sont les personnes en fin de vie adulte ou à la retraite qui ont les plus fortes probabilités d'avoir un mode d'alimentation soigné et équilibré[435].

Étant donné que ces styles de vie sont élaborés par des épidémiologistes, les tentatives pour pousser plus loin la recherche s'orientent vers la biologie afin de déterminer les processus physiologiques sous-jacents induits par ces types de comportements (les recherches sur le Type C et les cancers en sont un exemple parmi d'autres). La conséquence est un flottement au niveau de l'interprétation et des projets pratiques que l'on en tire au niveau de la prévention. Contrairement à Deborah Wingard, un certain nombre de chercheurs disjoignent ces styles de vie des caractéristiques structurelles de l'environnement où ils s'insèrent : le plus souvent de façon implicite, ils se situent dans la mouvance utilitariste et néo-libérale de la 'théorie de l'action rationnelle' (Rational Action Theory)[436] et se placent en pratique, en dépit d'une certaine incohérence (leur perspective reste largement déterministe et causaliste,

---

[434] Marc RENAUD (1987), op.cit., p. 12.

[435] Pour les pratiques sportives, voir : Ministère de la Culture, *Pratiques culturelles des français,* Paris, Ed. Dalloz, 1982, pp. 388-393 ; pour les pratiques alimentaires, voir la réinterprétation des travaux de Bourdieu dans : Nicolas HERPIN, Compte-rendu de *BOURDIEU (Pierre), La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris Minuit, 1979, *Revue française de sociologie,* Vol. XXI, n° 3, 1980, pp. 444-446.

[436] Loïc J.D. WACQUANT, Craig Jackson CALHOUN, Intérêt, rationalité et culture. À propos d'un récent débat sur la théorie de l'action, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 78, 1989, pp. 41-60.

contrairement au modèle de 'l'homme rationnel' de la RAT), sur la piste que nous parcourrons plus tard.

Même du point de vue de l'épidémiologie et de l'étiologie, la démarche entreprise est problématique : on a montré que l'association classique d'un facteur de risque et d'une maladie a été remise en question. La spécificité terme à terme ne prend pas en compte le fait qu'un facteur de risque particulier peut être associé à plusieurs sortes de maladies. En est-on quitte avec l'objection si l'on fait remarquer que le style de vie est multifactoriel ? Sûrement pas, puisqu'il reste, de l'autre côté de la relation, la spécificité de la pathologie ou d'un type de pathologies.

L'insistance exclusive sur les comportements et les attitudes n'est pas seulement due à certains spécialistes de l'épidémiologie sociale : dans le secteur de la recherche privée au service de la publicité et de la vente, des sociologues ont défini des sociostyles indépendamment de toute référence à la structure sociale :

> "Les théoriciens du CCA (Centre de Communication Avancé) feraient volontiers leur le «Tu nous les classes» excédé de Paul Yonnet. «Si vous n'aimez pas qu'on vous réduise à une caricature (vieux ou jeune, ouvrier ou bourgeois, intellectuel ou manuel), si vous trouvez dépassées les vieilles classes sociales, ce livre est fait pour vous. Il vous propose une nouvelle classification des Français» promet Gérard Mermet[437]."

Cette perspective n'est pas propre au CCA : elle est très largement partagée par le mouvement international de détermination de nouvelles taxinomies sociales[438] à partir de la mise en œuvre d'outils statistiques d'analyse factorielle et hiérarchique appliqués à des indicateurs de "comportements, d'attitudes, d'imagination et de motivations".

> "(...) nous sommes beaucoup moins conscients des changements profonds qui concernent la socio-culture, c'est-à-dire au sens où nous entendons ces mots, les gens avec leurs *valeurs,* leurs *motivations,* leurs *mentalités,* leurs *mœurs,* les *grandes représentations sous-jacentes* qu'ils partagent, les *structures informelles* et les *processus de régulation* que tissent leurs interactions[439]."

Comme la construction des sociostyles a été effectuée par de grands organismes privés visant la consommation et le marketing, on ne sait pas comment cette 'accumulation' conceptuelle est définie et opérationnalisée parce que ces instituts opposent le secret qu'ils doivent à leurs clients à toute demande d'explicitation de leurs opérations. Il est notable cependant que leurs études sont largement 'empiristes' : cela est nettement perceptible dans le

---

[437] Erik NEVEU, «Sociostyles»... Une fin de siècle sans classes, *Sociologie du travail,* Vol. XXXII, n° 2, 1990, p. 139.

[438] P. VALETTE-FLORENCE, Les démarches de style de vie : concepts, champs d'investigations et problèmes actuels, *Recherche et applications en marketing,* n° 1, 1986, cité par Erik NEVEU (1990), op.cit., p. 138.

[439] Alain de VULPIAN, Changement socio-culturel et démocratie, *Futuribles,* n° 82, 1984, p. 31.

point de vue 'atomiste' sous-jacent au traitement des valeurs, attitudes, etc. (elles sont traitées comme si elles étaient indépendantes les unes des autres, comme si toute modification qui affectait l'une n'avait aucun retentissement sur son mode de définition et d'articulation aux autres). En outre, sur le plan du maniement de l'outil typologique, Nicolas Herpin a montré que les types de sociostyles dégagés par le CCA pouvaient être réduitsz à la juxtaposition de deux classifications qui reposent sur des principes différents : la première se fonde sur des principes socio-démographiques tandis que la seconde s'appuie sur l'histoire des jeunes générations de la population active[440]. Enfin, dans la ligne de la tendance 'individualiste' déjà repérée, les socio-styles sont totalement déconnectés des conditions d'existence :

> " (...) le style fait l'homme. Pourquoi pas ? mais qui fait le style ? Alors que, pour Pierre Bourdieu, le style de vie retraduit symboliquement la position sociale (...), Bernard Cathelat ne propose aucune explication des variations de mentalités ou de styles. Pour reprendre une analogie chère à cet auteur - celle de météorologie marine - les outils du CCA permettent de s'orienter grâce à la boussole des deux axes, de repérer les courants profonds et de décrire les bâteaux en course. Par contre ils restent muets sur les raisons qui font que tel ou tel équipage s'est formé et a choisi tel bateau plutôt que tel autre. Est-il vraiment possible de retracer une grande course aujourd'hui sans rien savoir sur les préparatifs à terre ? C'est pourtant cette démarche qui est adoptée par le CCA et la Cofremca : leur parti pris est de nous détailler la course et de nous commenter le nom des bâteaux sans rien nous dévoiler de l'identité des équipages[441]."

Au-delà de cette approche critique, les sociostyles nous offrent-ils des résultats nouveaux, éventuellement réinterprétables ? L'ouvrage de Gérard Mermet[442] est décevant : alors que la plupart des autres chapitres agglomère diverses sources de données réinterprétées à la lumière de cartes spécifiques des sociostyles du CCA, le chapitre ayant trait à la santé est une compilation de données de l'INSEE, du CREDOC et d'instituts de sondages sans donner la

---

[440] Nicolas HERPIN, Socio-style, *Revue française de sociologie,* Vol. XXVII, n° 2, 1986, pp. 265-272. Beaucoup d'autres travaux critiques ont été consacrés aux sociostyles. Outre ceux que nous avons déjà cités, nous renvoyons à : Yves KRIEF et Marc LOISEAU, Les styles de vie en question, *Stratégies,* n° 199, 1979, pp. 48-65 ; Jean-François BERNARD-BÉCHARIES et Christian PINSON, Mode de vie et style de vie. Quatre observations sur le fonctionnement des termes, *Consommation-Revue de Socio-Économie,* n° 4, 1981, pp. 73-89 ; Yves KRIEF, Les styles de vie. Pour une réinterprétation de la notion de tendance, *Consommation-Revue de Socio-Économie,* n° 4, 1981, pp. 63-71 ; Patrick LE MAIRE, «Styles de vie» et «courants socio-culturels» : pour quoi faire ?, *Consommation-Revue de Socio-Économie,* n° 4, 1981, pp. 91-97 ; Salvador JUAN, Quelques propriétés des enquêtes de sociographie «empirique» ou la disparition de l'acteur, *Cahiers internationaux de sociologie,* Vol. LXXXVI, 1989, pp. 53-74.

[441] François de SINGLY, Étude de styles de vie, *Universalia,* 1986, pp. 401-405.

[442] Gérard MERMET, *Francoscopie. Les Français : qui sont-ils ? où vont-ils ?,* Paris Ed. Larousse, 1985. Depuis la première parution de cet ouvrage, de nouvelles éditions mises à jour ont donné lieu à publication. Nous nous référons ici au chapitre 'La santé n'a pas de prix' de l'ouvrage de 1985.

moindre corrélation avec les CSP ou PCS. Si des cartes liant les sociostyles à la santé existent, le complexe pharmaco-industriel en a sans doute payé l'exclusivité. Cela n'empêche pas l'auteur de pouvoir se permettre de conclure de façon péremptoire : "Chacun peut ainsi 'personnaliser' son appoche des problèmes de santé et affirmer son unicité."

Mais il existe une autre manière de définir les styles de vie. Partant du constat empirique qu'un certain nombre d'attitudes et de comportements ont des effets nocifs sur la santé, on peut remarquer qu'ils constituent seulement un aspect d'une expérience sociale plus large qui a probablement des retentissements sur la formation et le maintien des conduites et attitudes incriminées. Pour David McQueen, les analyses en termes de styles de vie doivent répondre à trois sortes de questions :

> "1) dans quelle mesure les comportements liés à la santé sont façonnés au cours de la vie ; 2) dans quelle mesure cette mise en forme est le produit d'un environnement particulier ; 3) dans quelle mesure ces comportements sont spécifiques à un groupe, à une cohorte, à une nation, etc.[443]."

Ce faisant, le concept de style de vie est réintégré dans la perspective de la structure sociale : Thomas Abel se réfère à Max Weber pour en établir les fondements théoriques. Le sociologue allemand, observant que 'la force nue de l'argent' n'est pas toujours la base reconnue du prestige social, distingue la classe sociale qui repose sur les différences de conditions d'existence, et les groupes de statut qui se différencient selon les positions des individus dans la hiérarchie de l'honneur et du prestige. Les styles de vie se constituent pour Weber par la médiation du symbolique qui transforme les différences de fait en distinctions signifiantes et qui privilégie l'usage, la manière ou la forme sur la fonction : bien que liés à l'ordre économique, les groupes de statut ont une autonomie relative par rapport aux classes parce qu'ils se construisent sur la base de cet ordre symbolique d'où dérivent les styles de vie.

> "L'honneur lié au statut s'exprime généralement par le fait que tous ceux qui souhaitent appartenir à ce cercle sont censés avoir avant tout un certain *style de vie.* Cela implique que leurs relations «sociales» (c'est-à-dire celles qui ne servent pas des buts économiques ou «fonctionnels») connaissent un certain nombre de restrictions qui peuvent par exemple limiter le choix du conjoint au cercle de statut et aboutir ainsi à une complète endogamie[444]."

Le décalage ou plutôt l'espace de jeu entre ordre économique et ordre symbolique rend possible la stylisation de la vie, c'est-à-dire la formation des styles de vie, aux confins des conditions structurelles et des choix individuels. Max Weber conceptualise les conditions

---

[443] David V. McQUEEN, A research program in lifestyle and health : methodological and theoretical considerations, *Revue d'épidémiologie et de santé publique,* Vol. 35, n° 1, 1987, p. 29 (notre traduction).

[444] Max WEBER, cité par Robert A. NISBET, *La tradition sociologique,* Paris, PUF, Coll. Sociologies, 1984, p. 268.

structurelles en terme de 'chances de vie' (ou perspectives d'existence) et les choix individuels en terme de 'conduite de vie'[445], dans la continuité de ses développements théoriques qui rapportent le déroulement extérieur des comportements à leurs motifs compréhensibles et visent à cerner les points d'articulation entre l'ordre de la causalité et l'ordre de la signification[446].

Pour opérationnaliser la perspective wébérienne, Thomas Abel donne une définition restrictive des styles de vie de santé : ce sont "des modèles d'attitudes, de valeurs et de comportements liés à la santé que des groupes d'individus adoptent en réponse à l'environnement économique, culturel et social." Sur la base de deux enquêtes conduites en 1985 aux États-Unis et en Allemagne, l'auteur montre que quatre dimensions se structurent de manière semblable pour les deux échantillons : le souci de l'apparence physique, l'intérêt pour le corps et la santé, l'attention portée à l'alimentation et la quête du repos et de la récupération ; pour l'échantillon américain, une cinquième dimension est également structurante : la marche à pied et la promenade.

Leur combinaison, à laquelle sont ajoutés quatre indicateurs (consommation de tabac et d'alcool, exercice physique et contrôle médical périodique) permet de dégager pour l'un et l'autre pays trois groupes de styles de vie : le premier est le plus remarquable en ce qu'il a les scores les plus élevés sur chacune des dimensions, à l'exception de l'intérêt porté au corps pour l'échantillon américain (mais le score du souci de l'apparence est nettement plus élevé que dans les deux autres groupes), ainsi que de la consommation d'alcool plus élevée que dans le second groupe dans l'échantillon allemand ; le second style se caractérise par des scores très élevés à l'endroit de l'intérêt porté au corps et à la santé, avec un faible souci de l'apparence, des scores moyens pour l'équilibre alimentaire, le repos et l'activité physique, - et des scores qui témoignent d'une forte maîtrise à l'encontre du tabac et de l'alcool ainsi qu'une très bonne observance de contrôles médicaux réguliers ; dans le dernier groupe, les scores sont surtout moyens, avec de légères augmentations pour le souci de l'apparence physique et de l'exercice sportif et les scores les plus bas en matière de maîtrise de la consommation de tabac et d'alcool ainsi que pour les visites de contrôle médical (check-up).

Dans tous les cas, bien que dans une moindre mesure pour le premier groupe, l'intérêt pour le corps et la santé se dissocie assez largement du souci de l'apparence corporelle. Mais il faut surtout souligner que les comportements que l'on considère comme les plus liés à la santé (abstention ou faible consommation de tabac et d'alcool) apparaissent avec d'autant plus de force que l'intérêt pour le corps et la santé est lui-même élevé. Bien que les habitudes de consommation d'alcool soient, en général, plus importantes dans l'échantillon allemand, la

---

[445] Thomas ABEL, Measuring health lifestyles in a comparative analysis : theoretical issues and empirical findings, *Social Science and Medicine,* Vol. 32, n° 8, 1991, pp. 899-908.
[446] Max WEBER, *Économie et société,* Paris, Ed. Plon, 1971, chapitre premier : les concepts fondamentaux de la sociologie, en particulier, pp. 10-11.

proportion des individus qui ont le style de vie le plus sain (le premier) est plus élevé en Allemagne qu'aux États-Unis.

Même si ces résultats sont assurément d'une grande pertinence, ils ont été obtenus exclusivement, encore une fois, à partir d'attitudes et de comportements. Thomas Abel a conscience de cette limite mais il se contente de noter :

> "Ces résultats ouvrent la voie à des études empiriques plus fouillées. En particulier il est nécessaire d'explorer ce qu'il en est de leur détermination sociale. Dans une étude antérieure qui compare l'Allemagne de l'Ouest et les USA, nous avons analysé les effets des facteurs socio-démographiques et socio-économiques sur l'appartenance des individus à un groupe de style de vie. Les résultats indiquent pour les deux nations des effets importants du sexe, de l'âge et de la taille de la famille alors que les effets du revenu sont faibles[447]."

On a indiqué plus haut les faiblesses et les limites de toute approche de la stratification sociale par la richesse (les récompenses liées à une fonction sociale déterminée), faiblesses qui peuvent être redoublées par des procédures de construction empirique plus soucieuses de l'équilibre du modèle statistique que des écarts réels de conditions de vie (à la manière de l'élaboration des strates dans la recherche d'Alameda County) : il en découle que tout l'aspect désigné par Max Weber comme 'chances de vie' reste à construire pour en établir les relations avec les 'conduites de vie'. De ce point de vue, cette tentative d'opérationnalisation des styles de vie reste partielle et bancale.

À partir de la seule enquête américaine, Thomas Abel et ses coéquipiers ont tenté de rémédier à ces limites en tenant compte des conditions de travail[448]. Faute de mettre en perspective les temps sociaux et leur interstructuration (cf. ci-dessus), ils font l'hypothèse qu'il existe un effet d'entraînement du travail sur les situations de non-travail (spillover effect). Par contre, ils supposent que cet effet peut être limité, compte tenu des recherches contemporaines sur la consommation dans les pays anglo-saxons : on sait que, dans les pays occidentaux, un certain nombre de traits des classes supérieures se sont 'diffusés' vers d'autres classes sociales, en particulier en matière de modes vestimentaires, d'activités de loisirs, de consommations de biens d'équipement et de dispositions corporelles. Cela ne veut pas dire qu'une telle tendance opère des changements radicaux au niveau de la structure sociale : simplement, au regard du constat de la consommation de masse, on fait l'hypothèse d'un courant d'uniformisation au sein de la culture de consommation dans les sociétés occidentales. Nicolas Herpin et Daniel Verger, procédant à une analyse fouillée des résultats réguliers des enquêtes périodiques de l'INSEE et à des comparaisons avec les pays de l'ex-CEE, contestent cette interprétation : s'il existe bien une homogénéisation des comportements

---

[447] Thomas ABEL (1991), op.cit., p. 907 (notre traduction).

[448] Thomas ABEL, William C. COKHERHAM, Guenther LUESCHEN and Gerhard KUNZ, Health lifestyles and self-direction in employment among american men : a test of the spillover effect, *Social Science and Medicine,* Vol. 28, n° 12, 1989, pp. 1269-1274.

budgétaires au sein des pays européens, toutes sortes de différences subsistent, d'ailleurs moins liées aux cultures nationales qu'aux traditions locales dans l'appareil productif et aux règlementations politiques douanières et fiscales, tout comme continuent à exister divers écarts entre les modes de consommation des catégories sociales[449]. Quoi qu'il en soit, la place des conditions de travail ne peut pas être ignorée.

La recherche américaine montre qu'il existe une assez forte indépendance entre le niveau de revenu, le niveau d'autonomie dans le travail et le choix de styles de vie plus sains. Les chercheurs interprètent ce constat par l'accès plus facile des plus démunis aux soins médicaux, grâce à la protection sociale du Medicare et du Medicaid[450], et par une éducation accrue qui vient du nombre croissant de contacts avec des personnels soignants, et des programmes de promotion de la santé : les messages ayant trait aux styles de vie plus sains franchiraient ainsi les barrières socio-économiques et se diffuseraient plus largement dans la société tout entière. Toutefois, comme ils le font eux-mêmes remarquer, ils ont seulement mesuré la présence ou l'absence des styles de vie les plus sains : n'y a-t-il pas des différences dans la manière de les vivre ?

Les styles de vie qui se caractérisent par une plus grande auto-prise en charge de la santé ont beau se diffuser des classes supérieures aux classes moyennes et aux classes populaires, on reste surpris de ce que la plupart des individus appartenant aux classes populaires prennent plus souvent une posture de dépendance à l'égard des médecins et du système de soins. Pourquoi ? On ne change pas aussi facilement les habitudes et cet ensemble de routines qui sont récurrentes au sein des diverses composantes de la vie quotidienne. Même quand les obstacles financiers s'effondrent, il reste toute une série de barrières symboliques liées à ce qu'Oscar Lewis appelle la 'culture de pauvreté'[451] : parmi ses principales caractéristiques, on trouve justement la dépendance, le fatalisme, l'incapacité à différer les plaisirs et les gratifications, une vision pessimiste du monde en général et de sa propre santé en particulier. Quand des individus immergés dans ce type de culture recourent à la médecine, ils sont souvent confrontés à des technologies de diagnostic et de traitement très complexes, faute d'avoir utilisé à temps les services médicaux : parce qu'ils manquent d'éducation et de qualification, l'univers technologique en général leur est étranger et extérieur, de sorte qu'ils

---

[449] Nicolas HERPIN, Daniel VERGER, *La consommation des français,* Paris, Ed. La Découverte, Col. Repères, 1988, pp. 107-119.

[450] Il s'agit de systèmes publics de prise en charge des plus de 65 ans (Medicare) et des plus pauvres (Medicaid) : le premier couvre 34 millions d'Américains, le second 30 millions, tandis que près de 260 millions sont couverts par une assurance souscrite par leur entreprise ou par eux-mêmes et que 37 millions (soit près de 15 %) n'ont aucune couverture. Cf. *Le Monde,* dossier 'l'économie', 14 septembre 1993.

[451] Oscar LEWIS, *Five families : Mexican case studies in the culture of poverty,* (Ill.) University of Illinois Press, 1959 ; Oscar LEWIS, *Les enfants de Sanchez,* Paris, Gallimard, 1963.

ne peuvent adopter qu'une posture de soumission et de dépendance vis-à-vis des médecins et de la technologie médicale[452].

Vus sous cet angle, les styles de vie sont-ils autre chose que des cultures spécifiques, au sens où le culturalisme ethnologique et le culturalisme sociologique l'entendent ? Manières de faire, de sentir et de penser, manières d'être et de vivre, la culture est souvent rapportée à la totalité sociale : sa cohérence, sinon sa cohésion, pose pourtant toujours problème parce que les petites sociétés sont déjà dans un rapport de colonisation quand l'anthropologue-observateur se met à les étudier, - et parce que les sociétés structurées en groupes sociaux distincts, quels que soient les projets d'homogénéisation de leurs gouvernants, sont déjà des ensembles sociaux multi-culturels. Chaque groupe social organise son expérience et procède à un travail de mise en ordre symbolique :

> "(...) *même dominée une culture fonctionne encore comme une culture.* C'est là un effet du droit imprescriptible au symbolisme qu'accorde à tout groupe social la thèse wébérienne selon laquelle toute condition sociale est en même temps le lieu et le principe d'une organisation de la perception du monde en un «*cosmos* de rapports dotés de sens». Mais, dans le cas d'une culture dominée, il faut savoir qu'on se condamne, pour faire fonctionner ce principe d'interprétation, à transformer une autonomisation méthodologique en autonomisation de principe. C'est un pari interprétatif, tout comme le pari inverse d'oublier son autonomie relative afin de ne manquer aucune interprétation de ses traits par rapport aux effets de la domination[453]."

Ainsi, soucieux d'échapper à une présentation misérabiliste de la culture des classes dominées par un ethnocentrisme d'intellectuel qui participe à la culture dominante, tout comme à une version populiste de ces cultures à partir d'une position militante de défense et de revendication qui les absolutise, le sociologue peut décrire la culture des groupes sociaux en retrouvant la logique en acte de leur style de vie, c'est-à-dire l'attachement à des valeurs et l'enracinement des attitudes dans les contraintes de leurs conditions d'existence. Selon cette perspective, la culture des groupes sociaux englobe leurs conditions matérielles d'existence (conditions de travail et conditions de vie) et leur style de vie, ou plus exactement est le produit de la reconstitution des relations entre les contraintes 'objectives' du groupe et "ses conduites régulières ou réglées, conçues comme autant d'objectivations de quelques principes fondamentaux commandant la réponse à ces conditions d'existence[454]."

---

[452] William C. COCKERHAM, Medical sociology, in Neil J. SMELSER (ed.), *Handbook of Sociology,* London, Sage Publications, 1989, § Class differences in health self-management, pp. 587-590.

[453] Claude GRIGNON, Jean-Claude PASSERON, *Le savant et le populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature,* Paris, Ed. Gallimard et Le Seuil, 1989, p. 21.

[454] Jean-Claude PASSERON, Présentation (à) Richard HOGGART, *La culture du pauvre. Étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre,* Paris Ed. de Minuit, 1970, p. 11.

Passer des styles de vie favorables ou défavorables à la santé aux cultures propres aux différents groupes sociaux introduit un double élargissement de l'approche : d'un côté les conditions de travail et d'existence sont incluses dans l'analyse ; de l'autre, on cesse de restreindre l'objet aux comportements et attitudes prédéterminés par l'épidémiologie sociale comme susceptibles de favoriser la santé ou de lui nuire. Le style de vie est une composante beaucoup plus large de la culture : il englobe l'ensemble du travail symbolique qui traduit le sens des conditions d'existence et le met en cohérence avec les attitudes et les comportements.

Parce que cet élargissement pose des problèmes d'opérationnalisation et de faisabilité au niveau de la recherche, certaines études des styles de vie et de leurs conséquences sur la santé se sont focalisées sur l'une de leurs composantes : 'la culture somatique'. N'est-ce pas retomber dans le pré-construit dont on a souligné les limites ? Justement pas dans la mesure où l'on procède à une autre construction de l'objet : il ne s'agit plus de prendre seulement en compte les attitudes et comportements corporels dont on a pu montrer le lien avec l'apparition de pathologies, mais de s'attacher à décrire l'ensemble des événements corporels et leur signification, dans le cadre de conditions d'existence déterminées[455]. Les événements corporels qui relèvent de l'épisode pathologique ou qui lui sont directement associés sont remis à leur place, dans la succession et la hiérarchisation (culturellement produite) de l'ensemble des événements corporels, ceux des postures et des gestes dans le cadre du travail, et leur rythme d'accomplissement, - ceux qui s'inscrivent dans l'alimentation et l'art culinaire, - ceux qui manifestent un autre type d'investissement du corps dans l'élaboration d'une apparence, - ceux qui sont ancrés dans les pratiques de mise en forme par les sports, - ceux qui participent à la communication non-verbale au cours des rencontres et des échanges...

Saisir la pluralité des aspects du corps pour construire le système de relations qu'ils forment dans les groupes sociaux et montrer que ce système de relations est lui-même associé aux conditions d'existence propres à ces groupes est le double objectif que s'est fixé Luc Boltanski[456]. Faire des variations de l'information et de la compétence médicales des individus la raison des différences de recours au médecin et plus largement à la consommation médicale est tout-à-fait insuffisant : information et compétences médicales sont d'abord fonction des règles implicites qui commandent le degré d'intérêt et d'attention à accorder aux sensations corporelles (dont les sensations morbides) et qui définissent dans quelle mesure il est convenable de parler de son corps, en particulier de se plaindre à autrui des sensations désagréables ressenties. Ce 'code des bonnes manières' d'être avec son corps et d'en parler n'est pas identique dans tous les groupes sociaux :

---

[455] Marcel DRULHE, La maladie comme processus dans l'histoire corporelle, *Cahiers du Centre de Recherches Sociologiques,* n° 9, décembre 1988.

[456] Luc BOLTANSKI, Les usages sociaux du corps, *Annales (E.S.C.),* 26ème année, n° 1, 1971, pp. 205-233.

> “ Si les individus portent d’autant moins attention à leur corps et sont avec lui dans un rapport d’autant moins conscient qu’ils sont plus fortement tenus d’agir physiquement, c’est peut-être que l’établissement d’un rapport réflexif au corps est peu compatible avec une utilisation intense du corps. Premièrement, l’effort physique qui accroît considérablement le flux des sensations physiques rend difficile la sélection et l’identification des sensations morbides (...) ; deuxièmement, l’accroissement de l’attention portée au corps et, corrélativement, de la sensibilité aux messages morbides a nécessairement pour résultat de réduire en durée et en intensité l’activité physique[457].”

Selon cette logique, on comprend que, dans les classes populaires, les règles, souvent exprimées en termes moraux, qui président au rapport des individus à leur corps aient pour fonction d’empêcher un rapport conscient et réflexif au corps, car un tel rapport diminuerait la résistance que les individus de ces classes opposent à leur corps pour accomplir le travail demandé (‘ne pas s’écouter’). Quand on s’élève dans la hiérarchie sociale, ces règles changent : plus conscients de leur corps, plus entraînés par l’éducation à en percevoir et à en exprimer les sensations, les individus des classes supérieures ont d’autres critères de jugement et de valorisation (la grâce et la minceur, la forme physique au détriment de la force physique, etc.). S’il en est ainsi, l’accroissement du niveau d’instruction et la diminution de la proportion des travailleurs manuels dans la population active a pour effet de diminuer ces écarts.

Le modèle de Luc Boltanski ne manque pas de pertinence pour la compréhension des différences sociales de consommation médicale : il met en évidence l’importance des cultures corporelles socialement différenciées. Sa limite vient de ce qu’il repose sur une analyse secondaire de plusieurs sources de données. Les indicateurs ont été regroupés en dix dimensions dont l’homogénéité empirique est problématique[458] : l’une des incertitudes tient à ce que les regroupements de CSP visant à opérer l’opposition entre classes populaires et classes supérieures sont fluctuants d’une dimension à l’autre.

Sur la base de recherches plus spécifiques de morbidité différentielle et de recours différentiel au médecin, des chercheurs de l’INSERM ont contesté ce modèle interprétatif. D’abord il existe un paradoxe selon lequel les différences sociales de mortalité ne diminuent pas, voire s’accroissent, alors que la consommation médicale selon les catégories sociales, on l’a vu, est à peu près semblable, et même que le nombre de séances de médecin est plus élevé chez les ouvriers et les individus aux revenus les plus bas : suffit-il de dire que l’accroissement du niveau d’instruction et la réduction des travaux de force, en modifiant la sensibilité au corps et en procurant des catégories culturelles plus adéquates pour sa perception, sont à l’origine de ce phénomène ?

---

[457] Luc BOLTANSKI (1971), op.cit., p. 222.

[458] Serge CLÉMENT, D’un usage sociologique du corps, *Cahiers du Centre de Recherches Sociologiques,* n° 5, février 1987, pp. 165-180.

Plusieurs résultats convergents montrent que les différences s'opèrent selon la nature des symptômes déclarés et non pas selon les groupes sociaux :

> "(...) la fréquence des consultations médicales est la résultante de la fréquence des symptômes perçus et admis, et des conduites médicales face à ces symptômes. Mais il n'est pas évident à l'heure actuelle que les personnes de milieu populaire aient systématiquement une attitude plus fataliste face à certains troubles et adoptent davantage une conduite d'attente et d'automédication. Les réponses théoriques données aux symptômes «proposés» nous ont indiqué que cela dépendait de la nature du symptôme et donc de l'interprétation qui lui est donnée. (...) Sentir un mal au dos ou à la gorge, une douleur dans les jambes, des crampes musculaires, ou une difficulté à uriner ne demande pas la possession d'une vaste culture somatique pour se transformer en recours au médecin. La gêne et la crainte occasionnées, la possibilité matérielle et l'envie d'aller voir un médecin, la pression de l'entourage familial, la peur de la maladie et de la mort, l'information bonne ou mauvaise paraissent être davantage des éléments susceptibles de jouer sur le fait d'aller ou non consulter[459]."

La grande différence entre les consommations médicales relève de l'écart entre les hommes et les femmes : cela tient, comme on l'a déjà montré, à une fréquence systématiquement plus élevée de symptômes chez les femmes, dont on a déjà proposé une explication partielle (conditions de travail et conditions de vie, rôle de gestionnaire de la santé).

La principale faiblesse de ces travaux sur les styles de vie vient de ce que l'approche quantitative limite le nombre d'informations empiriques et mesure simplement la présence ou l'absence d'un élément en présupposant qu'il a la même signification pour tous les enquêtés. Comme par ailleurs les résultats sont révélateurs de l'effet de mécanismes socio-culturels sous-jacents, ce sont les chercheurs eux-mêmes qui élaborent ces significations au cours de leurs analyses et de leurs interprétations. Mais cette position d'extériorité peut les mettre en porte-à-faux au regard des processus réels et des significations que les individus concernés accordent eux-mêmes à ce qu'ils font dans un cadre de vie déterminé. À ce niveau d'observation, si l'on veut éviter de faire des hypothèses a priori, il paraît nécessaire de 'saisir de l'intérieur' les éléments (et leurs significations) qui participent de la constitution des différents styles de vie : seules les approches intensives (ethnographiques ou sociographiques, qui mêlent l'observation directe à l'entretien et qui multiplient les inventaires documentaires) sont aptes à donner les moyens de cet objectif.

Rendons-nous à l'évidence : l'observation ethnographique ou sociographique ne fait pas recette, de sorte que nous ne disposons pas d'un grand nombre de recherches focalisées sur la culture spécifique de tel ou tel groupe social. De celles qui existent, que pouvons-nous

---

[459] P. AÏACH, A. LECLERC ET A. PHILIPPE, Symptomatologie et recours au médecin : proposition pour une approche de la consommation médicale, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales,* XXème année, n°4, 1980, p. 179.

extraire ? Comment se situe la santé dans le style de vie et plus généralement la culture des groupes sociaux étudiés ?

Dans les sociétés industrialisées, la culture ouvrière est la plus observée et son analyse la révèle comme culture de travail et culture de famille. Elle est d'abord ces savoirs pratiques de détection, d'identification et de sélection d'indices pour juger de l'état de la matière et des états de l'outillage : déjà Le Play admirait leur finesse inaccessible aux savoirs géométriques des ingénieurs.

> "La demande d'exactitude dans les dénominations techniques est si discriminante de la culture ouvrière que le bon usage du langage y est tenu comme le moyen le plus sûr d'identifier le connaisseur (...) c'est au langage de chacun qu'on identifiera souvent son parcours d'apprentissage. Les régions, les usines parfois ont leur propre vocabulaire, souvent hybridé encore de la diversité des apports ethniques : «usances» locales, aussi distantes des «disances» standard du métier que ces «disances» le sont elles-mêmes des usages normés de la norme technicienne, instruite ou savante. Sans doute le foisonnement de ces «ergolectes», comme la variété des codes gestuels, font-ils perdre à la communication ouvrière les avantages d'universalité ouverts par la fixation du code standard. Mais ils lui ouvrent aussi une créativité que la langue normée n'aura plus[460]."

Cette culture de savoirs liés au métier se double d'une culture polémique. Chacun, sur le chantier ou dans l'atelier, vise à «se faire respecter», c'est-à-dire à la fois ne pas se laisser faire par les petits chefs, les plus vieux, les militants, les sournois... et se faire reconnaître pour sa compétence et sa solidarité : «faire du bon boulot», c'est accomplir une œuvre 'finie', éprouver la fierté de la fonction réussie ; «être un bon ouvrier», c'est cultiver une pensée soupçonneuse, ni docile, ni 'fraternaliste', c'est-à-dire se tenir plus proche du «bien faire» que du «bien penser» défini par les idéologues de tous bords. C'est pourtant sur ce scepticisme critique que s'élabore une culture de revendication.

La culture ouvrière est aussi un culte de la famille, un culte particulier et spécifique. D'abord par la liberté introduite dans l'amour : amour libre et concubinage ont été d'abord l'affichage, contre l'ordre bourgeois et chrétien de contracter mariage, de la liberté de l'engagement amoureux sans autre sanction que celle du sentiment. Si les ouvriers entrent peu à peu en mariage, au fur et à mesure que le mariage bourgeois perd le goût de l'apparât, c'est pour visibiliser leur fierté d'un engagement mutuel non imposé. Marié ou pas, le couple ouvrier se focalise sur le rapport des sexes par lequel il opère le reclassement sexuel de la fratrie, des alliés et des collatéraux : frères et beaux-frères s'entraident pour l'embauche, coopèrent pour le bricolage, échangent leurs expériences techniques ; autour de la conjointe, sœurs et belles-sœurs procèdent mutuellement à l'initiation des savoirs du corps : les plaisirs du sexe et de la nourriture appétissante (même si on ne peut pas disposer d'aliments de qualité), la maîtrise de la fertilité, l'évitement ou les soins de la maladie. Dans la clôture

---

[460] Michel VERRET, *La culture ouvrière,* Saint-Sébastien, ACL Édition, 1988, p. 25.

domestique, la femme de l'ouvrier, plus d'une fois ouvrière par intermittence, «tient» l'argent du ménage et gère la dépense : elle arrive à y trouver une autonomie de vie, suscitant une sociabilité féminine de voisinage où elle se ressource. Et si les enfants sont une charge, ils sont surtout la preuve d'un avenir ouvert, faute de pouvoir se permettre la nostalgie du «bon vieux temps».

> "Il y a, note Françoise Loux, comme «un air de famille» entre les cultures du travail et les cultures familiales. Mêmes «apprentissages souterrains et secrets», même prégnance des signes-choses, même appel des gestes-signes (...) C'est que nous sommes dans les mêmes cultures du corps. Car au travail tout était corps. Mais tout est charnel dans la famille : l'incorporation alimentaire et les messages du goût ; les enveloppements tactiles du corps maternel, du corps amoureux (...) En ce corps élargi, l'ouvrier se sent à l'aise dans le déchiffrable, le maîtrisable. Car si contrainte soit-elle à son propre besoin et à son propre effort, la famille ouvrière est au moins libre des contraintes d'appareil, des contrôles savants, des codes prescrits dont sa vie usinière et résidentielle est par ailleurs accablée. Ici certes, des rapports d'autorité, rigides même : de l'homme à la femme, des parents aux enfants, des aînés aux cadets. Mais pas d'appareils d'autorité (...) D'où la méfiance pour les paroles étrangères, celles qui, écrites ailleurs, viennent ici chargées de conseils, d'exigences ou de commandements[461]."

Culture du travail et de la famille (en ces formes spécifiques que nous avons à peine esquissées), elle est tout entière tendue vers un objectif : «s'en sortir». D'où la débrouillardise, cet "art de densifier des biens par la polyvalence des usages". Mais dans le manque et le malheur, l'incertitude et l'angoisse des lendemains, il y faut une lucidité 'sauvage' pour s'économiser : la pauvreté peut rassembler contre les riches, elle divise assurément quand il s'agit de partager le peu qui reste. Quand l'industrie de série et la consommation de masse arrivent, les ouvriers apprennent ce que le confort ménage d'aises au corps : savoir acheter, savoir user, un nouvel art de vivre se met en place. Art de vivre souvent emprunté, il recèle pourtant invention et liberté : la culture ouvrière 'bricoleuse' sait dépasser les normes de l'emprunt, jouer avec lui autant qu'en lui.

> "Ainsi de la logique des espacements (...) La logique du capitalisme est de concentrer les ouvriers en espaces minimaux, au lieu de travail comme au lieu de résidence. En ces espaces rares la concentration du nombre rend les proximités plus critiques. C'est précisément en quoi les contraintes de vie collective, qui par certains côtés protègent les ouvriers (si nombreux en si petit espace, ils parviendront bien à le défendre), les menacent aussi (si peu d'espace pour si grand nombre met le nombre en conflit). L'éloge, fait de loin par toute une littérature populiste, des chauds enveloppements de groupe, de l'érotique des promiscuités, et des cultures de l'odeur franche et du geste libre, où le petit peuple urbain a «domestiqué» d'abord sa propre densité, ne saurait

[461] Michel VERRET (1988), op.cit., pp. 64-65.

nous cacher en effet l'autre face de la proximité obligée : l'intrusion, la conflit, la violence, le droit du plus fort et l'irrespect général du faible. Que la femme qui en payait le plus fort prix, ait pu souhaiter quelque distanciation du voisinage à la rue, du foyer au voisinage et de chacun à tous dans le foyer même, était-ce pruderie ecclésiale et respectabilité bourgeoise ou simple reconnaissance des avantages d'ordre de ce que Sahlins appelle l'individualisme de dispersion ? La bonne distance est souvent la meilleure garantie de la bonne entente[462]."

En temps libre, la culture ouvrière est «askèsis» plutôt qu'«aisthésis», exercices et mouvements physiques plutôt que quête explicitement tournée vers les sensations et les émotions. Familière des situations limites dans le travail, elle anesthésie ce vertige déstructurant par le vertige des petits plaisirs toujours un peu défendus : boire, fumer, foncer... pour «s'éclater», voilà la griserie de l'existence dont l'aboutissement est la fête ouvrière. Sa caractéristique centrale est le syncrétisme. On y associe les consommations aimées, le spectacle apprécié de la marchandise et de la publicité, le travail choyé de bénévolat pour préparer podiums, stands et décors, les jeux préférés que l'on regarde ou auxquels on participe, les musiques et les chansons fredonnées que l'on écoute ou sur lesquelles on danse... Point de spécialisation : la fête ouvrière conjoint ce que la vie morcelle.

Bien sûr ces quelques traits de la culture ouvrière ne prétendent pas en exposer toute la richesse et toute la complexité : ce que l'on sait par ailleurs, en particulier à partir des enquêtes périodiques de l'INSEE, laisse penser que l'homogénéité de la culture ouvrière est plus apparente que réelle (ce qui est saisissable en un premier niveau comme unité éclate à d'autres niveaux en hétérogénéité de sous-cultures populaires)[463]. Cela suffit pourtant à remettre en cause l'interprétation précédente sur la diffusion des styles de vie les plus sains : ils sont 'empruntés' aux classes supérieures mais aussitôt 'bricolés' pour être adaptés à la distance du soupçon et de la polémique ('on en prend et on en laisse'). Le travail de Jean-Pierre Castelain sur les dockers du Havre est un bel exemple de refus d'un style de vie, proposé avec l'arrogance et le mépris dont sont capables ceux qui sont sûrs de leur cause ; en même temps ces dockers réagissent par eux-mêmes aux ravages de l'alcoolisme en créant un mode d'organisation et d'intervention respectant le mode de sociabilité qui s'accomplit sur le port autour des rituels du boire[464].

Les moments de pause ou de vacation entre deux embauches sont l'occasion de tournées dans le parcours quotidien des bistrots du port jusqu'à la dernière halte avant de rentrer chez

---

[462] Michel VERRET (1988), op.cit., p. 49.

[463] Nicolas HERPIN, Olivier CHOQUET, Liliane KASPARIAN et Daniel VERGER, Les conditions de vie des ouvriers. Un mode de vie ouvrier ?, *Économie et statistique,* n° 208, 1988, pp. 53-59 ; Renaud SAINSAULIEU, *L'identité au travail,* Paris, Presses de la Fondation de Sciences Politiques, 1977 ; Florence WEBER, *Le travail à côté. Étude d'ethnographie ouvrière,* Paris, INRA et Ed. de l'EHESS, 1989.

[464] Jean-Pierre CASTELAIN, *Manières de vivre, manières de boire,* Paris, Ed. Imago, 1989.

soi. Boire des boissons alcoolisées ne fait pas du docker une victime : il signe ainsi son appartenance au groupe des hommes, à leurs échanges égalitaires et à leur solidarité, par opposition au monde féminin de l'espace familial où seules des 'boissons hygiéniques' sont consommées. Dans l'après-guerre, quand changent leurs conditions de travail et de résidence, quand les groupes éclatent et que les relations sociales s'affaiblissent, quand de plus en plus de dockers meurent d'alcool, ils rejettent les traitements de 'l'alcoolisme-maladie' que leur proposent les médecins, les personnels soignants et de bonnes âmes charitables : ces démarches de lutte anti-alcoolique entreprises par des étrangers à leurs conditions d'existence et à leur style de vie leur apparaissent comme le cheval de Troie de groupes antagonistes pour leur imposer un mode de vie qu'ils refusent.

Vers 1960, ils créent eux-mêmes un "Comité anti-alcool", un comité de dockers pour les dockers, à l'exclusion de toute autre personne. Quand un docker en vient à rejeter les autres (compagnons de travail ou membres de sa famille) parce qu'ils constituent des freins à sa poursuite insatiable de l'alcool, les travailleurs du port le repèrent et considèrent qu'il est devenu 'mauvais buveur'. Ainsi désigné, il va être interpellé par un 'thérapeute-docker' du comité qui a fait la même expérience et l'a surmontée : 'l'annonciateur' lui fait part du 'diagnostic' du groupe. S'il accepte de reconnaître son 'mal boire', il va être peu à peu réintégré parmi l'ensemble des dockers du port par son alliance avec les militants abstinents du comité ; s'il refuse, sa mort sociale précède sa mort physique.

De la même façon, faire de la dépendance et de la soumission à l'égard des médecins une caractéristique de 'la culture de pauvreté' relève d'une interprétation hâtive. On l'a vu, la culture ouvrière développe pour soi-même le sens du travail bien fait et le respect de l'œuvre qu'autrui a achevée ; on a dit combien les savoirs ouvriers sont multiples, complexes et précieux, ce qui donne à ceux qui les partagent un certain sens de la technique. C'est plutôt ce respect du 'bon ouvrier', le sens de la valeur et de l'efficacité techniques et cet attachement à la finition de l'œuvre entreprise qui permet de comprendre cette attitude respectueuse à l'égard du médecin, un 'homme de l'art', leur double en quelque sorte mais sur leur 'corps-machine' : non pas soumission, mais confiance en celui qui, comme eux, sait interpréter des signes à la surface des choses pour juger de l'état de leur corps, comme ils identifient les états de la matière et des machines. Encore faut-il que la protection sociale donne les moyens de la consultation. Encore faut-il que les choses aillent vraiment mal pour accepter de 'perdre du temps avec les docteurs'. Et si le médecin se mêle de les éduquer, il n'est pas sûr que ne se rallume pas la flamme de leur résistance et de leur culture polémique.

Cela ne veut pas dire que la diffusion des styles de vie les plus sains n'existe pas. Simplement l'acculturation qu'elle suppose procède par sélection et accommodement[465]. Pour

[465] M. J. HERKOVITS, *Les bases de l'anthropologie culturelle,* Paris, Petite bibliothèque Payot, 1967. Chapitre 14, L'acculturation : le processus de la transmission culturelle, pp. 216-235.

qu'un style de vie étranger à des conditions d'existence déterminées fasse l'objet d'imitation , encore faut-il qu'il soit perçu comme une référence légitime accessible et que son adoption ne soit pas trop coûteuse, non seulement en termes économiques mais aussi en termes d'équilibre identitaire. Certains éléments culturels propres à une classe ou à une fraction de classe peuvent détourner de toute référence envieuse. On en a un exemple dans ce trait de la 'culture de pauvreté' exprimé par l'un des *enfants de Sanchez* :

> "«Celui qui est né pour être une casserole ne quitte pas la cuisine». Combien de fois n'ai-je pas entendu prononcer cette phrase par mon père, ma tante, mes amis, des voisins[466] !"

Inversement des idéologies peuvent présenter et légitimer un modèle 'utopique' de style de vie qui n'a rien à voir avec les styles de vie existants dévalorisés. Ils constituent alors une référence négative dont il faut se distinguer : les dockers 'anarchisants' du Havre, décrits par Jean-Pierre Castelain, sont exemplaires de ce point de vue.

Autrement dit, la diffusion d'un style de vie est fonction de la frustration relative de ceux qui vivent dans des conditions d'existence déterminées : cette frustration sera forte, limitée ou absente en fonction de l'emprise qu'exercent les normes propres au groupe, qui peuvent soit écarter son attention de la référence de groupes voisins mieux lotis, soit la déporter vers une référence incertaine située dans un futur éloigné. L'enjeu est donc la conscience que prend un groupe social (classe, sexe, génération, ethnie...) de la distance qui le sépare des autres et de la légitimité de leur style de vie, en totalité ou partie. Philippe Bénéton, faisant la recension des travaux sur ce problème, montre que cette prise de conscience est fonction de sept variables essentielles : l'amplitude des inégalités (une forte distance décourage la comparaison) ; le mode de perception des inégalités (la distance sociale peut annuler les effets de connaissance que permet la proximité physique, comme dans le cas de la relation maître/esclave) ; le sentiment de légitimité des sources d'inégalités (le sentiment d'illégitimité et d'injustice réduit la distance subjective entre inégaux) ; l'instabilité des inégalités (cela produit un sentiment de fragilité des différences qui ouvre toutes les craintes et toutes les espérances) ; la dispersion des inégalités (quand il n'y a pas congruence entre éléments du 'statut', au sens wébérien, l'insatisfaction s'accroît, comme on peut le constater dans le cas de 'surdiplômés' qui travaillent indéfiniment comme vacataires) ; la distance culturelle entre inégaux (malgré des niveaux de vie proches, les mœurs peuvent être si différentes que toute comparaison est impensable) ; la distance 'affective' entre inégaux (l'imitation est facilitée par des affinités particulières)[467]. On peut ajouter que la valeur d'égalité peut être mise en concurrence avec d'autres valeurs : certains préfèrent une certaine inégalité pour conserver quelque forme de

---

[466] Oscar LEWIS (1963), op.cit., p. 549.

[467] Philippe BÉNÉTON, Les frustrations de l'égalité. Contribution aux recherches sur la relativité des aspirations et la perception des inégalités, *Archives européennes de sociologie,* XIX, 1978, pp. 74-140.

sécurité, par exemple. Quoi qu'il en soit, ces différentes variables peuvent avoir des effets cumulatifs ou contradictoires.

Si les styles de vie considérés comme légitimement sains se diffusent dans la plupart des groupes sociaux des sociétés occidentales, cette diffusion ne s'opère pas au même rythme ni avec la même intensité dans tous les cas. En outre, à l'exception des anéantissements délibérés de cultures locales (comme ce fut le cas lors des colonisations, celles de l'Amérique en particulier), aucun style de vie 'étranger' n'est adopté dans son intégralité : des pratiques peuvent rester inchangées alors que les valeurs changent et réciproquement. Étudiant comparativement les communautés protestante et catholique d'une petite collectivité villageoise normande du point de vue des pratiques et valeurs ayant trait au corps, Françoise Loux montre que la transmission familiale des traditions coexiste avec une ouverture à la modernité apportée par le médecin, le vétérinaire et la lecture des rubriques relatives à la santé dans les magazines féminins :

> "Tradition ne signifie pas immuabilité : ce n'est pas parce qu'on observe un changement par rapport au mode de vie des parents qu'il n'y a pas eu transmission : ce qui peut être légué - et est souvent légué - c'est une certaine façon d'adapter un système de valeurs à des conditions de vie. (...) les parents transmettent autant les valeurs d'adaptation au changement que les termes du changement eux-mêmes[468]."

Ainsi la diffusion de nouvelles pratiques et/ou de nouvelles valeurs s'accomplit de différentes manières : on peut adopter intégralement un élément extérieur à sa culture ; on peut garder un comportement transmis familialement en le dotant d'une nouvelle valeur ; on adopte de nouvelles pratiques parce qu'on les juge mieux adaptées à des valeurs anciennes. Françoise Loux énonce un principe général au terme de ses analyses : une culture ne peut pas abandonner ses valeurs clefs de voûte à moins de se dissoudre, pas plus qu'elle ne peut emprunter des comportements, attitudes ou valeurs qui remettraient en cause son propre système d'équilibre. Ainsi, les protestants, quoique sensibles aux médecines traditionnelles ('magiques'), se refusent à participer à des pélerinages auprès de saints guérisseurs : ils peuvent emprunter aux catholiques des informations sur les personnes qui disent avoir un 'don de conjuration' (par exemple, pour les brûlures), mais ne peuvent pas se résoudre à adresser des prières à un saint.

Au regard des variables qui conditionnent la frustration relative, on comprend que les classes moyennes soient plus empressées d'imiter autant qu'elles le peuvent le style de vie des classes supérieures, voire d'en accentuer certains traits (effet de déviance par hyperconformisme, souvent observable dans l'hypercorrection de l'emploi de la langue). La caractéristique centrale de la culture petite-bourgeoise est sa bonne volonté culturelle qu'elle

---

[468] Françoise LOUX, Transmission culturelle chez les catholiques et les protestants : les soins corporels à Chardonneret, *Ethnologie française*, Vol. IV, n° 1/2, 1974, p. 146.

manifeste à travers les mille manières de 'faire grand' avec du minuscule et de faire une révérence indifférenciée à tout ce qui lui paraît culturellement valorisé, à la mesure de son ignorance des principes d'identification qui sont au fondement de cette valorisation. Il en découle toutes sortes de méprises et de confusions : la docilité à faire des 'choix de qualité', souvent disparates, est aiguillonnée par l'avidité à s'inclure dans l'univers supérieur envié.

> "La prétention peut s'écrire aussi bien pré-tension (...) Si la pré-tension contraint le petit-bourgeois à entrer dans la *concurrence* des prétentions antagonistes et le pousse à vivre toujours *au-dessus de ses moyens,* au prix d'une *tension* permanente, toujours prête à exploser en agressivité, elle est aussi ce qui lui donne la force nécessaire pour prélever sur lui-même, par toutes les formes de l'auto-exploitation, ascétisme et malthusianisme en particulier, les moyens économiques et culturels indispensables à l'ascension[469]."

Mais il existe des variations dans la force et des contradictions dans la direction des variables à l'origine de cette prétention ou pré-tension : le volontarisme rigoriste et la restriction de ceux qui se sentent vocation à faire partie de l'élite prend des formes différentes. Ainsi, la fraction de la petite-bourgeoisie en régression sur le plan économique convertit son rigorisme et sa restriction en tendances répressives, condamnant systématiquement ce qui manifeste à ses yeux une quelconque rupture avec l'ordre ancien : inclinations au modernisme ou au confort, libération sexuelle et cohabitation juvénile, univers musical 'rock', modes vestimentaires particulièrement colorées et/ou unisexe... sont ressentis comme autant d'abandons laxistes ; la simplicité, le sérieux, le travail avec application, l'ordre, le soigné, la rigueur et la minutie constituent l'arrière-fond de leurs valeurs de référence et l'ancrage de leurs comportements.

À l'inverse, la nouvelle petite-bourgeoisie, qui trouve sa place dans les métiers de la représentation, du spectacle médiatique, de l'animation socio-culturelle et des services de biens symboliques, trouve son idéal dans les nouvelles normes sous-jacentes au crédit et à la consommation que les grands groupes de l'industrie et de la distribution cherchent à diffuser : contre l'ascétisme triste du devoir qui porte le soupçon sur l'agrément et l'agréable, et suscite la culpabilité dès que la 'réserve' et la 'retenue' ne sont pas respectées, la nouvelle petite-bourgeoisie s'applique à faire l'expérience du devoir de plaisir : 's'amuser', 'jouir', s'exprimer par tout son corps, communiquer à tout va... sont quelques-uns des aspects d'un culte de la santé personnelle, physique et psychologique, au nom d'une vulgarisation scientifique qui transforme le 'normal' d'une courbe statistique en impératif de normalité[470].

---

[469] Pierre BOURDIEU, *La distinction. Critique sociale du jugement,* Paris, Ed. de Minuit, 1979, pp. 388-389.

[470] On trouvera la démonstration d'une opération de ce type à propos du 'devoir d'orgasme' dans : André BÉJIN et Michael POLLACK, La rationalisation de la sexualité, *Cahiers internationaux de sociologie,* LXII, 1977, pp. 105-125.

Entre ces deux formes extrêmes de la culture petite-bourgeoise se situe celle de la petite-bougeoisie d'exécution (cadres moyens administratifs, techniciens, employés de bureau) : sa culture rigoriste est surtout une discipline qu'on s'impose, à soi-même et aux siens, pour se donner le maximun de chances d'ascension sociale ; pareille anticipation de l'avenir se double d'un progressisme prudent : quoique moralement rigoureux, le petit-bourgeois d'exécution n'hésite pas à remettre en cause la morale dominante chaque fois que sa transformation (par exemple, la liberté de l'avortement ou l'accès des mineurs aux contraceptifs) est un atout qu'on peut mettre au service d'une mobilité ascendante.

L'hétérogénéité de la culture petite-bourgeoise, qui correspond au moins partiellement à des différences de générations, permet de nuancer le modèle interprétatif de la diffusion des styles de vie les plus sains : c'est la sous-culture de la nouvelle petite bourgeoisie qui manifeste le plus son appétence pour la santé à travers son souci du corps et sa volonté d'exprimer, par son apparence, sa conversion réussie au style de vie des classes supérieures. Inversement, l'ascétisme 'tendu' des autres sous-cultures petites-bougeoises ne constitue-t-il pas un agent stresseur dommageable pour la santé ? L'accroissement des maladies hypertensives et des troubles mentaux, révélé en particulier par l'enquête IDREM de 1980 (cf. ci-dessus), ne touche-t-il pas davantage globalement les classes moyennes ? Si l'on décomposait cette catégorie, n'apercevrait-on pas des différences en fonction des sous-cultures (en tenant compte naturellement des biais décelés au sein de la construction de la mortalité et de la morbidité) ?

Notre parcours est marqué par les résultats ayant trait aux styles de vie de santé statistiquement reconstruits : nous finissons par présupposer qu'il existerait un idéal en la matière. La culture légitime des classes supérieures contient-elle ce style de vie de santé le plus favorable ? Quels en seraient les éléments ?

On sait que la culture bourgeoise a un art consommé de travailler le symbolique : les détenteurs de propriétés de naissance, parce qu'ils ont le privilège d'ignorer l'insécurité, peuvent tenir à distance l'appétit d'acquisition, d'accumulation et de thésaurisation et même affecter de s'en désintéresser (la tyrannie jalouse de propriétaire n'est pas de leur fait). Ce qui importe est d'entretenir les relations entre 'les maisons de son rang' à travers l'ostentation de dépenses généreuses qui ne saurait se confondre avec la 'bonne vie' et la 'familiarité' : à l'inverse du 'franc-parler' et du 'franc-manger' populaire, la culture bourgeoise porte à l'excellence l'élaboration et le respect des formes tout au long de la quotidienneté, et non pas seulement pour les 'grandes occasions'. Mais la tenue et la retenue se manifestent dans l'aisance, la facilité, l'élégance et la désinvolture que donne l'assurance d'un rapport au monde dont la légitimité va de soi.

> "Trois éléments semblent pouvoir rendre compte de cette culture bourgeoise : l'art du détail, le contrôle de soi ou l'intériorité maîtrisée, la ritualisation du quotidien

constitutive du passage de la sphère privée à la sphère publique. (...) L'aristocrate - dans la représentation «globale» de sa personne publique - attache une importance extrême aux détails. Mais ceux-ci font partie d'un ensemble de signes aboutissant à une reconnaissance immédiate de la qualité de la personne. Les détails du mode d'être de la personne bourgeoise visent eux à la discrétion et à la neutralité : «ne pas faire d'épate». (...) Cette attention aux détails et aux nuances, constituant l'ensemble d'une personne, est inséparable de la notion de contrôle de soi. (...) Le «ça se fait» de la bourgeoisie, à l'égal du «ça s'est toujours fait» de la tradition signifie l'aménagement d'un espace culturel autour de pratiques qu'il faut en permanence contrôler. (...) De l'apprentissage des manières de table où s'acquiert le contrôle des gestes, de l'appétit (ne jamais se resservir si la maîtresse de maison ne vous y invite pas), des paroles (chacun doit pouvoir s'exprimer), aux «rallyes», par exemple, on a bien à faire à une série de pratiques rituelles. Les manières de table (pratiques quotidiennes), les rallyes (pratiques exceptionnelles), servent à renforcer des liens, à perpétuer les idées et comportements d'un groupe, à distribuer des rôles et des places, à affirmer l'individu dans un statut[471]."

Quelles que puissent être par ailleurs les variantes que prennent ces traits les plus saillants, il reste à souligner ce qui donne à cette culture sa pérennité : la mouvance. Dans l'art de la nuance, il y a cette aptitude à capter les changements de la modernité et à s'y adapter : quand les diplômes les plus élevés sont devenus des moyens indispensables pour conforter les positions de pouvoir, cela a été perçu et on a pris les dispositions nécessaires pour que les générations en âge de le faire obtiennent ces diplômes ; quand, sous l'effet de la psychologie et de la psychanalyse, on s'est aperçu que trop de rigorisme pouvait conduire à un conservatisme autoritaire néfaste, on n'a pas hésité à se former aux conseils de Françoise Dolto ; quand des attitudes et des comportements en marge de ses propres références deviennent les aspirations fortes d'un grand nombre, on en reprend certains aspects en y mettant les formes...

Autrement dit, l'entre-soi que procure le monopole de la résidence dans les beaux quartiers n'exclut pas une très grande ouverture sur le monde intellectuel, en particulier scientifique. Très rapidement au fait des dernières découvertes scientifiques, la culture bourgeoise sait tout aussi rapidement en tirer parti, que ce soit sur le plan de la finance ou de l'industrie comme sur le plan personnel : le rationalisme humaniste dont elle est pétrie lui donne le sens des 'valeurs sûres' : elle n'hésite pas à modifier des éléments de son style de vie, dès lors que la biologie, la médecine ou l'épidémiologie attestent de ses dangers.

---

[471] Béatrix LE WITTA, *Ni vue, ni connue. Approche ethnographique de la culture bourgeoise,* Paris, Ed. de la Maison des Sciences de l'Homme, 1988, pp. 81-84. Voir aussi Michel PINÇON et Monique PINÇON-CHARLOT, *Dans les beaux quartiers,* Paris, Ed. du Seuil, 1989.

Quelles que soient les limites de notre synthèse des travaux sur les cultures de classes, elle a le mérite de faire apparaître les contextes de conditions de vie (repérables par ailleurs), de comportements, d'attitudes et de valeurs au sein desquels s'insèrent les styles de vie propres à la santé : on comprend d'autant mieux ce qui est spécifiquement lié à la santé qu'on le situe dans le système de relations qui le relie à l'ensemble des éléments culturels structurellement associés. Mais ce qui est vrai pour les cultures de classes l'est aussi pour les cultures des sexes[472], les cultures de générations[473] et les cultures ethniques[474].

> "On ne gagne (...) rien à traiter les classes sociales comme autant de sociétés dans la société, ou, ce qui revient au même, à traiter les sous-cultures qui organisent leur fonctionnement symbolique comme autant de micro-cultures, dotées d'une auto-suffisance qui autoriserait, à échelle réduite, une analyse reconnue impossible au niveau de la société globale."

Analysant des effets ou des états de socialisation en une série de domaines chez des jeunes de 12 à 23 ans en 1977, Jean-Claude Passeron et François de Singly montrent que le sexe spécifie la socialisation dans le cadre de chaque classe sociale. Compte tenu de la diversité des aspects sur lesquels joue l'éducation, il n'est pas possible de faire de l'une ou l'autre classe la championne du modernisme ou du traditionnalisme : selon les domaines, ce sont tantôt les unes et tantôt les autres qui privilégient le conformisme sur la novation, l'autoritarisme sur la permissivité, - et ces positions sont variables selon les sexes, parce que chaque classe sociale spécialise plus ou moins l'éducation des filles et des garçons, sans que l'on puisse tirer des analyses le principe d'une 'loi d'airain' de la domination masculine :

---

[472] De ce point de vue, l'enquête danoise sur les styles de vie liés à la santé, centrée sur les différences de sexe, comporte les mêmes limites que l'enquête germano-américaine dont on a fait état. Cf. Kathryn DEAN, Self-care components of lifestyles : the importance of gender, attitudes and the social situation, *Social Science and Medicine,* Vol. 29, n° 2, 1989, pp. 137-152. Sur la culture féminine des sociétés rurales, on a le travail d'Yvonne VERDIER, *Façons de dire, façons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière,* Paris, Ed. Gallimard, 1979. Il n'existe pas d'équivalent, à notre connaissance, pour les sociétés urbaines.

[473] Nous avons abordé la question des cultures de générations dans le cadre de l'examen de l'hypothèse de la sélection sociale par la santé (cf. ci-dessus). On peut aussi se référer utilement à *L'Homme et la Société,* n° 111-112, 1994. Il importe d'indiquer que certains traits propres aux cultures de génération (mais aussi de classe et de sexe) sont infléchis au cours de la dernière période de la vie : cf. Marcel DRULHE, Effets de la culture sur les représentations et les activités des corps vieillissants, dans Claude CLANET, Raymond FOURASTÉ, Jean-Luc SUDRES (sous la direction de), *Corps, cultures et thérapies,* Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 1993.

[474] On trouvera des perspectives d'analyse des cultures ethniques dans les sociétés occidentales et des conséquences que cela entraîne sur le plan de la santé dans : Ahmed ANDREWS and Nick JEWSON, Ethnicity and infant deaths : the implications of recent statistical evidence for materialist explanations, *Sociology of Health and Illness,* Vol. 15, n° 2, 1993, § Problems of ethnic classification in health statistics. Plus généralement, voir l'article de synthèse de : T.K. OOMMEN, Les relations entre race, ethnicité et classe, *Revue Internationale des Sciences Sociales,* n° 139, 1994, pp. 101-113.

> "L'observation empirique, dès lors qu'on y recourt, dissuade, non seulement d'énoncer des principes de variation selon le sexe (qui seraient indépendants de la variation selon la classe) ou des principes de variation selon la classe (qui seraient indépendants de la variation selon le sexe), mais encore de rendre compte des relations entre ces deux types de variations par des principes qui seraient homogènes dans leur action d'un bout à l'autre de «l'espace social» ou de «l'espace de comportement»[475]."

Même si ces résultats concernent spécifiquement certains domaines de la socialisation (distance au traditionnalisme moral, autonomie affective par rapport aux parents, niveau de connaissances générales, libéralisme des jugements moraux en matière de sexualité, manifestation d'un intérêt politique...), on peut supposer qu'ils ont une portée générale dans la mesure où tous les domaines de la culture font l'objet d'éducation : comment imaginer que la socialisation du domaine de la santé puisse y échapper ? Par conséquent l'analyse de l'effet des styles de vie sur la santé doit tenir le plus grand compte des effets croisés des cultures de classe, des cultures de sexe et des cultures ethniques pour des générations déterminées ou pour des situations socio-historiques délimitées.

C'est à une tentative de ce genre que procède Alain Chenu pour rendre compte de la mortalité française de 1906 à 1980. Sa délimitation des périodes socio-historiques repose sur la variation des écarts entre les espérances de vie à la naissance entre hommes et femmes : jusqu'en 1950, l'écart passe du simple au double (de 2,4 à 5,7 années) tandis que de 1950 à 1977 environ le rythme d'accroissement de cet écart s'accélère (en 27 ans, il passe à 8,1 années) avant de se stabiliser à nouveau. Pour chaque période, ce sociologue s'efforce d'analyser les processus concrets qui président à la différenciation sociale par classes et par sexes, processus qu'il regroupe sous trois pôles : le rapport au corps (incluant l'instruction, la diffusion des connaissances médicales, l'hygiène, l'accès au système de soins), les conditions de travail et de vie (dont la compétence technique et les rapports à l'environnement) et les comportements ayant des effets destructeurs directs (suicide) ou indirects (alcoolisme, tabagisme...) sur la santé. Allons droit à ses conclusions :

> "L'affirmation de l'identité masculine engendrait, surtout chez les membres de classes sociales économiquement dominées, un écart difficilement supportable entre l'expérience de l'exploitation et de la domination et l'idéal de toute-puissance virile. La consommation d'euphorisants et de stimulants non catalogués comme médicaments constituait un mode privilégié mais coûteux de gestion de cet écart - privilégié car il évitait l'aveu d'incapacité partielle qu'implique le recours aux médecins ou aux médicaments, coûteux en termes d'espérance de vie parce que l'alcool ou le tabac sont toxiques. (...) On est passé entre hommes et femmes, avec la tiertiarisation de

[475] Jean-Claude PASSERON, François de SINGLY, Différences dans la différence : socialisation de classe et socialisation sexuelle, *Revue française de science politique,* Vol. 34, n° 1, 1984, p. 76 (première citation) et p. 74 (deuxième citation).

l'économie et l'essor de l'activité professionnelle féminine extra-domestique qui en a résulté, à une relation dans laquelle les hommes fournissent un peu plus de services domestiques et les femmes beaucoup plus de travail salarié. Les anciens schèmes identitaires de sexe ne permettant guère aux individus de donner un sens à une telle transition, on a vu se développer un certain état d'anomie dans lequel les femmes qui accédaient à des ressources identitaires nouvelles procurées par l'exercice hors sphère domestique d'une activité rémunérée, instrument de leur émancipation économique sinon vis-à-vis de leur employeur, du moins vis-à-vis de leur conjoint éventuel, semblent avoir dans l'ensemble mieux «tenu» moralement que les hommes. Les femmes au foyer en revanche subissaient une sorte de déqualification sociale dont l'empreinte était de plus en plus visible au plan de leur surmortalité par rapport aux autres femmes. Parmi les femmes salariées occupant des emplois d'exécution, la différenciation, au plan de la longévité, entre employées et ouvrières a pour l'essentiel reproduit (...) les écarts qui séparaient les employés des ouvriers, écarts dus aux inégalités dans l'usure au travail, dans le savoir médical, dans les possibilités d'accès aux soins. Mais, chez les femmes cadres, les exigences du travail se sont trouvées plus que chez les autres femmes en contradiction avec les schèmes anciens de la féminité. (...) C'est du coût de la lutte contre [l'arbitraire culturel dominant] que semblent témoigner les statistiques de mortalité, avec la moindre longévité des femmes cadres par rapport aux employées[476]."

Au terme de cette exploration difficile et complexe, difficile parce que complexe, des styles de vie et de leurs conséquences sur la santé, il apparaît que diverses attitudes et comportements, repérés par l'épidémiologie sociale comme 'facteurs de risques', sont inclus dans de plus vastes systèmes symboliques, liés à des conditions spécifiques d'existence mais susceptibles d'assimiler des attitudes, des valeurs et des normes étrangères à leur propre tradition, à condition qu'elles ne heurtent pas de front les 'noyaux' de ces systèmes et à condition de leur faire subir des transformations pour les adapter aux autres éléments constitutifs. Plus d'une fois pourtant nous avons dû affronter une double limite de ces analyses : faute d'une approche intensive, le risque est toujours de proposer des interprétations dont les significations sont extérieures aux populations concernées ; toute l'intelligibilité des changements se réduit à des jeux de déplacements des éléments de la structure symbolique et de leur fonction, sans que l'on en perçoive les 'ressorts'. C'est cela même qui nous presse de retourner au carrefour théorique où nous avons provisoirement laissé la perspective de l'action et des acteurs.

---

[476] Alain CHENU, Sexe et mortalité en France, 1906-1980, *Revue française de sociologie,* Vol. XXIX, n° 2, 1988, pp. 321-322. Sur les problèmes d'identité féminine chez les femmes cadres, voir Jacqueline HUPPERT-LAUFFER, *La féminité neutralisée ? Les femmes cadres dans l'entreprise,* Paris, Ed. Flammarion, 1982.

2.3. Les acteurs face à leur santé.

Ce 'retour' est en même temps un renversement de perspective : jusqu'ici nous avons cherché à déterminer dans quelle mesure des attitudes et des comportements étaient liés à des styles de vie qui avaient eux-mêmes pour condition de possibilité leur ancrage dans des positions sociales spécifiques ; à l'inverse, retourner aux capacités d'action des individus signifie que leurs positions institutionnalisées (au sens durkheimien et non pas juridique) sont le produit de leurs actions, elles-mêmes déterminées par leurs intentions ou leurs projets :

> "(...) si les phénomènes sociaux sont toujours le produit d'actions individuelles, les actions s'inscrivent dans un contexte, lequel a une structure : les structures ne sont compréhensibles qu'à partir des actions et les actions ne sont compréhensibles qu'à partir des structures[477]."

Si les structures constituent un ensemble de contraintes sociales pour les individus, elles circonscrivent précisément une aire de possibilités dont on ne peut pas savoir a priori laquelle sera retenue : les contraintes délimitent le possible et l'impossible, non pas la réalité d'une décision et d'une action ; leur importance et leur impact viennent de leur rapport aux actions et aux intentions. Ainsi, pour l'individu qui n'a pas l'intention de recourir au médecin, parler de contrainte budgétaire n'a pas de sens. Pour reprendre les expressions wébériennes, les perspectives objectives d'existence (ou chances de vie) déterminent quelles sortes de conduites de vie sont possibles, mais ce sont les acteurs qui choisissent parmi ces conduites possibles celle qu'ils vont réaliser. Inversement quand les intentions des individus sont telles qu'ils effectuent les mêmes actions, il en résulte un effet d'agrégation qui se traduit par un phénomène macroscopique : si, quelles que soient leurs contraintes budgétaires, les individus estiment qu'ils doivent d'abord privilégier la conservation de leur santé, ils préfèreront restreindre leurs autres consommations et recourir au médecin, ce qui produira globalement un accroissement des dépenses de santé.

Cette focalisation sur l'individu et ses états de conscience n'implique aucun atomisme puisqu'il est appréhendé dans un environnement structuré, d'une part, - et que, d'autre part, l'individu peut ne pas être une personne physique :

> "Le sociologue ou l'historien peuvent aussi attribuer une individualité au sens méthodologique (...) par exemple au groupe familial ou à un groupe d'individus placés dans une situation semblable[478]."

L'enjeu, dans tous les cas, pour le chercheur, est de saisir les motivations, les états de consciences, les projets qui ont présidé à l'engagement dans une action déterminée ou un type

---

[477] Raymond BOUDON, Introduction. Les «Problèmes de la philosophie de l'Histoire» de Simmel : une théorie de l'objectivité en histoire et dans les sciences sociales, in Georg SIMMEL, *Les problèmes de la philosophie de l'histoire,* Paris, PUF, 1984, p. 11.

[478] Raymond BOUDON (1984), op.cit., p. 15.

d'actions déterminées ; mais les motifs, les significations attachées à une démarche sont invisibles : comment parvenir à leur compréhension ?

Du modèle de l'homme rationnel...

Il existe plusieurs sortes de réponses à ce problème, qui témoignent là encore d'un carrefour théorique. La première possibilité consiste à reconstruire par projection ces contenus de conscience : les actions sont intelligibles à partir du moment où elles peuvent être fondées sur de bonnes raisons, que ces comportements puissent être anticipés ou non. Cette reconstruction des motifs ne vise pas le réalisme : elle ne prétend pas, même de manière simplifiée, à une représentation fidèle de la réalité des processus cognitifs sous-jacents. Comme le dit Simmel, il s'agit d'une psychologie abstraite ou d'une psychologie de convention. Ainsi, pour les tenants de la théorie de l'action rationnelle (Rational Action Theory ou RAT), cette psychologie de convention est celle de l'homme rationnel, même si le débat sur la nature de sa rationalité reste ouvert. Raymond Boudon donne à cette notion une grande extension, tout en prenant par ailleurs le modèle utilitariste de l'économie classique comme référence rectrice :

> "Une croyance, un mythe, une «théorie» représentent toujours des interprétations développées ou selon les cas acceptées par les acteurs sociaux en fonction de leur situation telle qu'ils la perçoivent et l'interprètent. En ce sens on peut dire qu'elles sont «rationnelles», même si elles peuvent apparaître à l'observateur pressé ou engagé comme «irrationnelles». Ce point a été mis en évidence avec éclat par Durkheim dans *les formes élémentaires* : la différence entre religion et science, avance-t-il, est de degré plutôt que de nature. L'une et l'autre doivent être interprétées à partir de l'effort effectué par l'acteur social pour se donner des guides d'action efficaces. Par voie de conséquence, mythes et croyances doivent être conçus comme des réponses adaptées, c'est-à-dire fondamentalement *rationnelles,* à des situations de structure variable[479]."

La difficulté à déterminer la rationalité d'une action est manifeste pour un certain nombre de comportements liés à la santé, tels que fumer ou absorber de l'alcool. La structure de la situation est tout à fait équivoque dans la mesure où les comportements possibles (fumer ou ne pas fumer, boire ou ne pas boire d'alcool) ont des conséquences contradictoires dans le temps : quel est le plus rationnel, le plaisir immédiat ou bien les risques encourus à long terme ? De la même façon, dans une situation de travail dangereux, quel est le plus rationnel, quitter son emploi pour préserver ses chances de santé à venir en risquant un chômage de longue durée (dont les effets sur la santé ne sont pas eux-mêmes très positifs) ou bien continuer à travailler dans ce poste périlleux pour assurer dans l'immédiat ses conditions d'existence au risque de diminuer sa durée de vie ? Et encore : est-il préférable (rationnellement parlant) de

---

[479] Article *Rationalité* in Raymond BOUDON et Fançois BOURRICAUD, *Dictionnaire critique de la sociologie,* Paris, PUF, 1982, p. 452.

prendre sa voiture pour se rendre sur son lieu de travail, ce qui expose aux accidents de la route mais diminue le temps de trajet, ou bien d'utiliser des transports en communs bondés dont les circuits complexes et longs augmentent la fatigue et diminuent le temps d'un repos calme et tranquille, indispensable à la restauration de l'équilibre physique ? On pourrait ainsi multiplier les situations de l'existence pour lesquelles il est difficile pour les individus d'opérer 'le' choix rationnel, c'est-à-dire le choix le plus conforme à ce qu'ils préfèrent ou à ce qu'ils valorisent, notamment en matière de santé.

Par contre ce modèle psychologique de convention ne manque pas de pertinence pour rendre compte de la crise des systèmes de santé occidentaux. Parce que le système de protection sociale s'est étendu et ouvert, et que les professions soignantes ont affiché une efficacité de plus en plus grande, il est tout à fait rationnel que les acteurs y recourent en plus grand nombre et plus souvent. Mais le nombre de ceux qui sont traités est plus grand que le nombre de ceux qui guérissent de sorte que les dépenses augmentent fortement sans que l'efficacité suive la même pente (la guérison est le critère affiché), et que la frustration des individus s'accroît (défiance et critique à l'égard d'une médecine 'fanfaronne' et dépensière). Avec un système plus rigide et dont le degré d'efficience est plus rigoureusement apprécié, l'acteur rationnel aura moins ou peu recours aux traitements incertains de sorte que le nombre de perdants (en termes de guérisons) sera moins élevé et la dépense globale diminuée.

> "Ainsi le taux de frustration globale n'est pas nécessairement décroissant avec la diffusion des espoirs de [*guérison*] : l'augmentation des chances offertes peut provoquer une augmentation plus importante des espérances des acteurs et de leurs [*recours*] et donc accroître le nombre des espoirs déçus[480]."

Le modèle de l'homme rationnel, en tant que psychologie de convention offrant une transparence construite des motifs d'action, ne peut pas prétendre à l'universalité que lui attribuent les théoriciens américains de la RAT : cet acteur est sans âge, sans appartenance générationnelle, sans sexe... et il ressemble étrangement à l'un de ces "hommes dans un état d'isolement et de rigidité fantastique" dont se gausse Karl Marx dans *l'idéologie allemande.* Des anthropologues, comme Jérôme Davis ou Peter Worsley, font remarquer que la situation la plus proche de cette (re)construction est celle du consommateur dans un supermarché : c'est un agent le plus souvent individuel (même si le modèle des courses en famille existe), en prise sur la culture de consommation diffusée par les médias, qui peut faire immédiatement un certain nombre de comparaisons entre alternatives et prendre des décisions à partir de critères univoques ; mais peut-on généraliser le paradigme du magasin à la société toute entière, sorte d'immense cafétéria ou de gigantesque jeu de Monopoly[481] ?

---

[480] Philippe BÉNÉTON (1978), op.cit., p. 101. L'auteur reprend dans ce passage un article de Raymond BOUDON, La logique de la frustration relative, *Archives européennes de sociologie,* XVIII, 1977, pp. 3-26. Dans les crochets, nous avons substitué un terme plus approprié aux termes originaux plus génériques.

[481] Loïc J. D. WACQUANT, Craig Jackson CALHOUN (1989), op.cit., pp. 52-54.

Il est vrai que Georg Simmel n'a jamais conçu la psychologie de convention, dont la reconstruction vise à identifier les motifs de l'action individuelle, comme relevant d'un seul modèle, ainsi que le rappelle Raymond Boudon. Il reste que toute 'psychologie abstraite' relève d'une construction élaborée par le chercheur à des fins d'analyse : que sait-il véritablement de la logique pratique des acteurs qui agissent au quotidien dans une pluralité de situations, ce qu'Alfred Schutz désigne comme 'rationalité de sens commun' (dont il montre qu'elle a en commun avec la rationalité scientifique d'utiliser la procédure de typification) ? Quelle que soit la reconstruction des motifs, opérée sur la seule base de l'observation des comportements, elle risque de rester prisonnière de l'ethnocentrisme de celui ou de celle qui l'effectue : c'est là le piège de tout travail sociologique qui se réduit exclusivement à une analyse de variables dont le chercheur procède à la recomposition cohérente par une interprétation 'rationnelle' ou 'logique' de son cru. Ainsi l'analyse multivariée permet de structurer des classes ou des 'types' de modalités de variables : pour dénommer chaque classe ainsi produite, le chercheur assimile facilement chacune d'elle à son attribut dominant, de sorte que les individus qui s'y trouvent agrégés relèvent d'un univers de sens 'majoré' ; il baptise la convergence relative d'un certain nombre d'individus que de nombreuses autres variables distinguent par ailleurs. Au temps de la tourmente des querelles de méthodes, l'interactionnisme symbolique a été attentif à révéler les failles des analyses et interprétations en termes de variables : dans un article des années 50, Herbert Blumer tente d'en faire un bilan critique systématique[482].

D'abord il est assez souvent remarquable que le choix des variables s'opère en fonction d'un usage conventionnel ou des exigences d'une théorie, sans que cette sélection s'accompagne d'une réflexion sur la nature de la réduction (par ailleurs nécessaire) que présupposent les variables retenues : nous avons eu l'occasion de montrer que, faute d'une grande familiarité avec le domaine empirique sous investigation, on peut négliger des aspects très importants qui président à la détérioration de la santé (par exemple en privilégiant des variables écologiques et en négligeant des variables descriptives des conditions de travail). Ensuite, contrairement aux prétentions à l'universalité que suggère l'analyse des variables, il faut reconnaître que l'on ne dispose pas vraiment de variables génériques, c'est-à-dire de variables qui représentent des catégories théoriques indépendamment de périodes historiques ou de situations culturelles déterminées : on a montré que le caractère apparemment générique de l'âge, du sexe, de la mortalité... était fonction, dans leur usage, du 'hic et nunc' de leur mode de construction et d'application. Enfin, comme les résultats ont trait à une période historique et une société localement déterminée, il est nécessaire de comprendre le contexte : l'analyse de variables stricto sensu ne peut pas fournir la matière de cette compréhension.

---

[482] Herbert BLUMER, Sociological analysis and the "variable", *American Sociological Review,* Vol. 21, n° 6, 1956, pp. 683-690.

Ces trois principales limites de l'analyse des variables nous ramènent à l'essentiel : si la vie sociétale se déroule au travers de processus qui mettent en jeu des intentions, des définitions et des interprétations par lesquelles les individus décident de la direction de leurs actions, ce type d'analyse l'ignore, sauf à les laisser à une supposée 'omniscience' du chercheur. Celle-ci repose largement sur le présupposé selon lequel les processus symboliques à l'œuvre sont prédéterminés par le jeu des rapports sociaux au sein de la structure sociale ou qu'il existe une rationalité universelle qui s'applique aux situations de même type. On a montré qu'il n'en était pas toujours ainsi : par exemple la sensibilité corporelle et l'interprétation symptomatique ne peuvent pas être référées à des cultures somatiques spécifiques à telle classe sociale ou à telle classe de sexe. Entre l'expérience liée à des conditions de vie et les comportements, il existe des processus de définition et d'interprétation qui ne découlent pas nécessairement et automatiquement du cadre de leur accomplissement. De même on a montré qu'il existait de nombreuses situations 'équivoques' de sorte qu'il est impossible de leur appliquer un seul et unique critère de rationalité. Il faut se rendre à l'évidence : il n'y a pas d'objet, d'événement ou de situation qui manifeste explicitement son propre sens ; le sens lui est conféré par les individus avec toutes leurs dimensions affectives aussi bien que rationnelles.

Sans doute existe-t-il de nombreuses situations qui peuvent être interprétées de la même manière parce qu'il existe déjà une signification construite qui peut leur être appliquée. Quand il y a stabilité et récurrence de l'interprétation (ce qu'Alfred Schutz appelle la typicalité du monde[483]), l'analyse de variables a toutes les chances de se dérouler en terrain sûr. Mais si elle établit une relation entre des variables dont le sens est stabilisé, cela ne signifie pas que l'association a un caractère intrinsèque et définitif : ce qui est défini d'une certaine manière peut être redéfini d'une autre façon (comme on l'a dit à partir des travaux de Françoise Loux, les individus peuvent conserver un comportement ancien en lui donnant une valeur nouvelle ou bien garder une valeur de leur tradition en changeant de comportement). Dans tous les cas l'interprétation ne peut être assurée qu'à condition d'examiner empiriquement comment le sens est construit, c'est-à-dire en approchant la vie des gens pour la voir à travers leurs yeux et pour saisir leur expérience de la manière dont ils la comprennent.

De ce point de vue, il est erroné d'utiliser ce 'sens construit' comme une variable 'intermédiaire', ainsi que tentent de le faire des analystes qui inscrivent leurs traitements statistiques dans un modèle théorique dit 'matérialiste' : l'interprétation est un processus de construction qui fait advenir du sens et ce travail symbolique n'est pas une simple transcription ou transposition des conditions 'objectives' d'existence ; il est plutôt leur traduction improbable et incertaine, embrouillée et complexe. Poussée jusqu'au radicalisme, cette position peut faire de l'analyse des variables une pièce de musée : ce serait oublier qu'il

---

[483] Alfred SCHUTZ, *Le chercheur et le quotidien. Phénoménologie des sciences sociales,* Paris, Ed. Méridiens Klincksieck, 1987, pp. 12-34.

existe des secteurs de la vie en société où les processus d'interprétation sont provisoirement stabilisés. À ce titre l'analyse de variables peut garder toute sa pertinence, à condition de ne pas en ignorer les limites.

... au modèle de l'acteur sensé.

La critique de l'analyse des variables ouvre donc une autre possibilité pour répondre à la question : comment parvenir à la compréhension du 'sens visé' par les acteurs quand ils accomplissent leurs actions ? Cette possibilité est développée par l'interactionnisme symbolique et la sociologie phénoménologique : l'une de leurs caractéristiques théoriques est de substituer au modèle de 'l'homme rationnel' la perspective d'êtres humains 'sensés'.

> "(...) une conscience sensée, que ce soit celle de l'agent ou celle de l'interprète, se distingue d'une simple représentation déterminée par de simples récepteurs sensoriels (comme en possèdent les animaux ou les machines cybernétiques) par le fait qu'elle ne peut se produire que dans un horizon de pensées et de sentiments qui font apparaître la chose perçue comme susceptible de descriptions et d'attributions sémantiques (prenant ou non la forme d'une proposition). Evidemment nous ne sommes pas toujours des êtres conscients et sensés et on aurait tort d'exclure que notre être au monde soit aussi très souvent purement animal ou cybernétique. Mais pour devenir les êtres sensés, sinon rationnels, que nous sommes cependant aussi, nous devons avoir conscience d'au moins une attribution sémantique passée, présente ou à venir sur nos actions ou nos inactions. (...) Comme il n'y a d'autre part de compréhension que par attribution sémantique, formulée ou non, on voit que la possibilité d'une compréhension d'autrui réside entièrement dans la communauté des ressources sémantiques qui permettent à chacun d'entre nous de mener une vie éveillée dans le monde des autres[484]."

Pour comprendre le motif ou l'intention d'une action accomplie par autrui, nul besoin de psychologie de convention : faute d'avoir quelque accès direct aux autres consciences, on peut toujours effectuer des "sortes de tests sémantiques", c'est-à-dire, comme le propose Patrick Pharo, "mettre en relation des significations communes" et inférer des intentions "à partir d'un agencement singulier de ces significations communes". À travers les cohérences et les incohérences de ce qui exprime du sens se donne à voir une ligne intentionnelle : comprendre revient à chercher une adéquation entre la signification commune de l'expression symbolique choisie et la description sous laquelle ce qui est rapporté est saisi.

---

[484] Patrick PHARO, *Le sens de l'action et la compréhension d'autrui,* Paris, Ed. L'Harmattan, 1993, pp. 9-10. Cette théorisation de l'être humain sensé peut être rapprochée de la conceptualisation du 'sentiment de l'existence' par Raymond Ledrut : "Le «sentiment de l'existence» propre à une civilisation n'est donc que le principe de différenciation de l'expérience sociale en champs distincts articulés les uns aux autres." Cf. Raymond LEDRUT, *La révolution cachée,* Paris, Ed. Casterman, 1979, p. 80.

Soit une émission de télévision au cours de laquelle le présentateur, interrogeant une jeune femme victime d'une 'histoire de harcèlement sexuel', pose la question suivante : "on va pas entrer dans le détail parce que c'est sordide et c'est pas le but, mais qu'est-ce qui s'est passé quand même ?" Comme l'entretien prend place à la suite de reportages aux États-Unis sur ce thème, qui tendent à montrer que les procès pour ce motif finissent par créer une sorte de hantise sur les relations entre hommes et femmes au sein de l'entreprise, on peut penser que le présentateur veut faire ressortir la différence du cas français. Mais ses propos qui incitent à détailler sans détailler appellent à rechercher une autre interprétation. Les contraintes conceptuelles des catégories de discrétion et de curiosité sont telles qu'en la circonstance on peut avancer le motif de 'grivoiserie mondaine'. Le présentateur en prend une telle conscience qu'il éprouve la nécessité de le dénier : "quand je dis ça c'est pas grivoiserie"[485]. Plus généralement, chaque fois qu'une expression contredit les contraintes des catégories employées, elle oblige à rechercher un sens différent de celui qui est explicitement exprimé.

Herbert Blumer propose une position semblable quand il fonde l'interactionnisme symbolique sur l'analyse meadienne du 'self'[486]. Le fait que chacun d'entre nous puisse s'en prendre à lui-même, débattre avec lui-même, se dire ce qu'il devrait faire ou ne pas faire, se donner du courage, élaborer pour lui-même des plans de conduite... témoigne de cette capacité de soi à être conscient, c'est-à-dire de se donner à soi-même des indications sur son environnement, indications qu'il est nécessaire de prendre en compte pour se situer dans le monde et agir (ou s'abstenir). L'individu ne réagit pas au monde (des objets, des autres et de leurs actions) directement à titre de réponse à un stimulus : il existe, sauf cas d'acte-réflexe, une médiation du symbolique.

La sociologie n'est pas ramenée pour autant à une psychologie ou à une psychologie sociale. D'une part, le symbolique (que la théorisation phénoménologique de Patrick Pharo, s'appuyant en particulier sur la philosophie analytique du langage et l'ethnométhodologie, réduit à une sémantique) est irréductible à l'expérience consciente particulière de l'individu : au contraire il est socialement partagé, ce qui rend l'échange et la communication possibles. Si chaque expérience et son expression symbolique étaient strictement singulières, il ne serait pas possible de 's'entendre', c'est-à-dire d'attribuer une signification partagée à ce qui se présente. C'est bien le fait que l'individu sensé agit et s'exprime dans le cadre d'un univers symbolique commun qui autorise la compréhension par d'autres individus de son action et de son expression. D'autre part, toute action, et éventuellement son expression, langagière ou pas, prennent place dans un contexte social, c'est-à-dire à la fois dans le cadre d'institutions (au sens durkheimien) qui sont le produit 'sédimenté' des actions antérieures et de leur sens

---

[485] Cet exemple est donné par Patrick PHARO (1993), op.cit., pp. 251-252.

[486] Herbert BLUMER, Society as symbolic interaction, in Arnold M. ROSE (ed.), *Human Behavior and Social Processes. An Interactionnist Approach,* London, Routledge and Kegan Paul, 1962, pp. 179-192.

(ce que l'on appelle l'histoire d'un groupe ou d'une société), - et sous la forme d'interactions au cours desquelles chaque individu tient compte de ce que font ou veulent faire les autres.

Se centrer sur le sens des actions et leur contexte ne veut pas dire que l'objet privilégié de la sociologie soit le discours, la communication et la symbolisation : les actions, les interactions et leurs significations produisent aussi l'espace social et les rapports sociaux, c'est-à-dire un ordre social. Comment ? Par l'entrecroisement d'une multiplicité de 'mondes sociaux' qui se segmentent en 'micro-mondes' spécifiables. Un monde social est un ensemble d'acteurs qui coopèrent pour accomplir des activités spécifiques. Anselm Strauss[487] définit quatre dimensions pour chaque monde social : il se constitue, on l'a dit, autour d'une activité primaire à laquelle d'autres peuvent être associées (activité professionnelle : soigner, faire de la recherche, etc. ; activité intellectuelle de loisir : lire, aller au théâtre, etc. ; activité politique : faire campagne, siéger en assemblée, etc.; bref, n'importe quel domaine particulier d'activité) ; cette activité (et celles qui lui sont éventuellement associées) se déroulent dans un ou des sites, ce qui correspond à un espace plus ou moins mis en forme et significativement délimité ; l'accomplissement de l'activité suppose toujours des techniques, ne serait-ce que des techniques du corps ; enfin l'activité s'organise, soit à travers une division du travail temporaire (au début), soit à travers des formes d'articulation plus ou moins complexes.

Encore convient-il d'ajouter qu'un monde social n'est jamais statique : chacune de ses composantes s'inscrit dans des processus : trouver un site, délimiter ses frontières, les élargir... apprendre les savoir-faire, modifier telle technique, innover... étendre l'organisation, en prendre le contrôle, la défendre... Tout ceci s'opère au travers d'actions et d'interactions de toutes sortes : contrainte, apprentissage, manipulation, force, conflit... et aussi négociation, c'est-à-dire procédures qui supposent signification et compréhension. Écartons une fausse interprétation de cette vision théorique : l'interaction ne signifie pas consensualité.

> "Au contraire, rappelons-le, ce qui est démontré est la manière dont les résultats des actions précédentes doivent être pris en considération par l'acteur lui-même, individuellement ou collectivement, consensuellement ou conflictuellement, et que cette assimilation et cette évaluation elles-mêmes ont lieu dans des conditions structurelles qui, à leur tour, peuvent être rapportées à des processus de négociations antérieurs et aux résultats volontaires ou involontaires de l'action[488]."

Penser l'ordre social comme l'entrecroisement d'une multiplicité de mondes sociaux (celui des collectionneurs de timbres, de la musique rock, des taste-vins, du catholicisme, des malades, de la médecine...) n'exclut pas que l'espace social soit structuré en positions de classe, de sexe, de génération et d'ethnie : certains mondes sociaux sont liés à ces positions,

---

[487] Anselm L. STRAUSS, Une perspective en termes de monde social, in Anselm L. STRAUSS (textes réunis et présentés par Isabelle BASZANGER), *La trame de la négocation. Sociologie qualitative et interactionnisme,* Paris, Ed. L'Harmattan, 1992, pp. 269-282.

[488] Isabelle BASZANGER, Les chantiers d'un interactionniste américain, in Anselm L. STRAUSS (1992), op.cit., p. 48.

tandis que d'autres les traversent. La question de la diffusion de cultures ou de styles de vie trouve là une nouvelle perspective d'intelligibilité. Mais le point essentiel est que la construction sociologique de la structure sociale doit tenir compte du sens que donnent les acteurs aux différents aspects de leurs positions (sexuée, générationnelle, ethnique, de classe).

Les chercheurs de l'INSEE qui ont élaboré la nouvelle nomenclature des PCS avaient déjà montré que nombre de caractéristiques 'objectives' de ces catégories étaient difficilement dissociables des significations et descriptions que les intéressés produisaient et que la description des classes constituait un enjeu social parce que le positionnement dans la pyramide sociale peut avoir des effets de reconnaissance ou de dévaluation[489]. Est-ce à dire que les classes sociales et leur traduction en indice empirique n'ont d'autre réalité que dans l'expérience subjective de ceux qui les décrivent ? Bien sûr que non, parce qu'une telle interprétation se heurte à l'évidence empirique que l'on a de la stratification sociale : l'analyse du 'jeu chinois'[490] (qui consiste à attribuer à des personnages connus, par exemple des personnalités politiques, tel arbre, telle voiture, tel meuble, telle coiffure, etc.) montre que les attributions que font les individus ne se distribuent pas au hasard et que les classements sont quasi-identiques quand bien même ils sont utilisés à des fins différentes. Autrement dit, les classements ne sont pas seulement dans la conscience du chercheur : ils sont aussi dans la conscience des individus qui utilisent les mêmes ressources symboliques pour exprimer la réalité qu'ils perçoivent.

À l'origine de ce processus il y a la nécessité de se situer vis-à-vis des partenaires d'interaction dans certains contextes déterminés : chaque fois que la situation exige une évaluation de sa propre position par rapport à celle des autres, les individus procèdent à une catégorisation de leur 'place sociale'. Bien sûr l'expression et la description de cette place diffèrent selon que l'on est sur un lieu de travail, en train d'opérer une séduction amoureuse ou en train d'aider son enfant à faire ses devoirs. En outre ils rattachent à cette 'place' des actions 'authentiques' (selon le vocabulaire propre de l'interactionnisme symbolique), c'est-à-dire des comportements légitimes fondés sur des droits et des devoirs : ainsi dans le monde social du travail,

> "occuper une place, ce n'est pas seulement avoir un poste fonctionnel ou structurel, c'est avoir un certain rapport avec des alliés, éventuellement des adversaires, et c'est aussi avoir des droits et des devoirs définis[491]."

---

[489] Alain DESROSIÈRES, Alain GOY et Laurent THÉVENOT, L'identité sociale dans le travail statistique. La nouvelle nomenclature des professions et catégories professionnelles, *Économie et statistique,* n° 152, 1983, pp. 55-81.

[490] Pierre BOURDIEU, Un jeu chinois. Notes pour une critique sociale du jugement, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 4, 1976, pp. 91-101.

[491] Patrick PHARO, Travail et mise en place sociale, *Sociologie du travail,* Vol. XXVIII, n° 2, 1986, p. 155.

Ce long détour nous a écarté un moment de l'intelligibilité de l'emprise de l'inertie sociétale de la santé : il suggère déjà combien il serait simplificateur de réduire les variations de la santé non seulement à des éléments 'objectifs' de l'environnement physique et social (l'approche par les attitudes, les comportements et les styles de vie nous l'avait montré), - mais aussi d'en rester au seul contexte physique et social pour comprendre les comportements qui préservent, améliorent ou détériorent la santé. Ainsi, le lieu de travail n'est pas seulement un cadre spatio-temporel où les individus sont exposés éventuellement à des produits dangereux ou à des risques d'accidents, où ils sont soumis aux contraintes de productivité qui donne une certaine démesure au rythme et à l'intensité de l'activité : il est aussi un lieu où l'individu met en scène la maladie, réelle ou supposée, c'est-à-dire qu'il la cache ou la montre aux yeux des autres, qu'il en parle ou se tait pour la nommer ou la nier, qu'il la diminue ou l'accentue, et tout ceci pour que ses compagnons/compagnes de travail et ses supérieurs hiérarchiques comprennent si possible comme il souhaite être compris.

La santé dans le 'monde social' du travail : des interactions à la capacité de faire face.

On connaît le débat social sur l'absentéisme au travail : employeurs et personnels de l'encadrement supérieur le qualifient immédiatement d'abusif et se plaignent d'un manque d'assiduité chronique au travail ; au contraire les syndicats de salariés y voient la conséquence des mauvaises conditions de travail et de l'épuisement physique, mais aussi la manifestation d'un manque d'intérêt du travail faute d'une organisation plus humaine de celui-ci - ainsi que, parfois, l'effet de la détérioration du climat social dans l'atelier ou le bureau, l'entreprise ou le service. Le désaccord entre les partenaires sociaux persiste au point que la définition même de l'absentéisme est extrêmement variable. L'enquête effectuée par le Ministère du travail le jeudi 26 avril 1979, dont l'objectif était de mesurer le taux d'absentéisme pour une journée de référence, s'est donnée comme définition : la proportion des absents par rapport aux inscrits (ce qui a l'inconvénient d'inclure les absences prévues et prévisibles : vacances, stages de formation hors entreprise, congé de maternité...). Le taux d'absentéisme s'élevait alors en moyenne à 5,8 % des salariés inscrits, avec un écart important entre ouvriers (7,3 %) et non-ouvriers (4,1 %) et un écart moins important entre hommes (5,1 %) et femmes (5,9 %)[492].

Dans un tel contexte, on comprend que la maladie comme atteinte aux capacités individuelles d'accomplissement des activités constitue un enjeu majeur au sein des interactions sur le lieu de travail : est-elle réelle ou supposée ? est-ce que le certificat médical est le critère absolu de sa reconnaissance ? quelles en sont les conséquences pour l'organisation quotidienne du travail, pour la carrière, etc. ? Une recherche de Nicolas

[492] Yves DETAPE, L'absentéisme, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1984, pp. 155 et 157.

Dodier[493] explicite les luttes d'attribution de sens à la maladie dans l'entreprise ou le service à travers les stratégies des individus autour de l'assignation d'une étiquette : pis-aller pour les supérieurs hiérarchiques, l'arrêt-maladie est aussi un moyen éventuel de disqualification, aussi bien pour les collègues que pour les chefs. Comment s'opèrent ces luttes ? Quels éléments du contexte les infléchissent ? Quelles en sont les conséquences ?

À l'origine du processus, il y a un auto-étiquetage : éprouvant un certain état, l'individu lui attribue une étiquette qui ouvre la voie à un conflit avec l'interprétation d'autres personnes qui n'ont pas forcément le même point de vue sur la réalité de la dite maladie (sa réalité et sa gravité en particulier). S'agit-il d'une 'vraie maladie', d'une 'maladie réelle', d'un 'petit bobo', d'une 'petite maladie' et même ne peut-on pas dire très sérieusement que l'individu n'est 'malade qu'à moitié' ? Accord ou conflit vont dépendre de l'appréciation de l'état sur deux axes différents : la visibilité de la maladie et ses conséquences sur la poursuite du travail. Selon la visibilité, c'est-à-dire selon que la maladie est évidente ou ambiguë, l'individu qui affiche une maladie emportera ou non la conviction des autres quant à sa réalité : les signes directs sur le corps (mauvaise mine, extinction de voix...), dans le comportement (toux, démarche harassée...) et d'après les paroles (ce qu'elles précisent, affirment et dénient) sont manipulables par celui qui s'affiche comme malade ; par contre l'individu ne peut pas contrôler ou du moins infléchir l'interprétation qui sera faite en son absence du signe indirect que constitue le certificat médical. Le second axe met en jeu les possibilités et les limites du corps en fonction des conditions réelles de l'activité professionnelle : il s'agit de déterminer si la nature de la maladie est telle que l'accomplissement des activités est impossible, c'est-à-dire classer la maladie en 'impérative' (la poursuite du travail est impossible) ou en 'ambulatoire' (l'individu peut poursuivre sa tâche tout en étant malade).

Cette attribution du sens de 'malade', revendiquée par un individu pour un état déterminé et diversement apprécié par les collègues de travail et les supérieurs, est fonction des conditions de travail, en particulier de la modulation des horaires, de l'intensité du travail et du type de tâche à effectuer : à l'un des pôles, on a un contrôle quasi-constant de la réalisation du travail (la moindre pause est prévue) ; à l'autre pôle, le contrôle est discontinu (il suffit que le travail soit fait dans un temps déterminé). Ces conditions créent un climat de soupçon ou de confiance sur le lieu du travail, au point que, sans mettre en relation les signes directs et indirects et l'étiquette revendiquée de malade, il y aura un préjugé favorable ou défavorable à l'égard de l'individu qui se déclare malade. L'interprétation a priori que réalisent les autres salariés de l'individu qui s'affiche malade oriente le jugement, mais d'autres critères sont progressivement pris en considération. Quand le contrôle du travail est continu et direct, l'appréciation se module en fonction d'un 'fonds d'arrêts-maladie' : l'individu est libre de prendre quand il le souhaite un arrêt-maladie à condition qu'il n'exagère pas (si le nombre et

[493] Nicolas DODIER, La maladie et le lieu de travail, *Revue française de sociologie,* Vol. XXIV, n° 2, 1983, pp. 255-270.

la durée des arrêts-maladie deviennent trop élevés, la logique du soupçon l'emporte) ; avec un mode d'interaction à contrôle discontinu, c'est le 'fonds de morbidité' qui devient le critère déterminant : puisqu'une certaine quantité et un certain type de travail doivent être effectués de toute façon au cours d'une période déterminée, le problème est de savoir si 'trop' de maladie le permet ou non. Ces deux critères, s'ils peuvent être utilisés indépendamment l'un de l'autre selon le mode d'interaction, peuvent l'être aussi simultanément :

> "L'articulation entre les deux modes d'interaction est ainsi particulièrement visible lorsque, à l'occasion de certaines maladies légères, le choix se présente à la fois pour l'individu et pour les supérieurs hiérarchiques d'opter entre un arrêt de un ou deux jours, sans certificat médical, et un arrêt avec certificat médical, mais qui sera plus long (en général une semaine). Cette alternative peut être interprétée comme une alternative entre un mode d'interaction libéral (l'individu s'absente deux jours, seulement, mais sans aucune garantie légale sur la réalité de la maladie) et un mode d'interaction «pointilleux» (l'individu présente un certificat médical, qui lui permet de s'absenter plus longtemps, mais qui, du point de vue légal, est une justification de l'absence qui canalise la déviance)[494]."

Ce double critère sert aussi à l'individu pour déterminer ses propres limites face à ces exigences latentes et construire son propre équilibre en fonction de ses expériences passées en matière de régularité de certaines affections. L'équilibre à trouver n'est pas acquis une fois pour toutes par consensus : il est le résultat précaire de l'interaction avec les collègues et les supérieurs, qui autorise une certaine gestion de la santé (il s'agit bien sûr d'une maîtrise partielle) en ce qu'on est capable de prévoir (avec approximation) la survenue d'événements biologiques et leur mode éventuel de prise en charge (éventuellement en dormant sur le lieu de travail pour récupérer, ce qui est une «absence à l'hors-travail»). Quand il y a dépassement des fonds d'arrêts-maladie et de morbidité, ce qui découle de l'interaction est un jugement d'abus : l'équilibre est rompu et le conflit ouvert.

La rupture d'équilibre et le démarrage d'un conflit ne sont pas nécessairement liés à la 'réalité' de la maladie : au cours d'interactions, l'étiquette 'malade' peut fonctionner comme prétexte pour justifier d'autres jugements et d'autres comportements dont l'origine relève de conflits antérieurs à la maladie affichée à un moment donné par le salarié. Ainsi l'enjeu de la maladie déborde largement la question de son existence et de sa réalité : elle est un moyen parmi d'autres d'établir 'la position morale' d'un individu, c'est-à-dire l'évaluation du degré de correspondance entre son comportement et un ensemble de normes de référence locales, qui président à la régulation des relations sur le lieu de travail. Or, la 'position morale' d'un individu n'a pas seulement des conséquences sur ses relations en face à face : elle a aussi des effets sur le plan formel à travers l'octroi ou non d'une promotion (et sa rapidité), les mutations d'office, voire le licenciement.

---

[494] Nicolas DODIER (1983), op.cit., p. 263.

Autant dire qu'il est impossible à celui qui travaille d'accorder au médecin la vérité pleine et entière sur son état de santé et sur la nécessité et la durée d'un arrêt de travail : cela constitue un enjeu parmi d'autres qu'il doit gérer au mieux des interactions pour défendre une 'position morale' qui ne soit pas défavorable à la poursuite de son existence dans la multiplicité des mondes sociaux auxquels il participe. Dans tous les cas, la règle officielle qui légitime l'arrêt-maladie signé par le médecin ne constitue pas systématiquement un atout pour asseoir cette 'position morale' : son caractère 'objectif-légal' ne suffit pas à lever l'ambiguïté et le soupçon qui, s'ils s'installent, vont disqualifier l'individu, c'est-à-dire abaisser sa 'position morale'.

Au regard de ces mécanismes de l'interaction, l'individu peut éviter de 'se faire soigner' dans l'immédiat au risque d'avoir des séquelles qui lui seront fortement préjudiciables plus tard. Mais on a montré que l'interprétation a priori favorable survenait dans un climat de confiance et une légitimité générale reconnue à l'individu. Or ces deux aspects sont liés aux conditions de travail : ce sont bien les salariés les moins qualifiés qui font généralement l'objet des contrôles les plus directs et les plus continus dans l'exécution de leurs tâches. Gît là un des ressorts les plus secrets des écarts de mortalité et de morbidité, liés au travail.

Le courant de recherche développé autour de l'idée de 'capacité à faire face' *(coping behavior),* de 'résistance' prend ici toute sa portée et sa pertinence, dans la mesure où l'on envisage ces comportements de résistance comme des moyens d'infléchir, de tolérer ou de réduire ce qui a été interprété comme des exigences stressantes de l'environnement, et non comme l'expression de traits de la personnalité[495]. Ainsi, contre l'hypothèse selon laquelle les contraintes du travail imposent aux salariés une soumission qui se transforme parfois en réaction violente de révolte, - et contre l'hypothèse de l'intériorisation ou de la reprise à leur compte des contraintes exigées par l'organisation, on peut montrer que les exigences déterminées par la direction et l'encadrement sont réinterprétées individuellement et collectivement par les salariés, qui les détournent de leur finalité instrumentale initiale.

> "Cette reconstruction symbolique de l'univers de travail n'abolit évidemment pas l'influence des normes de production sur l'activité des gens. Mais elle situe les contraintes de travail sur un autre plan que celui de la pure rationalité instrumentale, à laquelle il conviendrait seulement de se soumettre, en faisant de ces contraintes l'objet d'une réappropriation collective et individuelle et en leur ôtant par là même une grande partie des significations que leur assigne la direction dans le cadre de son projet industriel. Pour reprendre une distinction utilisée par Habermas, on peut dire que le savoir social a pour effet de rapporter le travail, entendu comme activité rationnelle par rapport à une fin, à une interaction, ou activité communicationnelle, ou, pour dire les

[495] Frances COHEN, Richard S. LAZARUS, Coping and adaptation in health and illness, in David MECHANIC (ed.), *Handbook of Health , Health Care and the Health Professions,* New-York, The Free Press, 1982, pp.608-635.

choses autrement, à un réseau de relations sociales dans lesquelles les contraintes de travail sont réinterprétées et mises en perspective. Il s'agit à proprement parler d'un détournement (...) Mais ce détournement n'a pas nécessairement les caractères spectaculaires que peuvent lui conférer la lutte sociale et la contestation radicale[496]."

Parce que les activités de travail occupent trop ceux qui les accomplissent, ils ne peuvent pas s'en désintéresser ; au contraire, pour donner sens à leur existence, ils transforment les finalités instrumentales du travail en un sens moral et civique : moral, en réinterprétant les exigences techniques de l'activité productive en un système de normes locales de travail propres au groupe (vigilance sur la question des temps de façon, autonomie dans l'exécution des opérations, négociation avec les chefs pour faire respecter sa dignité...), - et civique, en réinsérant les contraintes de production dans un ensemble de règles de sociabilité et de discipline collective articulées sur la collectivité locale des salariés et non sur l'organisation entreprenariale (défense de son territoire, pratiques ludiques collectives visant à resymboliser les gestes, réorganisation de séquences de travail qui facilite l'articulation d'opérations d'un travailleur à l'autre, solidarité contre l'autoritarisme...). L'enjeu est de dédoubler la norme de travail pour transférer ses enjeux productifs dans les enjeux de vie des personnes. Évidemment les moments et les contextes d'interaction peuvent empêcher ces tendances à la résistance d'aboutir : la capacité à faire face dépend moins de ressources psychologiques personnelles que des situations d'interaction, en particulier des conditions de travail.

La santé et la vie quotidienne : les effets du sentiment d'aliénation, de l'attachement rigide à l'autorité des traditions et du sentiment d'iniquité.

Détachons-nous du travail pour aborder plus généralement l'existence, ses conditions et son sens. Plus d'une fois au cours de notre parcours, nous avons suggéré que les conditions d'existence avaient des conséquences sur la qualité de la vie personnelle des individus. Comment comprendre que les actions constitutives de l'existence des individus puissent les atteindre au point d'affecter leur santé ? Si l'on en reste à la description des éléments 'objectifs' des conditions d'existence, on évite d'attribuer ses propres significations aux individus qui vivent dans le cadre de tel ou tel type de conditions. Pourtant, on vient de le montrer à propos des conditions de travail, les individus expriment au cours de leurs interactions le sens de ce qu'ils vivent, au sein de situations déterminées. On a également aperçu que des conditions d'existence telles que le surpeuplement du logement étaient souvent liées à des manifestations d'affliction et d'épuisement : "je suis lessivé". Ce sont les

[496] Patrick PHARO, Soumission ou détournement : l'efficacité pratique des savoirs sociaux, *Critiques de l'économie politique*, n° 23/34, 1983, p. 95.

relations de ces expressions d'affliction avec des actions particulières et leurs contextes que nous allons maintenant examiner[497].

L'affliction et l'épuisement se manifestent et s'expriment de toutes sortes de façons que l'on peut ramener à trois formes principales : le malaise (faiblesse, grosse fatigue, maux de têtes, acidité d'estomac, tremblements des mains, palpitations...), l'anxiété (tension nerveuse, craintes, irritation, inquiétude, tracas, tourments, agitation) et la dépression (sentiment d'être malheureux, désespéré, sans valeur, seul, triste, mélancolique). Les recherches se sont d'abord centrées sur le malaise et ses expressions, de façon à éviter les aspects émotionnels de l'affliction : on s'est rapidement aperçu que les gens sont beaucoup plus prêts qu'on ne l'imagine à parler de ce qu'ils ressentent tant physiquement qu'émotionnellement, à partir du moment où la qualité de l'écoute est suffisamment ouverte, permissive et tolérante. À la suite, on a pu constater que ces formes de détresse sont souvent liées.

Quelle que soit la spécificité ou l'inter-relation particulière que prennent les formes de l'affliction, elles apparaissent associées à des sens spécifiques que prennent les actions des individus en détresse. On peut regrouper ces significations particulières que prennent les actions et leur contexte sous trois catégories générales : l'aliénation, l'autoritarisme et l'iniquité. L'aliénation a fait l'objet de tentatives de définition d'un point de vue 'objectif' dans la sphère du travail et de la production économique, en particulier chez Karl Marx puis dans certains courants marxistes. À la fin des années 50, ce concept a été repris par la psycho-sociologie américaine pour rendre compte de certaines expériences individuelles[498]. Dans la perspective où nous nous situons, il s'agit plutôt de rassembler sous ce terme les principaux types de significations, attribuées à des ensembles d'actions, qui traduisent des ruptures, des exclusions, des contradictions, bref une étrangeté aux autres et à soi-même faute d'une organicité, c'est-à-dire d'une complémentarité réelle et reconnue entre les acteurs et leurs actions au sein des interactions qu'ils sont amenés à vivre.

Ainsi, analysant le rapport entre l'offre de soins gérontologiques et la demande des personnes âgées, nous avons montré que les plaintes de ces personnes vis-à-vis des institutions gérontologiques viennent de ce que les services proposés sont trop centrés sur le corps et ses capacités fonctionnelles au détriment du sens que ces personnes donnent à leurs activités : cela suppose de connaître la vie et le milieu ordinaire de la personne qu'on se propose d'aider. La demande des personnes âgées à l'égard des institutions gérontologiques, quelle que soit leur nature, est 'familialiste' : ce qui est sollicité, aussi bien par les sans-enfant

---

[497] L'analyse qui suit reprend la plupart des éléments de la synthèse de John MIROWSKY and Catherine E. ROSS, Social patterns of distress, *Annual Review of Sociology,* n° 12, 1986, pp. 23-45. Cet article relève de la psychologie sociale "classique". Nous en tentons une lecture du point de vue d'une sociologie compréhensive.

[498] Melvin SEEMAN, On the meaning of alienation, *American sociological Review,* Vol. 24, 1959, pp. 783-791, - cité par Robert SÉVIGNY, Pour une théorie psycho-sociologique de l'aliénation, *Sociologie et sociétés,* Vol. 1, n° 2, 1969, pp. 193-219.

et les sans-famille que par ceux qui ont toujours des relations familiales, relève de formes de substitution variées à ce qui constitue à leur yeux le sens de la famille, c'est-à-dire une adaptation souple et flexible, et un esprit d'organicité et de cimentation fondé sur l'échange et la négociation, véritable générateur de soutien moral et affectif[499].

Ce décalage entre offre et demande gérontologiques manifeste une dimension particulière de l'aliénation : un ensemble d'actions sont accomplies vis-à-vis de quelqu'un sans que l'on se soucie de ses attentes réelles, c'est-à-dire du mode de leur accomplissement pratique qui correspond aux valeurs et aux normes structurantes pour son existence. Autrement dit, la situation est aliénante parce que le mode d'interaction est producteur d'anomie pour l'un des partenaires ou un groupe de partenaires. Les actions effectuées, ou la manière dont elles le sont, ne correspondent pas aux significations que d'autres, pourtant impliqués dans la situation, leur attachent ; ce processus est à l'origine du rejet de toute référence collective comme source de modèles de référence : il peut en résulter soit le développement de tendances paranoïaques, soit des manifestations collectives de révolte.

Une situation typique de ce décalage, source de cette forme d'aliénation qu'est l'anomie, est constituée par les transitions au cours du cycle de vie. Ce peut-être la transition de rôles traditionnels à des rôles plus égalitaires, par exemple quand une femme au foyer prend un emploi salarié : avant stabilisation peuvent se cumuler les conflits entre les rôles, la multiplication de leur ambiguïté et toute une série de surcharges ; les significations anciennes sont remises en cause et les nouvelles se profilent d'abord du côté d'un horizon inaccessible. Ce peut-être la survenue d'événements dont on sait qu'ils arrivent à certains moments déterminés : s'ils arrivent beaucoup plus tôt ou beaucoup plus tard, les nouvelles significations ne peuvent pas se mettre en place au moment qui avait été prévu. Ainsi des veuvages précoces : qui devient veuf ou veuve très tôt voit sa vie 'brisée' dans la mesure où cette séparation était anticipée pour bien plus tard (la personne n'est pas préparée à un deuil prématuré). Ainsi de la ménaupose ou trop précoce ou trop tardive : on a pu montrer que les femmes dont la ménopause se situait entre 45 et 54 ans faisaient peu de dépressions, contrairement à celles qui en faisaient l'expérience avant ou après cette période de la vie. Dans tous ces cas se produisent des effets de contexte d'interaction : le fait de se percevoir comme 'hors norme', dans la mesure où cette transgression ne fait pas de vous un héros ou une star, produit une perte d'estime de soi ; l'individu ne peut pas s'assurer ou se réassurer dans un savoir social partagé.

Sous sa forme la plus extrême, c'est toute l'existence qui devient non-sens, c'est le monde qui devient inintelligible : la 'sécurité ontologique' de l'individu n'est plus assurée.

> "Le développement d'un sentiment de confiance envers les autres, sentiment qui constitue l'élément le plus profond du système de sécurité de base, dépend d'abord et

[499] Serge CLÉMENT, Marcel DRULHE, De l'offre rationalisée à une demande polymorphe, in MIRE et PLAN URBAIN, *Vieillir dans la ville,* Paris, Ed. L'Harmattan, 1992, pp. 127-150.

avant tout des routines prévisibles et remplies d'attention qu'établissent les figures parentales (...) à mesure qu'il devient plus autonome, l'enfant apprend l'importance de ce que Goffman appelle des «moyens de protection» qui contribuent au maintien du caractère mutuel de la confiance, comme le tact et d'autres formules qui préservent la contenance de ceux ou celles avec qui l'enfant est en rapport. De tels mécanismes protègent la sécurité ontologique, mais celle-ci est assurée de manière encore plus fondamentale par la prévisibilité des routines (...)[500]."

Dans les situations critiques, lorsque la sécurité ontologique n'est plus assurée, c'est l'angoisse qui envahit l'individu.

Une seconde dimension de l'aliénation est constituée par l'interprétation d'un ensemble d'actions dans le sens d'une impuissance et d'un immobilisme : l'individu a beau faire et se dépenser, son comportement ne parvient pas à atteindre ses buts ou à renforcer ce qu'il avait commencé à élaborer, de sorte qu'il a le sentiment que le contrôle de sa propre vie lui échappe. Le sentiment d'impuissance peut avoir divers effets sur l'affliction : il démoralise ceux et celles, individuellement ou collectivement, qui n'arrivent pas à infléchir les situations où ils vivent, à opérer une 'nidification', à influencer le monde qui les entoure ; il empêche ou retarde l'apparition de tout comportement de résistance (coping behavior) : il y a une perte progressive de motivation pour tenter de résoudre les problèmes et les situations difficiles.

Les recherches américaines sur le construit du locus de contrôle, à la suite des travaux pionniers de Rotter, sont à situer dans le cadre de cette seconde dimension de l'aliénation. Rappelons-en l'essentiel. L'individu a un locus de contrôle interne quand il a le sentiment d'un certain contrôle sur son destin et quand ce qui lui arrive est le résultat de ce qu'il fait ; inversement, il a un locus de contrôle externe s'il a le sentiment d'être soumis au pouvoir d'autrui ou à la merci du hasard et de la chance.

"Les recherches ont démontré que les personnes à locus de contrôle interne avaient un meilleur moral à la retraite, développaient moins d'anxiété, souffraient moins d'hypertension et développaient moins de maladies cardiaques. Chez les jeunes, il y aurait moins de grossesses non désirées. Par contre, les personnes à locus de contrôle externe se soumettraient plus facilement au traitement médical, mais elles auraient moins tendance à se prendre en charge. Les personnes à locus de contrôle interne, de la même manière qu'elles sont moins influençables et font face plus efficacement aux succès comme aux échecs, font face plus efficacement aux agents stresseurs du travail. Celles qui sont le plus à risque, ce sont les personnes à locus de contrôle interne extrême parce que trop rigides et incapables de vivre avec l'incontrôlable[501]."

---

[500] Anthony GIDDENS, *La constitution de la société,* Paris, PUF, Coll. Sociologies, 1987, p. 99.

[501] Marc RENAUD (1987), op.cit., p. 11.

La troisième dimension de l'aliénation est liée aux activités de sociabilité et à leur signification : la solitude naît du sentiment de n'avoir personne qui est quelqu'un pour soi et de ne pas être quelqu'un pour une autre personne. Autrement dit, si le réseau social a l'objectivité des personnes ou des groupes de personnes avec qui l'on est en relation, il n'est pas la garantie que ces relations aient un sens. Dans un monde de compétition et de rentabilité où chacun doit faire la preuve de son utilité et de son efficacité, les réseaux peuvent s'enliser dans une rationalité utilitaire et stratégique : les autres deviennent des moyens au service de ses propres fins, et les relations tendent à se résumer à leur forme intéressée. Le risque est la défiguration de soi-même : transformer l'autre en pion sur un immense échiquier stratégique revient à lui dénier un égal degré d'humanité, mais l'abaissement de l'un est aussi celui de l'autre. Opérant une rupture avec la raison utilitaire, l'affirmation humanitaire assure une "défense de soi comme digne représentant du groupe des hommes[502]" : dans la relation à l'autre chacun attend un crédit d'humanité, c'est-à-dire espère trouver dans l'échange et la confiance désintéressée l'estime de soi nécessaire pour continuer à déterminer l'orientation de sa vie et son sens.

On peut alors prendre la mesure des limites de toutes les analyses de réseau social ou de support social qui prennent seulement en compte 'l'objectivité' des relations : le sens de ces relations dépend du degré d'engagement, d'implication et d'expression de soi. Si les individus en relation en restent 'à la surface des choses', aucun n'est vraiment important et chacun est interchangeable. Au contraire, quand les échanges sont tels qu'une certaine intimité se construit, un attachement réciproque se produit et chacun devient important pour l'autre : sa disparition ne laisse pas indifférent. De même l'engagement dans des univers sociaux du type association volontaire (clubs, hobbies, syndicats, partis politiques, églises...) place les participants au service d'un projet commun : son accomplissement permet aux participants une expression de soi partagée et son aboutissement, réussi ou pas, est porté par tous. Inversement, détachement et étrangeté à soi-même, c'est-à-dire ce sentiment d'être séparé de ses propres actions et de ses propres pensées, sont le lot de ceux qui subissent le contrôle et la domination d'autrui : faute de trouver un monde social où ils seraient reconnus comme 'dignes représentants de l'humanité', la désintégration de leur identité les livre au désespoir de l'affliction et de la détresse.

Les individus dont les actions s'accomplissent toujours en référence à l'autorité et à la tradition peuvent faire l'expérience cruelle de l'affliction du fait de leur rigidité et de leur méfiance en des situations critiques. Prisonniers de leurs croyances selon lesquelles conduite morale et obéissance aux exigences de la tradition ou du chef sont identiques, ils ne sont pas capables d'imaginer qu'il puisse exister une pluralité de solutions à un problème et qu'il convient de les comparer : la meilleure façon, pour eux, d'affronter une situation difficile

[502] François de SINGLY, L'homme dual. Raison utilitaire, raison humanitaire, *Le débat,* n° 61, 1990, p. 141.

consiste à appliquer des règles reconnues, c'est-à-dire d'agir en toute obéissance et conformité. Faute de participer à des mondes sociaux multiples et de s'exposer à d'autres visions culturelles du monde, l'ordre traditionnel auquel ils adhèrent a un champ de validité universel. Contrairement à l'aliénation par impuissance qui démotive à l'égard de tout effort pour essayer de changer le cours des choses, la rigidité attachée à l'autoritarisme réduit la capacité à imaginer de nouvelles solutions pour des situations critiques : elle est un frein à la réflexion et à la compréhension aussi élargie que possible des événements et des situations. Si l'application des normes traditionnelles n'améliore pas leurs effets, voire les aggrave, les individus qui agissent de cette manière sont conduits à l'affliction parce que 'leur monde se dérobe sous leurs pieds'.

Cette rigidité en échec peut s'aggraver d'une méfiance systématique à l'égard d'autrui : tout et n'importe quoi peut devenir prétexte au soupçon d'exploitation et de victimisation. Dans ces conditions il est difficile d'instaurer des relations de confiance et de coopération dont on a vu les bénéfices pour la santé. Au contraire, sans alliés, on devient une proie facile, - et, si l'on est victime, on ne peut même pas partager le fardeau de sa peine ; en refusant toute aide et toute assistance à ceux qui ont été exploités ou victimes, on affaiblit la capacité des groupes à résister, c'est-à-dire à anticiper l'exploitation et la victimisation, - et à limiter ses conséquences. Évidemment à terme c'est la détresse qui s'accroît.

Enfin l'affliction peut apparaître lorsque des interactions sont indexées du sens d'injustice, d'iniquité ou de déloyauté. Quand un individu ou un groupe d'individus agit en se conformant à une norme d'équité et qu'un autre individu ou groupe sanctionne négativement cette action, au nom de son pouvoir, de sa légitimité (au titre de représentant d'une institution ou d'une organisation) ou de sa position de force, la norme d'échange n'est pas respectée et la situation est affectée du sens d'injustice : l'individu ou le groupe qui revendique la justesse de son action parce qu'il a respecté la règle ou le contrat de l'échange, se sent bafoué et mis dans une position de victime.

Dans les cas où la norme d'échange est restée à l'état implicite, la victime peut réagir par la culpabilité : elle se reproche de ne pas avoir bien compris les termes du contrat ou de ne pas avoir su situer l'interaction dans un contexte plus large qui en aurait révélé plus clairement la nature. Ainsi, dans l'échange conjugal, il existe une tension entre un principe d'équité sociétaire et un principe d'équité communautaire, tension qui peut se résorber dans un principe de peréquation. Le principe sociétaire suppose que chaque membre soit rétribué selon ses prestations et rétribue en fonction de ses dépenses ; le principe communautaire sous-entend que toutes les ressources soient mises en commun et que chaque membre y puise selon ses besoins, quels que soient ses apports. Avec la peréquation, chaque partenaire contribue à

la rétribution, non pas selon ses dépenses, mais en proportion de son capital. Autour de ces trois pôles, toutes sortes de modèles d'échange conjugal peuvent être inventés[503].

Le problème est que les biens échangés ne relèvent pas d'un critère univoque de comparaison : l'ambiguïté de certains échanges peut se transformer en sentiment de déloyauté, sans que l'hypothèque d'une possible mauvaise interprétation soit levée (le/la partenaire victime peut toujours se reprocher de ne pas avoir bien compris le mode d'échange, surtout s'il s'est mis en place de façon implicite). Des recherches américaines montrent que les personnes mariées sont d'autant plus déprimées que les efforts de leur partenaire à la cuisine, au ménage, à la gestion de leurs revenus, pour la qualité de leurs propres échanges et de l'échange avec les enfants leur semblent trop faibles ou trop importants par rapport à leurs propres efforts. En outre, comme l'union conjugale tend à la privatisation, c'est-à-dire qu'elle se donne elle-même pour finalité et dépend, dans son organisation, de la 'seule' volonté des conjoints, la finalité et l'organisation définie à un moment donné par les partenaires peuvent être remises en cause par l'un d'eux : si la durée 'jusqu'à la mort' faisait partie du contrat initial, toute remise en cause importante de la prime organisation ébranle cette perspective de durée *sub specie aeternitatis,* et peut être source de détresse.

Dans les cas où la norme de l'échange revêt davantage un caractère public, reconnu dans le droit ou dans les moeurs, l'attribution du sens d'iniquité débouche sur la protestation ou la dénonciation publique : encore faut-il, pour que la dénonciation aboutisse, que l'interprétation d'injustice soit reconnue.

> "(...) la dénonciation peut ainsi ne pas s'accomplir et échouer si le dénonciateur, qui a renoncé à exercer lui-même la violence, ne rencontre personne disposé à le suivre. L'auteur d'une dénonciation publique demande, en effet, d'être suivi par un nombre indéfini (...) Il n'existe pas dans ce cas de limites naturelles à la taille que peuvent revêtir les *affaires,* comme dit le jargon juridique et politique, pour désigner ces processus d'enrôlement et d'enroulement autour d'un cas problématique et litigieux dont la détermination et la décision sont liées aux efforts de mobilisation déployés dans chaque camp : les luttes s'y expriment dans le vocabulaire de la dimension entre ceux qui s'emploient à les étendre, les faire «grandir», «grossir», «sortir» ou, au contraire, à les «ramener à leurs justes proportions», à les «dégonfler», à les «étouffer dans l'œuf», etc. Les opérations accomplies par les affaires, qui contribuent, à leurs façons, à faire et défaire des groupes, sont ainsi associées à des déplacement entre le «cas particulier» et l'«intérêt général», le singulier et le collectif[504]."

---

[503] Jean KELLERHALS (en collaboration avec F. GRETILLAT, P.Y. TROUTOT et G. WIRTH), Ambiguïtés normatives de l'échange conjugal : le problème de la norme d'équité, *Revue suisse de sociologie,* Vol. 7, n° 3, 1981, pp. 311-327.

[504] Luc BOLTANSKI, avec Yann DARRÉ et Marie-Ange SCHILTZ, La dénonciation, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 51, 1984, pp. 3-4.

Celui qui se sent victime d'une injustice ne peut faire reconnaître publiquement l'iniquité et obtenir une sanction restitutive qu'à la condition de dé-singulariser son cas, c'est-à-dire à le faire rentrer dans la normalité et la validité d'une qualification générale. Nous ne rentrerons pas ici dans le détail des procédures employées, telles que les révèle l'analyse de lettres de dénonciation envoyées au *Monde.* Notons seulement que, si elles échouent, l'intensité des souffrances endurées et l'émotion liée à l'indignation ne trouvent pas l'exutoire de la réparation. Pire même, la victime sent que la protection et la sécurité ne lui sont pas assurées : sa détresse ne peut qu'empirer.

> "L'accès au général est aussi un privilège, peut-être le plus grand. Une forme de folie, au sens où l'on oppose les sages et les fous, consistant précisément à tenter de conquérir, de façon solitaire et par un acte de volonté pure, ce salut tangible auquel la reconnaissance des autres permet seule d'accéder[505]."

Le dernier cas de figure relève de la dissidence : en se référant à d'autres principes ou à une relecture de principes habituellement invoqués pour légitimer un type d'actions, certains individus s'engagent dans des actions ou des manières de les accomplir qui heurtent les normes ordinaires du fonctionnement social. Le milieu institutionnel les sanctionne négativement : pour dénoncer ce qu'ils considèrent comme une grave injustice, ces individus entrent en dissidence et font 'appel au peuple', censé être le gardien, dans les sociétés occidentales, des principes fondateurs du lien social et donc de la justice.

> "Le dissident, précisément parce qu'il ne se réfère plus au système symbolique des normes, va rencontrer un problème de communication qu'il saura gérer plus ou moins bien. La forme de sa parole-acte est souvent «incongrue», et il risque toujours de se couper, à ses dépens, du corps social. (...) De plus, tant par sa forme que par son contenu, sa parole agresse tous ceux qui ne demandent qu'à reproduire les normes et qui se sentent remis en cause, par l'existence même de la dissidence, dans la représentation d'eux-mêmes et du réel social. Cette agression peut prendre des formes plus ou moins destructrices (...)[506]."

Si l'entreprise de dissidence qui vise à faire reconnaître un écart insupportable entre des valeurs ou des principes fondateurs et leur application dans des normes institutionnelles échoue, il est probable que son ou ses promoteurs seront 'écrasés' sinon physiquement, du moins psychologiquement.

Actions et interactions, on le voit, peuvent prendre des significations multiples dont certaines, en remettant en cause le sens de l'existence (jusqu'à le transformer en non-sens), affectent le bien-être des individus impliqués : formes de malaise, d'anxiété ou de dépression, - ou bien formes combinées des précédentes sont générées par telle ou telle dimension de

---

[505] Luc BOLTANSKI (et alii) (1984), op.cit., p. 40.

[506] Maryvonne DAVID-JOUGNEAU, La dissidence institutionnelle : une approche sociologique, *Revue française de sociologie,* Vol. XXIX, n° 3, 1988, pp. 498-499.

l'aliénation, d'un attachement rigide et indéfectible à l'autorité d'une tradition ou de la perception d'une iniquité qui s'attachent à un mode d'interaction dans des conditions d'existence déterminées. C'est moins l'objectivité pratique de ces sortes d'interactions qui génère un processus et un état de maladie, que les significations élaborées au cours de ces interactions. Plus exactement, en reprenant l'un des apports majeurs de la phénoménologie husserlienne à la sociologie compréhensive, c'est la 'corrélation' du sens et de l'action[507] qui a de tels effets, dans la mesure où la signification de l'action ne peut advenir qu'au cours de l'accomplissement de cette activité et/ou interaction : un type de ces 'corrélations', on vient de le montrer, bloque ou retarde en particulier les stratégies de résistance *(coping behavior),* et provoquent un accroissement des formes de détresse.

Cela ne veut pas dire que les conséquences de ces corrélations particulières soient réductibles à des 'troubles mentaux' : on a montré qu'il pouvait exister des associations entre certaines d'entre elles et les maladies de l'appareil circulatoire (cf. locus de contrôle externe et cardiopathies) ; il est probable qu'elles peuvent également susciter des actions de résistance dangereuses pour la santé, comme par exemple la consommation de toxiques. De la même manière, il faut se garder d'interpréter systématiquement les pires conditions d'existence comme source de processus pathogènes : l'enjeu est de connaître comment ces conditions sont produites, c'est-à-dire savoir de quelles actions (et leurs significations) elles sont l'aboutissement. Le fait que les pays les plus riches ne soient pas nécessairement ceux dont l'état sanitaire de la population atteigne le meilleur niveau (cf. ci-dessus), trouve là une perspective d'intelligibilité particulièrement éclairante.

Les travaux de Georges Menahem sur les ambiances familiales au cours de l'enfance vont dans le même sens : en soumettant à une analyse seconde deux enquêtes différentes de l'INSEE (l'enquête *Situations défavorisées 1978-1979* et l'enquête *Conditions de vie des ménages 1986-1987*), il montre que des problèmes affectifs durables vécus avant 18 ans, rapportés par les individus, sont associés à un accroissement du risque de déclarer des maladies et symptômes à l'âge adulte, et ce, bien plus significativement que les inégalités de déclaration de morbidité reliées au revenu, au diplôme ou à la catégorie socio-professionnelle[508] :

---

[507] 'Corrélation' n'est pas entendu ici au sens de 'corrélation entre des variables'. Contre les conceptions objectivistes, la phénoménologie explicite les processus de notre rapport au monde naturel et social : l'un d'entre eux consiste justement à lier le sujet et l'objet, la conscience et la chose parce que toute perception met en œuvre une pré-visée anticipatrice : "une chose ne peut être chose que dans une «conscience de chose»." Cf. Patrick PHARO, Problèmes empiriques de la sociologie compréhensive, *Revue française de sociologie,* Vol. XXVI, n° 1, 1985, pp. 120-149.

[508] Georges MENAHEM (1992), op.cit. et Georges MENHAHEM, *Problèmes de l'enfance, statut social et santé des adultes,* Paris, CREDES, Coll. Biblio, n° 1010, 1994. Dans les deux cas il ne s'agit pas d'enquêtes longitudinales au sens strict : on a fait appel à la mémoire individuelle pour retracer la biographie des individus depuis l'enfance. C'est dans le cadre de

"Tout se passe alors comme si les problèmes affectifs durables de l'enfance se traduisaient fréquemment par des attitudes moins prévoyantes à l'âge adulte, notamment à l'égard du risque et en matière de préservation de sa santé, ce qui impliquerait de plus fréquents troubles de santé et, par conséquent, des consommations médicales plus importantes (mais à un plus faible degré compte tenu des moindres dispositions à se soigner dans ces cas)."

Autrement dit, les actions et interactions qui se déroulent dans un contexte de domination et d'exploitation ne prennent pas toujours et automatiquement le sens de l'aliénation ; celles qui sont effectuées sous la chape d'une tradition rigoureuse ne sont pas toujours le produit de l'autoritarisme ; celles dont l'accomplissement ne paraît pas respecter les termes d'un contrat ou la logique normative implicite et récurrente dans un type déterminé de situations ne sont pas pour autant et toujours affectées d'une signification d'injustice. Est-ce à dire que l'attribution de sens vient obscurcir la 'réalité' des activités et de leur cadre ? Devons-nous suivre la piste de l'illusion et de la fausse conscience ?

Ce serait oublier la capacité de détournement des acteurs : sans doute la reconstruction symbolique des pires univers sociaux n'abolit pas l'influence de leurs contraintes et de leur dangerosité sur la santé des individus mais elle les situe sur un autre plan que celui du type de rationalité à laquelle il conviendrait seulement de se soumettre ; travailler les logiques internes des situations jusqu'à leur enlever les significations que les privilégiés, dominant le monde social en question, leur assignent, c'est faire de tous ces éléments de contraintes imposées les objets d'une réappropriation (fut-ce simplement sur le mode du rejet ou de la non-reconnaissance).

> "Les luttes revendicatives (...) peuvent être les moyens d'une désaliénation dans l'action : mais parfois elles participent, au moins en partie, du corporatisme et de ses aspects névrotiques. C'est pourquoi réinsérer, par le biais des thèmes de la santé, *l'aspect personnel du rapport au travail* peut être un moyen de laisser ouvertes des voies de résistance non balisées. À condition, toutefois que les spécialistes de la santé au travail (...) ne referment pas ce champ en réduisant le salarié et sa souffrance à l'état de terrain d'étude et de matière à discours professionnel, sans que puissent «parler» les résistances actives, qui se manifestent parfois de manière incongrue, là où on ne les attend pas. Ainsi, des stratégies de «bonheur» ou de «bonne santé», qui existent ici ou là, y compris parmi les OS ou les ouvrières surexploitées du nettoyage, et qui peuvent apparaître comme des défis aux propos misérabilistes implicites de certains intellectuels[509]."

---

ces itinéraires que sont sollicités leurs souvenirs en matière de problèmes affectifs vécus avant 18 ans.

[509] Denis DUCLOS, *La santé et le travail,* Paris, Ed. La Découverte, Coll. Repères, 1984, pp. 118-119.

La santé dans la vie quotidienne : détournements et réappropriations symboliques.

Détournement et réappropriation ne sont pas des stratégies symboliques réservées aux univers de travail : elles sont à l'œuvre dans tous les mondes sociaux, en particulier à partir du moment où certains membres se considèrent comme plus 'représentatifs', plus 'authentiques' ou plus 'légitimes' pour être habilités à orienter le sens de l'activité de base de ces mondes et à en organiser le déroulement d'une manière spécifique ; ceux qui doivent 'se soumettre' à l'orientation et à l'organisation définies par l'élite procèdent en réalité à ces stratégies symboliques de réappropriation. Elles peuvent déboucher sur un projet collectif porteur de nouvelles orientations normatives et déboucher sur un mouvement social[510]. Pour prendre la mesure de l'efficacité de ces reconstructions du sens de sa propre existence, quand bien même elles n'atteignent pas le niveau de force collective propre au mouvement social, considérons le cas des personnes âgées 'dépendantes'.

Les spécialistes de gérontologie évaluent une composante de la santé des vieilles personnes à travers des échelles de dépendance qui visent à décrire et mesurer un certain nombre d'activités accomplies ou non. La multiplicité de ces échelles traduit déjà des divergences sur la nature et le nombre des activités à retenir. Ce qui préside à la sélection de ces activités est l'appréhension de la charge supplémentaire que certains individus occasionnent à des tiers (il faut les lever, les laver, les habiller, les faire manger, etc.) : la manière de définir cette charge est empirique et variable, au point qu'il est impossible de déceler une progressivité et une cumulativité quand on passe d'une échelle à l'autre[511] ; en outre la définition des activités et la manière d'interroger les individus sur leur accomplissement contiennent un ensemble de normes implicites qui attestent la place privilégiée du monde des soignants dans la sélection et la détermination du sens des activités retenues[512]. Pourtant l'attribution d'une personne dans une classe de dépendance (par exemple, lourde, moyenne, modérée ou légère) n'est pas sans conséquence pour son existence, ne serait-ce que pour l'octroi d'aides ou de prestations : à travers les utilisations déviantes de ces classifications et de ces aides, on peut déjà percevoir que les personnes âgées concernées (ou du moins une partie d'entre elles) ne restent pas inertes, c'est-à-dire qu'elles se les réapproprient pour augmenter leur marge d'autonomie[513].

---

[510] Alain TOURAINE, *La voix et le regard,* Paris, Ed. du Seuil, Coll. Sociologie permanente, 1978. Première partie, chapitre 4, les mouvements sociaux, pp.104-132.

[511] Henriette GARDENT, *Dépendance des personnes âgées et charge de soins. Expérimentation simultanée de six grilles de dépendance,* Paris, Publications du CTNERHI, 1988.

[512] Marie-Claude LÉONARD, La relation enquêteur-enquêté et la notion d'aide, in Michel FROSSARD (et alii), *Travail familial, solidarité de voisinage et maintien à domicile des personnes âgées,* Rennes, Cahiers de l'École Nationale de la Santé Publique, mars 1988, pp. 21-23.

[513] Soizick CROCHET, Rituels d'hygiènes. La savonnette, le perroquet et la Sécurité sociale, *Ethnologie française,* Vol. XXII, n° 1, 1992, pp. 19-26.

Quittons donc cette posture exogène pour examiner les variations et les modes de structuration des activités des vieilles gens dans le contexte des incapacités dont elles sont atteintes[514]. Le premier piège à éviter est de réduire leur(s) activité(s) à l'aspect nominal de leur désignation-étiquette : souvent ce qui se passe dans le cours de la vie quotidienne est saisi par une série de termes génériques dont chacun recèle un enchaînement spécifique de gestes et une polyvalence de significations. Les décomposer avec attention, en retrouvant leur sens endogène, permet de reconnaître les parties qui peuvent disparaître ou être remplacées, - et celles qui constituent un pivot dont l'effondrement est dramatique. Quand on situe ce que les personnes décrivent comme leur(s) activité(s) dans le cadre de leur biographie, la plupart d'entre elles s'inscrivent sur la pente de leur trajectoire : des activités antérieures sont prolongées, d'autres jusqu'alors ponctuelles sont amplifiées, et certaines relèvent d'une revendication à 'l'oisiveté' ou à la 'contemplation' ; plus rares sont les 'vocations tardives' (découverte d'un violon d'Ingres quand a pris fin l'activité principale de la 'vie adulte').

Ces activités prolongées, amplifiées, développées ou nouvelles ont une dimension temporelle propre, dans leur accomplissement présent : leur récurrence remplit et charpente l'écoulement de la durée. À côté d'activités plus ponctuelles (voyager, aller de temps à autre au club du troisième âge...) on observe de longs moment passés à effectuer des tâches significatives : il s'agit là d'une ou de plusieurs activités principales dont la propriété est de structurer l'emploi du temps et le calendrier, ainsi que de donner sens au déroulement de la vie. En plus de cet effet structurant du point de vue de l'organisation spatio-temporelle de l'existence, cette activité principale (qu'elle soit unique ou plurielle) est ce par quoi l'autonomie se constitue et se maintient. L'autonomie ne relève pas du même registre que la dépendance. Celle-ci est la conséquence d'une limitation ou d'une perte de capacités corporelles et/ou mentales qui réduit ou annule les possibilités d'effectuer soi-même l'activité souhaitée : elle accroît l'interdépendance, car une aide d'autrui devient nécessaire pour effectuer des activités qu'il est culturellement normal d'effectuer seul. L'autonomie relève de la capacité à choisir et à décider.

Dans l'accomplissement d'une action, habituellement l'acteur s'investit à la fois comme sujet formant une intention ou un projet, et comme agent qui l'exécute. Ainsi, quand des maladies diminuent ou annihilent les capacités d'exécution, la fonction de sujet peut être préservée : faute de pouvoir accomplir leur activité principale, des personnes âgées peuvent la rétrécir (restreindre la conduite automobile à de courts déplacements hors des voies encombrées...), la transformer (la culture du jardin devient entretien amoureux de quelques plantes vertes...) ou lui substituer une activité symbolique (la pratique d'un instrument de musique devient écoute de ses morceaux préférés...) par une série de glissements

[514] Ce type de description et d'analyse doit beaucoup à : Patrick PHARO, La description des structures formelles de l'activité sociale, in W. ACKERMANN, B. CONEIN, C. GUIGUES, L. QUÉRÉ, D. VIDAL, *Décrire : un impératif ? Description, explication, interprétation en Sciences Sociales,* Paris, EHESS, 1985, Tome 2, pp. 159-174.

métonymiques ; on peut également observer divers effets de sauvegarde dus à une interaction attentive et respectueuse entre une personne dépendante et ses aidants : découvrir, reconnaître et respecter les habitudes, les intentions et les projets de la personne aidée en ce qui a occupé et rempli sa vie lui permet de rester un sujet autonome. Inversement si la personne est forcée d'abandonner son activité principale sans la moindre substitution et que ses aidants se situent dans une logique instrumentale et utilitaire d'entretien de ses seules fonctions corporelles, on observe l'apparition et l'invasion d'un sentiment d'inutilité qui creuse un abandon à la mort[515]. Or, des épidémiologistes concluent ainsi l'une de leurs recherches :

> "Une autonomie réduite, une absence d'investissement dans l'avenir, le sentiment d'être inutile apparaissent (...) comme des facteurs de risque de mortalité à 3 ans, bien plus que les indicateurs de morbidité[516]."

Même les contraintes matérielles dues à la maladie ne sont pas déterminantes quant à l'annihilation de l'autonomie, c'est-à-dire de la capacité des individus à construire une expression symbolique qui leur permette de garder prise sur leur existence. Comme le montrent des personnes qui ont les formes d'incapacité les plus graves, il est possible d'éviter de franchir trop vite les seuils qui mènent à l'extrême dépendance, - et plus encore, il est possible de préserver son autonomie au sein même de la dépendance.

Autant d'éléments qui plaident en faveur d'une remise en cause de l'hypothèse d'une totale soumission ou dépendance des gens à l'égard de la médecine et de ses technologies. Comme le suggèrent Jonathan Gabe et Michaël Calnan, dans leurs études ethnographiques de la perception de la médecine par les femmes[517], on ne comprend rien à ce problème si on ne distingue pas les technologies médicales, au sens large (cf. introduction), qui sauvent la vie et celles dont l'application soulage et parfois guérit : vis-à-vis des premières, il existe une fascination qui confine à l'abandon ; par contre les secondes sont perçues de façon plus ambivalentes. Ainsi les usagères de tranquillisants font souvent preuve d'une distance à l'égard des prescriptions médicales : dans l'enquête citée, les femmes recourent à d'autres ressources socio-culturelles (faire du tricot, lire, prier...) pour se relaxer, dès qu'elles le peuvent.

Mais la distinction entre les technologies qui sauvent la vie et les autres ne relève pas d'une frontière objective que tout le monde percevrait de la même manière. La marque de séparation entre les deux sortes de technologies se déplace et même tend à disparaître selon la classe sociale d'appartenance des femmes enquêtées : ce sont les femmes des classes moyennes qui

---

[515] Marcel DRULHE, Vieillissements et activités, in Alain GRAND, Arlette GRAND-FILAIRE, Jacques POUS, Jean-François BARTHE, Serge CLÉMENT, Marcel DRULHE, *Modes de socialisation et handicaps dans une population âgée en milieu rural,* Toulouse, Rapport de fin de contrat INSERM et CTNERHI, 1989, pp. 79-135.

[516] Hélène BOCQUET (et alii) (1987), op.cit., p. 154.

[517] Jonathan GABE and Michaël CALNAN, The limits of medicine : women's perception of medical technology, *Social Science and Medicine,* Vol. 28, n° 3, 1989, pp. 223-231.

croient le plus à la valeur et à l'efficacité des technologies médicales les plus modernes. Ce constat est à rapprocher d'une remarque de Pierre Aïach sur l'influence de la médiatisation massive du médical[518] : les femmes des classes moyennes ne seraient-elles pas les plus sensibles à la médicalisation envahissante des médias dont le flot continu de débats, publicités et articles sur la santé et la maladie provoquerait la mauvaise conscience ? seront-elles à la hauteur de l'élite sociale à laquelle elles s'efforcent de ressembler selon une logique d'imitation par surenchère ? Mais une telle hypothèse n'est-elle pas contradictoire avec celle de la résistance et de la réappropriation ? On voit bien, au contraire, que le sens de l'activité médicale et de ses moyens est détourné : avoir accès au meilleur spécialiste, à la meilleure clinique, à la meilleure technologie est l'une des façons de faire étalage de sa réussite sociale et on se soucie peu de recouper des informations sur la pertinence et l'intérêt d'un recours à tel ou tel type de soins.

De la même façon, les femmes observées reconnaissent qu'il existe des stéréotypes négatifs qui les décrivent comme psychologiquement et physiologiquement plus fragiles que les hommes. Mais les auteurs n'ont pas trouvé de données qui permettraient de dire que ces stéréotypes seraient produits ou renforcés par les consultations médicales : au contraire, il apparaît que ces femmes reconnaissent cette inégalité de traitement entre les sexes à un niveau abstrait mais qu'elles refusent de l'appliquer à elles-mêmes dans leur propre expérience de la relation à leur médecin. La résistance aux contraintes socio-culturelles des stéréotypes de sexe passe ici par une sorte de dédoublement de la conscience. Le sens de la relation aux technologies médicales se constitue des éléments contradictoires de déférence et de critique : quand Jonathan Gabe et Michaël Calnan demandent aux femmes à quoi elles reconnaissent un 'mauvais' médecin, elles répondent que c'est quelqu'un qui prescrit des examens et des traitements sans les écouter et sans parler avec elles de façon détaillée de leurs problèmes, et ce, quelle que soit leur classe sociale.

Prendre au sérieux les intentions et les projets des acteurs en tant qu'êtres humains sensés permet de lever l'hypothèque réductionniste du positivisme radical : que les individus prennent place en des positions sociales déterminées de l'espace social multidimensionnel (en fonction de mécanismes sociaux particuliers) et que cela les expose à des processus qui provoquent à court, moyen ou long terme la détérioration de la santé (et/ou qui les protège), n'exclut pas des stratégies de réappropriation et de détournement qui supposent une mise à distance symbolique des situations. La structure des contraintes matérielles qui pénalise les uns et favorise les autres n'est jamais telle qu'elle annihile complètement les capacités d'action, c'est-à-dire les capacités d'attribution de significations et d'innovations pour vivre autrement.

[518] Pierre AÏACH (et alii) (1980), op.cit., p. 180.

MÉDECINE ET PROTECTION SOCIALE FACE À L'EMPRISE DE L'INERTIE SOCIÉTALE SUR LA SANTÉ :

LES ENJEUX DE LA SANTÉ PUBLIQUE.

Sous le double effet de l'unification des professionnels légitimes du soin qui assurent le monopole du diagnostic et du traitement au corps médical (en France, la loi de 1892), et de l'avancée des connaissances bio-médicales qui se traduit par une efficacité toujours plus grande de l'exercice médical, malgré les obstacles et les limites, et par la consécration sociale des 'hommes de l'art', médecine et médecins apparaissent comme les maîtres d'œuvre de tous les savoirs et activités sanitaires susceptibles d'améliorer le bien-être des populations et des individus. À l'instar de l'école comme moyen d'égaliser les chances d'accès aux positions sociales les plus valorisées par la possibilité offerte à tous d'acquérir les savoirs nécessaires à l'exercice des fonctions correspondantes, l'institution médicale et son appareil de production des soins ne sont-ils pas l'instrument obligé, nécessaire et irremplaçable, d'une homogénéisation de la santé, c'est-à-dire de la réduction et de l'éradication des écarts dans sa réparation, son maintien ou son développement ? S'il en est ainsi, consacrer une part des richesses produites au développement de la médecine, c'est se donner les moyens de l'innovation technico-scientifique, c'est-à-dire une meilleure maîtrise des processus qui président aux inégalités de santé. Comme la scolarisation dans son ordre propre, la médicalisation semble bien être la voie royale de cet objectif : plus les individus et les populations sont médicalisées, c'est-à-dire ont recours à l'intervention de la médecine et du système de soins, plus devraient être 'corrigées' les différences de santé. Une médicalisation croissante n'est-elle pas l'indice que l'état de santé d'une population se dégrade ? On peut supposer au contraire que cette population se protège de la sorte beaucoup mieux des maladies. Le paradoxe de la médicalisation vient de la nécessité d'une intervention médicale susceptible de lever l'hypothèque d'une intervention ultérieure plus massive et pour des pathologies plus dangereuses : les vaccinations constituent l'exemple trivial de ce paradoxe.

Plus récemment, à partir des données de la dernière enquête décennale sur la santé et les soins médicaux, Pierre Mormiche[519] fait l'hypothèse que la part grandissante des soins de ville dévolue aux personnes âgées dans la consommation totale de ce type de soins a accompagné une sensible amélioration de leur état de santé (mesuré par un accroissement de l'espérance de vie sans incapacité) : cela signifie que l'accroissement de cette forme de médicalisation a pour effet d'écarter ou de repousser les soins très lourds, nécessitant une hospitalisation, parce que les états de santé en viennent à être très dégradés. De même,

[519] Pierre MORMICHE, Deux décennies d'évolution des consommations médicales, Communication au colloque organisé par l'INSEE, la CNAMTS, le CREDES, la MIRE et le SESI, *Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1991-1992,* Paris, 20 juin 1994, - reprise dans *Solidarité santé. Études statistiques,* n° 1, 1994, pp. 123-141.

l'évolution au cours des années 80 témoigne d'une baisse sensible des recours aux soins dentaires chez les adolescents et les jeunes : cela est-il dû aux difficultés des ménages au cours de la période ? Il n'y a pas de diminution chez les adultes, alors que l'on remarque par ailleurs que les parents sont les premiers à faire des sacrifices quand ils s'imposent. Est-ce un artifice à imputer à la densification des séances de dentistes (limitation du nombre de séances pour un même traitement) ? On n'observe pas d'évolution semblable chez les adultes. L'interprétation la plus vraisemblable relève des retombées positives de la prévention (suivi dentaire des enfants et/ou meilleur suivi des grossesses, en particulier des problèmes de décalcification des mères).

De ce point de vue, se saisir de la médicalisation en termes éthico-idéologiques pour dénoncer l'invasion de la médecine et pousser un cri de guerre contre les médecins fait l'économie d'une objectivation qui contrôle toute réaction passionnelle devant la place du corps médical dans la société et sa forte présence dans la vie quotidienne. La première évidence est que la médicalisation suppose beaucoup plus que les médecins : il y a tous les groupes professionnels dits para-médicaux, mais aussi des administratifs et des gestionnaires, des industriels et des chercheurs, etc. ; il ne faut pas oublier non plus les effets du paradoxe énoncé ci-dessus : le malade qui fait son hémodialyse à domicile, le diabétique qui apprend à se soigner lui-même et tant d'autres participent de la médicalisation en devenant eux-mêmes des acteurs du système de soins[520]. Il ne s'agit assurément pas de prendre acte de ce processus et d'en rester là ; une analyse critique rigoureuse de la médicalisation reste encore largement à faire[521] : quelles sont ses formes ? comment se structurent-elles ? sont-elles stables ou en décomposition/recomposition permanente ? quels sont leurs effets ?

Le XIXème siècle et la première moitié du XXème sont les témoins de ce lent processus de médicalisation. La cause finit par être entendue : faute de solvabilité, les clients potentiels du système de soins ne pouvaient pas être médicalisés, ce qui les conduisait plus tôt à des maladies plus graves et les exposait à une mort précoce. L'enjeu devenait clair : il ne suffisait pas de donner au système de soins ce qui lui permettait de développer ses connaissances et ses techniques, si une partie de la population ne pouvait pas en bénéficier. Ainsi il apparaît que l'efficacité de la médicalisation a une double condition de possibilité : un accroissement de la maîtrise professionnelle des processus morbides (ce qui suppose des moyens pour l'investigation scientifique, clinique et fondamentale) et la possibilité matérielle pour tous de recourir au système de soins. En France, la protection sociale commence à prendre corps à

---

[520] Jacques MAÎTRE, Médicalisation et démédicalisation, in Colloque international de sociologie médicale, *Santé, médecine et sociologie,* Paris, Ed. du CNRS et INSERM, 1978, pp. 357-360.

[521] Jean-Claude GUYOT, Besoins de santé et phénomènes de socialisation, in Colloque international de sociologie médicale, *Santé, médecine et sociologie,* Paris Ed. du CNRS et INSERM, 1978, pp. 349-356 ; Renée C. FOX, The medicalization and demedicalization of american society, *Dædalus,* winter 1977, pp. 9-22.

partir du moment où débute l'affaiblissement économique et politique des classes moyennes indépendantes et de la petite propriété paysanne (artisans, commerçants, rentiers, petits propriétaires et exploitants agricoles), qui ont refusé les cotisations sociales perçues comme un impôt déguisé : la sécurité de la rente peut laisser peu à peu la place à la Sécurité sociale (comme le montre Henri Hatzfeld, les lois de 1910, de 1928-1930 et de 1932 'préparent' les ordonnances de 1945[522]).

La fin de la seconde guerre mondiale coïncide avec le spectacle des progrès médicaux symbolisés par la diffusion des antibiotiques et des vaccins efficaces et avec l'extension de leurs avantages à tous : personne ne doute que l'augmentation de la puissance du système de soins et un accès égalitaire à ses services n'améliore la santé de toute la population. Nous avons pourtant constaté qu'en cette fin de siècle les différences sociales de santé ne sont toujours pas réduites, même si l'espérance de vie s'est encore globalement accrue : pourquoi l'extension plus égalitaire de la médicalisation n'est pas à la mesure de son effet escompté ? Esquisser une réponse à cette question nécessite de réexaminer la médicalisation et la protection sociale au regard des enjeux de la santé publique : à terme il s'agit d'examiner l'orientation des politiques de santé et leur mode d'élaboration.

1. Médicalisation et évolution des états de santé.

Ouvrons les *Données sociales* de l'INSEE (édition de 1993) à l'article de Jacques Vallin qui retrace l'évolution de la mortalité depuis 1920 : une photo de Sir Alexander Fleming, l'inventeur de la pénicilline, vient soutenir et renforcer la première phrase du texte : *« la recherche médicale a permis d'exploiter bien des "réserves de l'espérance de vie" ».* Ce qui est ainsi présenté comme un 'allant de soi' indiscutable, sans doute très largement partagé, ne relève-t-il pas de l'idéologie des Lumières, selon laquelle la science en général et la médecine en particulier étaient forcément bienfaisantes pour l'humanité ? À la fin des années 60,

[522] Henri HATZFELD, *Du paupérisme à la Sécurité sociale. Essai sur les origines de la Sécurité sociale en France 1850-1940,* Paris, Ed. Armand Colin, 1971.

Herman Khan et Anthony Wiener imaginaient, dans leur exercice de prospective, que les maladies seraient éradiquées à l'aube du prochain millénaire[523]. Pourtant plusieurs siècles de développement scientifique et technique ont inscrit dans l'histoire l'ambiguïté de l'avancée des connaissances et de leurs applications, et révélé la naïveté d'une telle position : même l'élévation en puissance du 'projecteur scientifique' ne peut faire l'économie d'une part d'ombre. Pourtant la croyance en la bienfaisance systématique de la médecine est encore très vivace, en dépit des révélations des atrocités des médecins nazis (on sauve la médecine 'authentique' par la mise en scène du 'savant fou', sorte d'équivalent du mythe de la 'brebis égarée'), et du développement des recours à des médecines différentes (l'enjeu y est moins une évaluation critique de la médecine que la substitution d'une 'vraie et bonne' médecine à une 'mauvaise'). Ainsi, contrairement à d'autres domaines scientifiques, les débuts d'évaluation de la médecine occidentale et de son appareil de production de soins sont relativement récents : les travaux pionniers sont ceux de l'Office d'évaluation des choix technologiques du Congrès américain au début des années 1970.

Parce que la médecine s'est progressivement organisée en 'profession autonome' qui définit le contenu de sa pratique, le cursus de sa formation, les critères d'entrée dans la profession, l'orientation de la production de ses connaissances... bref qui assure son autorégulation, elle s'est toujours efforcée de tenir à distance tout regard extérieur. Que l'intérêt pour son évaluation coïncide avec la prise de conscience par les gouvernements que l'augmentation des dépenses de santé pose des problèmes au regard des contraintes macro-économiques, suscite chez les professionnels de la santé réticences, polémiques et souvent opposition, parce qu'ils perçoivent tout effort d'évaluation comme un instrument de contrôle bureaucratique. Peut-on confondre le contrôle des dépenses de santé en vue de l'assainissement des comptes de la Sécurité sociale avec toutes formes d'évaluation ? Le principe même d'une estimation du fonctionnement de l'institution médicale et de son appareil de soins ainsi que de ses effets n'est-il pas en fait intrinsèque aux conditions d'exercice de la pratique médicale, en dehors de toute visée de 'faire des économies' ?

Les limites internes de la médecine : efficacité et efficience.

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, les années de prodigieux développement économique inscrivent la médicalisation dans le cadre de "l'extension de la sphère des activités techniques-marchandes[524]", c'est-à-dire de ces activités produisant des objets ou des services qui incorporent de plus en plus de compétence scientifique et/ou technique. Nombreux sont les professionnels de la santé qui s'offusquent quand on mêle les questions de santé et de gros sous. Leur argumentation se fonde sur le droit, encore rappelé par l'adoption

---

[523]Herman KHAN et Anthony WIENER, *L'An 2000 : lignes de conjectures sur les trente-trois prochaines années,* Paris, Ed. Robert Laffont, 1967.
[524] Victor SCARDIGLI, *La consommation, culture au quotidien,* Paris, PUF, 1983.

des trois lois sur la bioéthique (23 juin 1994) : le corps et la vie n'ont pas de prix et doivent rester hors de tout commerce. Autrement dit, quand les uns parlent épidémiologie et économie, les autres répondent droit et morale.

Il reste que la réparation, le maintien et le développement de la santé a un coût du fait de la mobilisation de professionnels et autres personnels, et de l'utilisation de technologies au sens large. L'économie de la santé a bel et bien un objet, même s'il comporte des spécificités par rapport aux autres secteurs de l'économie : le patient, souvent déstabilisé par ce qui l'afflige, exprime une demande plus ou moins précise et c'est le médecin qui, du fait de sa compétence, la précise et offre les services qu'il juge adéquats ; même s'il existe des patients qui exigent précisions et justifications des décisions médicales, en général le médecin a le pouvoir discrétionnaire de décider 'ce qui s'impose'[525] ; enfin, non seulement le patient-demandeur n'est pas le décideur, mais aussi il n'est pas le payeur (même s'il n'est pas indifférent qu'il ait à avancer ou pas la somme qui lui sera remboursée, selon qu'il bénéficie ou non du système du tiers-payant, - et qu'il ait ou pas une assurance complémentaire qui couvre la totalité de la somme à débourser, à moins que son cas ne relève d'une couverture totale par la Sécurité sociale).

Ces différents aspects constituent autant d'éléments qui empêchent la santé de tomber dans les mécanismes de régulation d'un marché ordinaire. C'est ce que souligne celui que l'on considère comme le fondateur de l'économie de la santé, Kenneth Arrow :

> "Les mécanismes habituels par lesquels le marché assure la qualité des produits n'opèrent que très faiblement dans le système de santé. C'est pour cette raison que la doctrine éthique des médecins revêt une importance si cruciale. Le contrôle ordinairement exercé par des consommateurs informés est remplacé par l'internalisation de valeurs par les professionnels[526]."

Que la confiance aveugle que l'on ait eue dans la médicalisation pour améliorer la santé et pour homogénéiser sa répartition soit interrogée parce que, après des décennies d'investissements, les résultats sont relatifs et partiellement contradictoires, s'inscrit dans la logique des sociétés démocratiques : savoir précisément à quoi sert toute dépense de santé supplémentaire n'est-il pas un préalable à la détermination de toute justification morale de son refus ou de son acceptation ?

Mais l'évaluation n'est pas nécessaire seulement au titre du contrôle de la logique marchande : parce que le système de soins engage du travail et des techniques pour réparer, maintenir ou améliorer la santé des individus et des populations, il met en jeu du travail humain qui est toujours une activité rationnelle par rapport à une fin. Dans la mesure où la

---

[525] Victor SARDIGLI (1983), op.cit., pp. 189-198. Cf. Alain CORDIER, La santé est-elle un marché ? *Problèmes politiques et sociaux,* Paris, La documentation française, n° 627, 1990.

[526] Cité par Jean-Paul MOATTI, Médecine et économie de la santé : de la confrontation au rapprochement, in Cité des Sciences et de l'Industrie - La Villette, *L'homme et la santé,* Paris, Le Seuil, 1992, p. 265.

finalité de l'activité médicale est la santé, il est pertinent et nécessaire d'examiner l'adéquation des moyens mis en oeuvre pour l'atteindre ; en outre d'autres valeurs et finalités (gagner sa vie, obtenir la reconnaissance sociale...) se conjoignent à la précédente : comment sont-elles hiérarchisées ? leurs modes d'articulation sont-ils identiques ?

> "(...) il existe de trop nombreux exemples de délais trop longs dans la reconnaissance d'effets secondaires nocifs de certaines thérapeutiques faisant courir des risques injustifiés aux patients. Le cas fameux du DES (diéthylstilbœstrol), prescrit aux femmes enceintes, en a récemment fourni une spectaculaire illustration : il était établi, dès 1953, qu'il n'avait pas la propriété de prévenir les avortements spontanés et les naissances avant terme, et on savait, depuis 1971, que ce médicament était totalement contre-indiqué pour les femmes enceintes, suite à l'apparition, à Boston, chez des jeunes femmes dont les mères avaient été traitées au DES, d'un cancer exceptionnellement rare du vagin ; il faudra pourtant attendre 1977 pour voir l'emploi du DES déconseillé dans le dictionnaire Vidal des médicaments qu'utilisent les praticiens français, puis une campagne de presse alarmiste en 1983 pour que le problème soit enfin porté à une large connaissance du corps médical et du public[527]."

Et l'auteur de ces lignes ajoute que la mise sur le marché de nouveaux traitements ou la généralisation de nouvelles techniques d'exploration diagnostique s'opère sans que l'on se soit toujours assuré que cela contribue à procurer des bénéfices supplémentaires aux personnes concernées. On ne sait pas non plus dans quelle mesure une information scientifique pertinente se diffuse effectivement auprès des professionnels de santé : n'existe-t-il pas des écarts notables entre les pratiques cliniques réelles et 'l'état de l'art' ?

Autrement dit, parce que la nature même de la médicalisation l'inscrit au sein de la sphère technique-marchande, il est inévitable que soit posée à son sujet la double question de son efficacité et de son efficience[528]. Efficacité : dans quelle mesure une activité médicale déterminée fait obstacle au cours naturel d'une pathologie ? Parce que les médecins, dans l'exercice de leur art, ont fait la preuve d'une grande efficacité dans certains domaines, la plus grande partie de la population tend à généraliser le pouvoir des médecins à soulager et à guérir, au point qu'on finit par croire, par généralisation, qu'il existe une 'potion' pour chaque symptôme ! Il n'est pas toujours sûr que les médecins combattent avec vigueur et modestie ce type de croyance, d'autant plus que toute intervention médicale est susceptible d'avoir un effet placebo, ce qui conforte le praticien à garder un silence prudent. Pourtant, si la finalité du système de soins est la guérison (ou la stabilisation), si la finalité du système de santé est l'amélioration du bien-être, n'est-il pas 'rationnel' qu'aucun examen de diagnostic, qu'aucune

---

[527] Jean-Paul MOATTI (1992), op.cit., p.264.

[528] A.L. COCHRANE, *L'inflation médicale. Réflexions sur l'efficacité de la médecine,* Paris, Ed. Galilée, 1977. Sur la difficulté de l'évaluation dans certains secteurs, voir Daniel SCHWARTZ, Peut-on évaluer les médecines douces ?, *Sciences sociales et santé,* Vol. IV, n° 2, 1986, pp. 75-88.

thérapeutique, qu'aucune mesure préventive ne soient appliqués sur une grande échelle sans que leur effet bénéfique ait été démontré ?

Efficience : quelle est la meilleure stratégie pour le meilleur résultat ? Que faut-il utiliser, où et à quel moment pour assurer une efficacité maximum au moindre coût ? À partir du moment où l'on a pu établir qu'une activité ou une mesure déterminée est efficace, il reste à définir les conditions les plus profitables et les plus avantageuses pour les mettre en œuvre : un traitement plus efficace que d'autres pour un coût moindre est à la fois justifié sur le plan médical et au niveau économique, car il améliore en même temps la santé et l'utilisation des ressources. Les travaux des années 80 établissent que l'accroissement de la technicisation de la production des soins, corrélée à l'augmentation des dépenses de santé, ne se traduit pas par des gains réels de productivité. Cela tient d'abord à un double mouvement : bien que la recherche biomédicale ait apporté les commencements d'une compréhension des processus sous-jacents à plusieurs des plus importantes pathologies, les traitements disponibles restent 'à mi-chemin', quels que soient les progrès accomplis dans les traitements de soutien, l'amélioration au soulagement des gênes et des souffrances liées aux symptômes et parfois dans des traitements permettant de gagner une certaine durée de vie ; en même temps les individus atteints de ces affections, ainsi que leurs familles, attendent de la médecine qu'elle 'fasse quelque chose' pour chacune de ces pathologies, plus précisément qu'elle fasse tout ce qu'il est possible à la lumière des connaissances actuelles. Ces contrôles partiels des grandes pathologies (maladies cardio-vasculaires, cancers...) sont très coûteux alors qu'on ne dispose pas des moyens de les guérir ou de les prévenir complètement[529].

La seconde source de l'efficience très relative du système de soins viendrait de ce qu'une part importante des activités médicales (entre 20 et 40 %) se révèle être dangereuse ou sans utilité pour les patients : alors que l'expérimentation a montré leur efficacité, la façon dont sont utilisées 20 % des interventions chirurgicales et 40 % des prescriptions de médicaments s'avèrent 'désastreuses'[530]. Faute de connaissances cliniques suffisantes, certains moyens techniques sont utilisés sans véritable justification : en situation d'incertitude professionnelle, les décisions sont prises en fonction d'habitudes, de traditions ou d'opinions subjectives, quand ce n'est pas sous la pression de modes ou d'écoles (le rapport Béraud évoque la désinformation à laquelle se prêtent des experts dans la presse médicale d'information : au nom de leurs compétences scientifiques indiscutables, ils soutiennent des techniques pour lesquelles ils n'ont pas ou peu de compétences cliniques)[531].

---

[529] Lewis THOMAS, On the science and technology of medicine, *Dædalus,* winter 1977, pp. 35-46.

[530] Claude BÉRAUD, La non-qualité médicale et économique du système de soins, *Le concours médical,* 114-30, 3 octobre 1992, pp. 2616-2622 - et 114-31, 10 octobre 1992, pp. 2715-2725.

[531] Sur ce point, A.L. Cochrane donne l'exemple suivant : "Le traitement [de l'infarctus du myocarde par] «insuline, glucose et potassium» a connu une gloire éphémère. Il fut lancé par

L'exemple le plus évident de cette absence de maîtrise des professionnels sur leurs prescriptions est l'hétérogénéité de leurs pratiques médicales. Ainsi, aux Pays-Bas, 35 % des accouchements ont lieu au domicile de la parturiente sous le contrôle de sages-femmes (dont l'intervention est seule prise en charge par l'assurance-maladie, sauf cas à risques justifiant le recours au médecin) ; en France, en 1980, quatre accouchements sur mille donnant lieu à une naissance vivante se déroulent au domicile[532]. Or, si le taux français de mortalité infantile est l'un des meilleurs d'Europe (7,3 ‰), celui des Pays-Bas est meilleur encore (6,8 ‰). Comparant la fréquence annuelle de différentes procédures chirurgicales, Klim Mac Pherson établit les constatations suivantes : 180 appendicectomies pour 100 000 habitants en Angleterre et Pays de Galles, Norvège et États-Unis contre 280 en Australie ; 90 prostatectomies en Angleterre et Pays de Galles, Norvège et Australie contre 300 aux États-Unis ; 110 amydalectomies en Norvège, contre 210 en Angleterre et Pays de Galles, 310 aux États-Unis, et 400 en Australie[533]. Ces divergences sont probablement liées à l'incertitude de leur indication.

Plus étonnant est le cas de figure de maîtrise clinique des connaissances scientifiques alors que les décisions médicales se révèlent non conformes aux indications reconnues. Cette troisième source de non-efficience des pratiques de soins couvre la plupart de leurs aspects : multiplication de visites ou consultations non médicalement justifiées, non-qualité de la prescription des examens biologiques et des examens complémentaires (radiographie, endoscopie, électrocardiographie, cytologie...), prescriptions médicamenteuses déraisonnables (les français sont les premiers consommateurs mondiaux de médicaments, du fait d'ordonnances trop nombreuses et trop longues ainsi que du non-respect des indications légitimes), prescriptions d'actes infirmiers ou de masso-kinésithérapie évitables, durées d'hospitalisation trop longues et leur nombre trop élevé au regard de ce qui se passe dans d'autres pays selon les spécialités et à résultats comparables... Pour chacune des composantes de l'action médicale, le rapport de Claude Béraud multiplie les exemples et donne des tendances statistiques sur la base d'enquêtes précises : quand on écrit les indications justifiant tel ou tel type d'examens biologiques, le nombre de leurs prescriptions diminue de 40% ; 90

---

la déclaration habituelle d'un membre de l'*establishment* médical selon laquelle les faits étaient tellement convaincants qu'un RCT serait contraire à l'éthique. Mais heureusement un RCT fut réalisé et ce traitement a maintenant pratiquement disparu." A.L. COCHRANE (1977), op.cit. p. 89. Voir aussi Geneviève DELAISI, Laurence GAVARINI, François LABORIE, Joachim MARCUS-STEIFF, Jacques TESTARD et Anne- Marie de VILAINE, Procréatique et désinformation, *Le Monde,* 17 décembre 1987.

[532] C. CHABRUN-ROBERT, L'espace en économie de la santé. Un entretien avec F. Tonnelier, *Le concours médical,* 111-31, 30 septembre 1989, pp. 2672-2673 ; Edmonde NAULLEAU, L'accouchement à domicile, *Économie et statistique,* n° 148, 1982, p. 53.

[533] Klim McPHERSON, Variations entre pays de pratiques médicales, in OCDE, Les systèmes de santé : à la recherche d'efficacité, *Études de politique sociale*., n° 7, pp. 17-30.

% des prescriptions d'hypolipémiant, 40 à 50 % des prescriptions d'antiulcéreux.... ne sont pas conformes aux indications, etc.

> "J'ai écrit un article en 1970 dans *Le Monde* qui s'intitulait : «La surconsommation médicale». Je dis exactement la même chose vingt-deux ans après. Différence : il y a vingt-deux ans, j'avais des références exclusivement américaines ; quelques travaux français peu importants. Maintenant, on a, grâce au service médical et aux caisses, des données précises sur les excès, les abus, les fraudes existant dans ce système et qui nous coûtent les yeux de la tête sans aucune utilité pour les assurés sociaux. Cela, on ne l'avait pas avant. Comme le dit Gilles Johanet [directeur de la CNAMTS] : «Avant, on savait ce qui se passait en Caroline du Sud, maintenant on commence à savoir ce qui se passe en Lozère»[534]."

Enfin la non-efficience découle naturellement de toutes les pratiques de soins qu'on peut supposer inefficaces, faute d'avoir fait la preuve de leur efficacité. Or, malgré le prestige et la domination de la recherche 'pure' ou 'fondamentale', s'est développée peu à peu une 'recherche appliquée' visant à contrôler l'utilisation du chèque en blanc donné aux médecins et aux patients par les organismes de protection sociale : selon Cochrane, c'est Austin B. Hill qui met au point la procédure de l'essai contrôlé avec tirage aléatoire des sujets et des témoins, pour tester l'efficacité des traitements à la streptomycine sur les patients atteints de tuberculose pulmonaire (R.C.T. : randomized controlled trial ou essais thérapeutiques contrôlés avec tirage des sujets au hasard). Pour cette pathologie, tous les nouveaux traitements introduits depuis la streptomycine ont également fait l'objet de rigoureuses évaluations : une succession d'essais contrôlés a permis d'expérimenter l'efficacité de chaque nouveau médicament, d'en établir les dosages corrects et, éventuellement, de fonder les combinaisons médicamenteuses adéquates. Cela pourrait servir de modèle pour toutes les thérapeutiques.

En dépit de la formation scientifique qu'ils ont reçue, nombre de médecins n'acceptent pas ce type d'expérimentations en se réfugiant derrière la déontologie ou la morale, invoquées plus d'une fois à contre-sens de ce qui est admis en matière d'expérimentation sur l'homme :

> "Si la règle première est d'éviter le plus possible le risque et la souffrance, la seconde, héritée des essais d'il y a deux siècles - même si la formalisation en phases règlementaires date d'il y a 20 ans - est dans cette forme de prudence qui règle la double progressivité des essais, quant aux doses et au nombre de patients. Mais ce qui provient le plus nettement de cette période et qui est rarement formulé en termes éthiques, mais plus souvent sous forme de règlementation ou législation, c'est le «devoir d'essai», *l'obligation d'avoir essayé sur un groupe limité d'hommes un médicament avant sa mise sur le marché.* La médecine expérimentale de laboratoire joue son rôle sous la

[534] Jackie FONFRIA, Le triple défi. Entretien avec le Professeur Béraud, *Valeurs mutualistes MGEN* , novembre-décembre 1992, p. 14.

forme des «prérequis» exigés avant tout essai sur l'être humain. Quant à l'individualisme clinique, il manifeste une rémanence vigoureuse sous la forme de *l'exigence du consentement libre et informé,* se référant à une situation que l'on considère généralement comme beaucoup plus idéale que réelle dans le cadre de la médecine hospitalière. Enfin la méthode statistique a sécrété ses propres problèmes éthiques. Tirages au sort, traitements en double insu, utilisation, à titre comparatif, de placebos ou de médications notoirement insuffisantes, posent une série de problèmes, à la lettre insolubles et auxquels seuls des compromis éthiques peuvent répondre[535]."

La logique de l'opposition aux essais contrôlés repose sur un modèle argumentatif du type suivant : si on prive la moitié des patients du traitement dont on suppose qu'il est utile alors qu'ils manifestent des pathologies létales, il est immoral de les laisser mourir sans intervenir (il s'agit de l'idée souvent avancée de "perte de chances"). Mais n'est-il pas tout aussi immoral de faire subir à des patients des traitements dont l'efficacité est inconnue ? Il serait beaucoup plus immoral, réplique-t-on, de ne pas proposer au patient cette thérapeutique dont on attend la guérison. C'est sous-entendre qu'on estime le protocole de l'essai moralement inacceptable parce qu'on présuppose d'avance que le résultat sera positif. Autrement dit, un essai contrôlé n'est souhaitable que pour autant que l'opinion médicale admette son principe dans chaque cas déterminé.

"Il sera évidemment très difficile d'avoir, dans un proche avenir, une évaluation précise des unités de soins intensifs [écrivait A.L. Cochrane dans les années 70 à propos des unités de soins intensifs pour accidents coronaires]. Les intérêts en jeu sont considérables et il y a un grand nombre de «biais». L'un de ceux-ci est magnifiquement illustré par cette anecdote qui se situe pendant la période initiale de l'essai contrôlé de Mather. Après quelques mois d'observation, un premier compte rendu mettait en évidence une mortalité légèrement plus élevée à l'hôpital qu'à domicile. Quelqu'un inversa les chiffres et les montra à un enthousiaste des soins intensifs ; celui-ci déclara que l'essai thérapeutique était contraire à l'éthique et devait être stoppé immédiatement. Quand on lui montra le tableau avec les résultats corrects, on ne put toutefois le convaincre de déclarer que les unités de soins intensifs étaient contraire à l'éthique ![536]"

Est-ce à dire que ces propos sont datés et que des progrès irréversibles sont acquis dans ce domaine ? On peut en douter si on se réfère au discours du ministre de la santé, Philippe

---

[535] François-André ISAMBERT (1987), op.cit., pp. 29-30. Cf. aussi Fondation Marangopoulos, *Expérimentation médicale et droits de l'homme,* Paris, PUF, 1988. Un exemple de compromis éthique en matière d'essais contrôlés est rapporté par A.L. Cochrane : "On admet généralement qu'il serait contraire à l'éthique de pratiquer un RCT chez des hommes et des femmes qui présentent une T.A. [tension artérielle] diastolique égale ou supérieure à 120 mmHg" (op.cit., p. 86).

[536] A.L. COCHRANE (1977), op.cit., p. 92.

Douste-Blazy, au CHU de Toulouse où il a exercé des responsabilités médicales[537] : *"Évaluer, c'est une dimension nouvelle et indispensable de la médecine d'aujourd'hui mais elle reste pourtant trop encore une incantation. Je souhaite promouvoir dans les établissements de santé un réflexe d'évaluation... Le budget hospitalier consacrera 100 millions de francs en 1994 pour la recherche clinique. Il s'agit bien sûr de développer, d'organiser les essais thérapeutiques. La médecine française peut et doit jouer un grand rôle dans cette recherche."* Au regard du passé hospitalo-universitaire du ministre, il est peu probable que cette déclaration ait été faite à la légère : on est encore loin de bien connaître les limites internes de la médecine et de son appareil de soins.

Les limites internes de la médecine : rationalité formelle et rationalité en valeur.

Encore faut-il remarquer que les formes principales d'évaluation, associées aux problèmes d'efficacité et d'efficience, ont pour objet l'aboutissement ou le résultat du système de soins ou de certaines composantes du système de santé[538] : l'évaluation des processus est peu développée. L'expertise des conséquences, le plus souvent pratiquée par des économistes ou des épidémiologistes, présuppose souvent le modèle de 'l'homme rationnel' : la finalité ou la valeur qui constitue le but de la mise en œuvre de moyens appropriés relève du formalisme d'une psychologie de convention. L'enjeu est d'arriver à connaître les 'valeurs substantielles' des participants : ainsi, dans une situation 'soignante' déterminée s'opèrent des interactions au cours desquelles les 'ingrédients' employés, leur mode d'utilisation et ce qui en résulte font l'objet d'appréciations et de décisions par les acteurs concernés, qui mettent en œuvre des conventions locales partagées ou différentes selon les types d'acteurs (par exemple, dans un service hospitalier, comment les différentes catégories de médecins, les infirmières, les aides-soignantes jugent-ils de la réussite d'une intervention ?). Ce processus endogène complexe d'appréciations, de jugements et de décisions est remplacé par un modèle 'externe' formel qui détermine a priori les finalités poursuivies[539].

---

[537] Les extraits du discours qui suivent, tenu le vendredi 10 septembre 1993 au CHU de Toulouse, sont rapportés par Jean-Yves NAU, 100 millions de francs devront être consacrés en 1994 aux essais thérapeutiques dans les hôpitaux publics, *Le Monde,* dimanche 12 - lundi 13 septembre 1993.

[538] Le système de santé désigne l'ensemble des éléments du système social qui contribuent à la santé : il inclut le système de soins, tant dans sa composante de diagnostics et traitements que dans son aspect de soins au sens large, mais aussi le secteur de la prévention, le secteur médico-social et social (ce qui fait l'objet de protection sociale) ainsi que ce qui contribue au maintien ou à l'amélioration de la santé.

[539] Nicholas J. FOX, Postmodernism, rationality and the evaluation of health care, *The sociological review,* Vol. 39, n° 4, 1991, pp. 709-744. Cet auteur adopte la position la plus radicale du programme constructionniste : son travail de déconstruction se prolonge *ad infinitum* ou plutôt s'arrête sans que cette interruption puisse être justifiée ou fondée, 'fragment' d'analyse qui ne peut être interprété que par sa déconstruction, en quête des intérêts et des valeurs de l'auteur lui-même (cf. p. 742).

L'enjeu qui se constitue autour du mode de détermination de la rationalité n'est pas seulement méthodologique. Dans son analyse de l'histoire du capitalisme, Max Weber souligne que l'une de ses conditions de possibilité est l'extension de la rationalité formelle qui réfère d'abord à la calculabilité des moyens et des procédures mais aussi qui se traduit par la croissance de la bureaucratie : celle-ci est nécessaire pour construire un État légal qui administre les processus d'échanges et qui produise des procédures légales assurant une égalité formelle entre les participants sur les marchés. De telles rationalisations visant à éliminer les privilèges des uns au détriment des autres pour assurer la 'rationalité' du marché finissent par se constituer en 'monopole', c'est-à-dire aboutissent à déterminer leurs formalisations comme valeurs impératives du système social : le pouvoir de la bureaucratie ne se justifie pas seulement du point de vue de sa rationalité formelle ; il est surtout fondé sur la valeur même du développement de ce type de rationalité (on se met à 'son service' pour la développer).

Si la rationalité formelle et son développement sont la valeur substantielle autour de laquelle se constituent le monde social de la bureaucratie et le pouvoir de ses agents, elles favorisent également les groupes économiquement puissants : la liberté de contrat est l'une des conditions pour que le marché capitaliste soit formellement rationnel, mais, en pratique, une telle disposition, on le sait, n'est pas neutre. Alors que ce dispositif, découlant de la rationalité formelle, garantit à ceux qui sont économiquement avantagés la liberté d'utiliser leurs ressources sans aucune restriction légale à leur pouvoir sur les autres, les groupes économiquement dépendants ont intérêt à organiser mouvements et pressions sociales pour réduire cette rationalité formelle au profit d'une régulation fondée sur leurs propres valeurs (rationalité substantielle). Il apparaît donc que la rationalité formelle (ou adéquation des moyens aux fins poursuivies) et la rationalité substantielle (ou rationalité en valeur) sont antinomiques : pour rendre intelligible les fonctionnements réels et leurs aboutissements, il est nécessaire d'adopter une approche intensive des processus, qui permette d'analyser comment s'opèrent les transactions entre ces deux types de rationalités, - et sur quoi débouchent ces arbitrages plus souvent informels que formels.

La dualité des modes de rationalité est patent dans le système des soins, à toutes sortes de niveaux. D'abord on peut réduire les soins à leurs aspects les plus simples en les décomposant en différentes phases techniques de l'activité médicale : diagnostiquer, prescrire et pronostiquer. Il s'agit bien là d'une rationalité formelle dans la mesure où chaque étape peut faire l'objet d'un organigramme prévoyant les gestes essentiels que l'on peut démultiplier en fonction des informations que chacun d'eux fournit pour enchaîner les suivants, - et où chacun peut faire l'objet d'un calcul au regard de la découverte de la pathologie, de son traitement et de son avenir. C'est la rationalité formelle du 'cure' anglo-saxon qui relève de la notion d'aide techniquement efficace. Du point de vue du patient (et même des cliniciens les moins tournés vers les sciences 'fondamentales', telles que la biologie, la biochimie, la

physique...), les soins ont un spectre plus large dont on peut indiquer la portée à travers des expressions telles que 'prendre soin' ou 's'occuper de'. On passe alors à la rationalité substantielle du 'care', 'caring' ou 'nursing' anglo-saxons qui incluent la proximité relationnelle et le contenu affectif[540]. La tension entre ces deux types de rationalité est au fondement du pouvoir des infirmiers et infirmières à l'hôpital :

> "Le travail infirmier combine (...) le pouvoir de décision et la simple exécution de tâches domestiques, la participation à la gestion et l'application d'opérations routinières et matérielles. (...) Par la continuité de leur présence et par leur expérience, elles suppléent les carences organisationnelles (manque de lits, d'équipements et de moyens, relatif vide administratif en dehors des horaires de bureau sauf sous la forme symbolique du fonctionnaire de garde) ; elles gèrent le temps hospitalier en organisant les échanges de prestations entre services, les rendez-vous entre médecins et patients. Elles adaptent le cadre formel de la réglementation aux situations réelles (...) mélange de travail manuel et intellectuel (...) le métier d'infirmière est un métier d'organisation de relations sociales. Gérer les rencontres, susciter les contacts, mettre en rapport les demandeurs et les offreurs constituent une activité spécifique (...) Cette profession est une profession de mise en scène des relations sociales, une mission d'intermédiaire obligatoire[541]."

C'est encore la rationalité formelle qui est au principe de la Classification internationale des maladies (CIM) qui succède en 1946 à la Nomenclature internationale des causes de décès[542]. Deux critères président à l'organisation de cette liste 'complète, sélective et dénominative' des entités morbides : résultats du diagnostic médical, indépendamment du motif invoqué par le demandeur, les entités sont regroupées d'abord en 17 chapitres correspondant aux subdivisions en spécialités hospitalières des années 50 (quatre chapitres ont été ajoutés par la suite) ; pour donner sa cohérence au système, on décide de procéder non pas en fonction d'une manifestation particulière mais selon l'étiologie des morbidités (c'est la raison pour laquelle toutes les causes iatrogènes éventuelles de décès sont écartées : cf. ci-dessus, § Problématiser les objets de description et de mesure) : la rubrique S.A.I. (Sans autre indication) permet de pallier les limites des connaissances, tout comme le chapitre

---

[540] "L'expression *Care* est ambivalente puisque l'on peut dire avec des connotations très différentes : *care about* ou *care for*. La première formule évoque, par excellence, la protection maternelle, la tendresse, l'amour (*to care about someone* est équivalent à *to like sommeone,* donc aimer quelqu'un) ; dans la seconde expression transparaît la charge, le travail de soin, de soutien." in Frédéric LESEMAN et Claude MARTIN (sous la direction de), *Les personnes âgées. Dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*. Paris, La Documentation française, Coll. Les études, 1993, p. 199.

[541] Jean PÉNEFF, *L'hôpital en urgence,* Paris, Ed. Métailié, 1992, pp. 220-221.

[542] Docteur Oscar ROSSOWSKY, Au fondement du pouvoir médical : la classification des maladies, *Panoramiques,* n° 17, 1994. Nous reprenons dans notre texte une partie de l'argumentation de l'auteur.

“symptômes, signes et états morbides mal définis”. En pratique, cette formalisation s’avère difficile à mettre en œuvre, du moins à certains niveaux. Psychiatres et psychanalystes se tiennent en dehors de l’entreprise : l’Association américaine de psychiatrie a édité une classification séparée des troubles mentaux, se fondant sur des descriptions cliniques sans référence étiologique.

Mais des distorsions avec la CIM existent au sein même de l’hôpital : quand la prise en charge médicale est observée du point de vue de l’évaluation des soins, apparaissent des situations où le diagnostic principal n’est pas fixé alors même que le malade est déclaré sortant : c’est l’arrêt sur une position de pré-diagnostic, par exemple lors d’une perte de connaissance inexpliquée. Pourtant, faute de preuve tangible, on a décidé de ‘faire comme si’ et on a traité en conséquence. Est-ce véritablement une part marginale de l’activité hospitalière ? En tout cas la CIM fait l’objet d’un fort questionnement (implicite) dans la pratique médicale ambulatoire des omnipraticiens.

L’enquête d’Alain Letourmy auprès de médecins généralistes, au milieu des années 70, en France[543], indique que l’état des patients est très largement décrit par des ‘diagnostics multiples’. Les symptômes et états morbides mal définis constituent 15 % des motifs écrits par les médecins mais ils constituent seulement 9 % des motifs qui forment un diagnostic. Autrement dit, les symptômes flous sont souvent des compléments qui apparaissent en seconde, troisième ou quatrième position dans le diagnostic : ils apparaissent en association avec d’autres motifs plus précis dans 71 % des cas. Le constat est clair : les médecins généralistes ‘codent’ la morbidité de leurs clients en juxtaposant des éléments savants et profanes, tirés indifféremment de l’anamnèse des patients et de leur examen clinique. L’auteur l’interprète du double point de vue des contraintes de la relation marchande (s’il ne veut pas perdre son client, le généraliste est obligé de rester au plus près de la demande) et de la prise au sérieux des expressions et attentes du patient (le médecin tente de donner un maximum d’opérativité à son savoir technique en l’harmonisant, sur le plan de l’ordonnance, avec le savoir idiosyncrasique local manifesté). Deux témoignages de médecins sont significatifs de cette double logique :

> “Je soignais une famille pour une otite, j’appelle un otorhino. Quelque temps après, ils ont eu une angine, ils ont appelé l’otorhino directement. Alors, si le médecin de médecine générale ne soigne plus une angine, qu’est-ce qu’il lui reste ?”
>
> “Dans l’exercice de cette profession, celui qui a choisi de la pratiquer, est amené à se comporter non seulement en ‘savant’ (c’est-à-dire celui qui sait ou qui est censé savoir, et qui doit sans relâche entretenir, approfondir et accroître ses connaissances) mais aussi

[543] Alain LETOURMY, Pratique quotidienne et comportements des médecins généralistes libéraux, *Recherches économiques et sociales,* n° 1, 1982.

et surtout un être humain attentif, patient, sachant écouter et parler, courageux aussi et habile (...)[544]."

On a déjà indiqué que l'activité médicale libérale représentait 90 % de l'activité totale dont plus de 60 % est assurée par les omnipraticiens : comment comprendre une aussi vaste 'déviance' à l'égard de ce qui fait autorité dans la profession, la CIM ? C'est bien qu'une rationalité substantielle se substitue partiellement à la rationalité formelle : pour donner une figure à des apparences confuses, la technicité n'est pas suffisante et il revient au médecin d'instaurer une parole qui permet, en accompagnant le traitement, de partager une destinée ou, du moins, de répondre à une demande d'aide non spécifiée.

Un approfondissement de l'analyse de la relation médecin-malade dans un contexte extra-hospitalier fait apparaître une contrainte qui échappe à toute approche mettant en œuvre un modèle de rationalité formelle : pour répondre à la demande ambivalente de soins de la plupart de ses patients (réparation technique et aide non spécifiée), le médecin ne peut pas traiter à part la question de l'aide. L'écoute et la parole ne peuvent pas être substituées à l'examen clinique et au médicament, parce que, pour une grande partie des catégories socio-professionnelles, l'approche psychothérapeutique n'est pas perçue comme relevant d'une technicité aussi radicale que la chimiothérapie : pour cette raison, la réponse à l'aide est nécessairement revêtue de signifiants techniques.

"Médecins et malades s'accorderont donc sur la nécessité d'une réparation. Mais les moyens techniques que le médecin déploiera pour répondre à la demande exprimée de son patient auront une double fonction : celle de résoudre le problème technique posé par le malade mais aussi, d'autre part, de répondre de façon détournée à sa demande d'aide, par le rôle de signe de prise en charge dont on investira les moyens techniques[545]."

Une stratégie médicale aussi complexe a besoin de se nourrir de tout ce qui lui offre les signes de la technicité au moins autant que la technicité elle-même : c'est l'une des fonctions du complexe médico-industriel que de les offrir aux médecins, que ce soit par des machines qui font 'rêver' parce que 'rien' ne leur échappe, ou par des produits et médicaments dont la nouveauté produit l'assurance de la dernière innovation et de la pointe du progrès, ou encore par des prothèses qui permettent une sorte de rajeunissement par la substitution d'un appareillage tout neuf à un vieil organe usé... En matière de produits pharmaceutiques, compte tenu de la position ambivalente de leurs clients, les médecins ne demandent pas

---

[544] Extraits de : Claudine HERZLICH, Martine BUNGENER, Geneviève PAICHELER, Philippe ROUSSIN, Marie-Christine ZUBER, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français. 1930-1980,* Paris Ed. de l'INSERM et Doin, 1993, pp. 178 et 238.

[545] Serge KARSENTY, La production de la santé comme objectif de l'institution médicale, in Colloque international de sociologie médicale, *Santé, médecine et sociologie,* Paris, Ed. du CNRS et INSERM, 1978, p. 81.

seulement des médicaments classiques et sûrs : il leur faut des produits sophistiqués dans leurs effets symptomatiques et souples dans leurs indications. À partir du moment où la fonction non-technique du médicament est aussi importante que sa fonction proprement technique (voire la dépasse), sa performance diminue dès qu'un nouveau produit apparaît parce que la nouveauté devient synonyme d'efficacité : même le médicament le plus efficace techniquement devient obsolète en 'vieillissant'[546].

Comme n'importe quel produit, le médicament relève de la logique de la consommation[547] : les laboratoires pharmaceutiques ont bien compris ce mécanisme de marché en recherchant le plus possible l'innovation pour compenser la destruction des performances signifiantes des anciens médicaments. On s'engage alors dans une spirale absurde : au fur et à mesure que se multiplient les innovations, le nombre de destructions s'accroît ; comme la soif des signes du progrès est toujours inassouvie parce qu'on n'arrive pas à produire suffisamment d'innovations, de 'fausses' nouveautés sont mises sur le marché et obtiennent un beau succès commercial étant donné qu'elles renouvellent la capacité signifiante des produits pharmaceutiques[548]. Cette rationalité substantielle de la signification et du superlatif a pour

---

[546] Un exemple parmi beaucoup d'autres est celui de l'hypochlorite de sodium, largement utlisé pendant les deux guerres mondiales contre les brûlures, totalement abandonné mais réutilisé par la Royal Navy en 1983 pendant la guerre des Falklands. John Bunayan, qui en inventa un dosage et un mode d'utilisation (Bunayan Bag), écrit en 1979 : "L'utilisation de l'hypochlorite passa de mode avec l'arrivée des antibiotiques et c'est seulement au cours des dernières années que les chirurgiens se sont rendus compte que les antibiotiques ne résolvaient pas tous les problèmes des brûlures (...) Certains antiseptiques modernes fort répandus se sont révélés toxiques et peu efficaces." Cité par Jean GIMPEL, *La fin de l'avenir. Le déclin technologique et la crise de l'Occident,* Paris, Ed. du Seuil, 1992, p. 145.

[547] Cela ne signifie pas que les médicaments sont des produits de consommation comme les autres : la plupart d'entre eux a une toxicité potentielle et leur coût est pris en charge par la collectivité.

[548] "L'étude de la date de découverte des principes actifs contenus dans les spécialités pharmaceutiques rend compte de la durée de vie extrêmement longue des thérapeutiques, contrairement à ce que l'on observe si l'on ne retient que la date de commercialisation des spécialités (...) mais il faut faire prendre conscience qu'entre la date de la découverte d'un principe actif et la date de commercialisation d'un médicament, se situe une période de recherches visant à mieux connaître le principe actif et à rendre son administration au malade fiable et facile (... dont la) recherche au niveau de la fabrication pour aboutir à une nouvelle présentation ou à une nouvelle voie d'administration rendant le médicament plus actif ou plus confortable pour le malade." Cf. Nicole CHATELET- COLLIGNON, Thérèse LECOMTE et Henri PÉQUIGNOT, Comparaison de la date de commercialisation des médicaments et de la date de découverte des principes actifs, *Consommation,* n° 2, 1978, pp. 69-70. Le débat actuel sur le développement des médicaments «génériques» (après 17 ans le brevet d'un médicament est échu et peut être produit par n'importe quel laboratoire, ce qui abaisse son prix) témoigne de ce que son enjeu est placé strictement sur le plan économique (risque d'handicaper l'industrie pharmaceutique nationale face à la concurrence étrangère) et juridique (le droit du médecin à prescrire le médicament de son choix, à efficacité égale). Cf. Jean-Michel LENORMAND, Les laboratoires pharmaceutiques redoutent le développement des médicaments «génériques», *Le Monde,* 12 juillet 1994.

effet une contre-productivité du système de soins : veut-on maintenir au mieux des résultats constants ? il est nécessaire tout à la fois de produire et de détruire toujours plus de la technicité soignante et signifiante. Mais suffit-il d'une pieuse dénonciation de la «médicomanie» des populations du monde occidental[549] ?

Encore faudrait-il savoir comment est socialement produite la dite «médicomanie», à moins de présupposer qu'elle est une substance naturelle inhérente à notre civilisation ! Habituellement on considère qu'elle est la conséquence d'un 'excès' de médicalisation, excès lui-même rattaché à la densité et à la pression de l'offre médicale : en France, dès les années 70, Alain Letourmy et François Gibert montrent que le niveau de consommation médicale est parfaitement expliqué par la densité médicale (sa variation a des effets sensibles sur ce type de consommation)[550]. On s'arrêterait pourtant en chemin si on en restait à ce mécanisme : il ne faut pas oublier que les médecins sont des intermédiaires entre les patients et le complexe médico-industriel. Or, il est clair que celui-ci fonctionne d'abord selon une rationalité formelle, économique et financière : les affaires du sumatriptan[551] (nouvel antimigraineux présenté comme révolutionnaire par la multinationale Glaxo au début des années 90), du prozac[552] (nouvel antidépresseur dont la promotion publicitaire de la multinationale productrice Eli Lilly a suscité bien des polémiques), de l'AZT[553] (la fondation Welcome refuse de reconnaître les résultats de l'évaluation conduite par l'Agence française de recherche sur le sida et le Medical Research Council britannique), et d'autres moins connues

---

[549] De ce point de vue les 'réflexions sur l'avenir du médicament' de Claude Le Pen pour le rapport au Commissariat au Plan relèvent totalement d'un modèle de rationalité formelle : à aucun moment la fonction symbolique du médicament n'est prise en compte et par voie de conséquence l'industrie pharmaceutique n'est pas située comme jouant sur et avec cette fonction. Cf. Claude LE PEN, Médicament et industrie pharmaceutique. Réflexions sur l'avenir, in Commissariat Général du Plan, Groupe présidé par Raymond SOUBIE, *Santé 2010. Santé, maladies et technologies. Travaux d'Ateliers,* Paris, La documentation française, 1993, pp. 349-355.

[550] Alain LETOURMY et François GIBERT, *Santé, environnement et consommations médicales ; un modèle et son estimation à partir des données de mortalité,* Paris, Rapport CEREBE, 1974. Dans un travail plus récent Jean-Marie BENECH (et alii) distingue un effet d'induction et un effet de coloration : le premier est le mécanisme qui suscite l'augmentation de la demande ; l'effet de coloration affecte moins le volume de consommation qu'il ne polarise ou informe l'activité médicale (par exemple, du fait de la présence forte de certaines spécialités dans certains secteurs géographiques une plus grande attention s'opère sur une pathologie ou groupes de pathologies). Cf. Jean-Marie BENECH, Pascale BOURRET, Charles CHANUT, Pierre HUARD, *Connaissance de la morbidité et structuration du corps médical. Une approche de l'utilisation des classifications,* Aix-en-Provence, Rapport du LEST-CNRS pour la MIRE, avril 1988.

[551] Jean-Yves NAU, L'affaire exemplaire du sumatriptan, - et Franck NOUCHI, Un dossier épineux, *Le Monde,* 31 mars 1993.

[552] Jean-Yves NAU, La trop belle histoire du prosac, *Le Monde,* 4 mai 1994.

[553] Franck NOUCHI, L'AZT n'aurait pas d'effets bénéfiques sur les personnes séropositives, *Le Monde,* 3 avril 1993. La suite de la polémique est rapportée dans le même journal aux dates suivantes : 10 avril 1993, 11-12 avril 1993, 9 avril 1994 (résultats définitifs de l'essai thérapeutique franco-britannique qui confirment les premiers résultats).

du public, témoignent de cette confrontation d'intérêts financiers particuliers et des enjeux de santé publique, irréductibles à des problèmes économiques. Firmes pharmaceutiques et d'appareillages médicaux mettent en œuvre des stratégies puissantes de commercialisation de leurs derniers produits par la pression publicitaire et médiatique ainsi que par la 'suractivation' des réseaux de visiteurs médicaux : l'un des enjeux est la transparence des procédures d'autorisation publique, telle l'AMM (Autorisation de mise sur le marché des médicaments).

À propos de l'antidépresseur prozac, le docteur Gérard, qui se présente comme ayant participé aux recherches sur l'upstène (ancêtre du prozac), écrit :

> "Accepter que le médicament, en plus de son rôle traditionnel, puisse dans certains cas fonctionner comme régulateur social est un problème sociopolitique et pas seulement médical. Le médecin est au service du patient avant d'être à celui de la société, mais quand une société est malade, les deux rôles sont trop vite confondus et jusqu'où alors le médicament doit-il accompagner ? Dans quelle mesure les technosciences, dans nos sociétés post-industrielles, sont-elles aujourd'hui au service de la civilisation[554] ?"

Ce type de questionnement, quelle que soit par ailleurs son approximation sociologique, a trait à la légitimité de certaines formes de médicalisation qui sont mises en œuvre au point de convergence d'intérêts financiers privés manifestes et de demandes qui sont la conséquence de 'nuisances' produites par des mécanismes sociaux : quand la médicalisation procède de ce genre de transfert, elle limite sans doute les effets de ces 'nuisances', - mais, faute d'actions politiques de transformation, les mécanismes sociaux impliqués perdurent. Dans ce type de situations, le recours à la médicalisation a un effet idéologique de légitimation de l'existant , alors que, dans d'autres types de situations (par exemple, celles où des mouvements sociaux sont engagés, - mais ce n'est pas exclusif d'autres situations), la médicalisation consiste en un apport de savoir médical permettant de déceler les mécanismes en cause et de les combattre à un autre niveau que médicamenteux.

Ainsi, médicaliser un trouble, c'est-à-dire requérir la compétence d'un médecin pour en préciser la nature et le traiter, pose toutes sortes de problèmes : quelle est la nature du trouble ? relève-t-il exclusivement de la médecine et à quel niveau d'intervention ? Son étiquetage est-il susceptible de varier selon les spécialités médicales et/ou selon les caractéristiques de l'agent qui manifeste le trouble ? Il suffit de se référer à la médicalisation de l'échec scolaire pour prendre la mesure de la pertinence de ces questions[555]. Dès lors on comprend que les formes de médicalisation fassent l'objet de luttes sociales, implicites ou explicites, publiques ou latentes. L'enjeu de ces luttes est de faire reconnaître des valeurs ou des avantages dont certains acteurs collectifs sont les porteurs : la rentabilité d'une action de soins n'est pas

---

[554] Cité par Jean-Yves NAU (4 mai 1994), op. cit.

[555] Jean-Claude GUYOT, *L'échec scolaire, ça se soigne,* Toulouse, Ed. Privat, Coll. Mésopé, 1985.

forcément la même quand on la considère du point de vue de l'industrie pharmaceutique ou de la Sécurité sociale, de celui de la médecine libérale ou des patients vivant en situation défavorisée[556].

Il ne faudrait pas croire que le lieu privilégié des dérapages de la rationalité formelle (ou des aspects qui l'infléchissent ou la contredisent) soit la consommation médicale ambulatoire : si la croissance des dépenses hospitalières a été stoppée dans le cadre de l'hôpital public, en France, par l'instauration du budget global, elle a été longtemps très importante, du fait de l'augmentation rapide d'actes d'investigation à des fins de diagnostic et de surveillance ; le nombre moyen d'examens par patients ne cessait d'augmenter en même temps que leur sophistication et leur coût unitaire. L'analyse des processus sous-jacents à ce phénomène permet de comprendre que la finalité affichée d'efficacité se dérobe en partie : le mécanisme de course à la nouveauté, semblable à celui de la consommation pharmaceutique ambulatoire, est aussi à l'œuvre.

Chaque service hospitalier (ou leur regroupement en département) est un groupe hiérarchisé, tant du point de l'enseignement que du travail (même dans les hôpitaux généraux non-universitaires on peut observer la présence de processus éducatifs vis-à-vis des plus jeunes) : le maître par excellence est le chef de service et, après lui, chacun est le maître de celui qui est son inférieur. Dans ce contexte le traitement thérapeutique est censé dépendre très étroitement de la finesse du diagnostic, et celui-ci est affiché comme relevant de la connaissance scientifique : il peut faire l'objet de démonstrations et de vérifications (l'action thérapeutique est plus souvent considérée comme relevant d'un savoir pratique dont la sanction nécessite une plus longue durée).

Du coup c'est la compétence diagnostique qui est hiérarchisée : aux échelons inférieurs, on sait que le diagnostic porté est amené à être dépassé ou contesté, de sorte qu'on vise moins à trouver le diagnostic juste qu'à participer à l'élaboration du diagnostic le plus précis par l'interrogatoire du malade, l'examen clinique et les examens complémentaires. Les deux premiers moyens présentent le désavantage de ne pas permettre de maximiser la participation au diagnostic : l'anamnèse peut mettre sur de fausses pistes et l'observation clinique suppose de l'expérience et de la sagacité. Les examens complémentaires ont l'avantage de toujours faire avancer en permettant des interprétations croisées qui s'enrichissent et se raffinent :

> "On voit donc que la prescription d'investigations complémentaires a un rôle non-technique très important : elle signe la participation de l'acteur concerné à un processus de recherche du diagnostic juste sans jamais lui faire craindre d'être désavoué. Du même coup, selon la nature des examens prescrits et le degré de finesse des interprétations qu'on en donne, elle signe la classe d'appartenance du médecin au sein de la hiérarchie médicale. Plus la recherche de satisfaction psychologique est importante

[556] Jean-Paul MOATTI, L'économie de la santé à la croisée des chemins, *Les cahiers du LERASS,* n° 22, 1991, en particulier pp. 38-39.

dans le processus qui conduit à prescrire les examens complémentaires, plus ces derniers seront soumis à un processus d'obsolescence (...) C'est qu'au cours du temps, l'aptitude des uns et des autres à utiliser de façon techniquement efficace les outils d'investigation de leur supérieur s'accroît inévitablement. Et si pour l'ensemble de l'équipe médicale le rôle de signe de participation au diagnostic juste reste valable, l'aptitude de tous à interpréter les résultats d'examens met en lumière leur rôle technique limité et abolit la fonction de signe d'appartenance à une certaine classe de la hiérarchie médicale. C'est la nouveauté des examens et la complexité croissante de leur mise en œuvre qui vient alors éviter ce danger[557]."

La course à l'innovation en matière de moyens diagnostiques ne peut pas être freinée par le chef de service car il y va de sa notoriété et de la réputation de son service : dans la concurrence pour la meilleure place dans la hiérarchie universitaire, il n'est pas possible de prendre le risque de se laisser distancer. Une telle logique de différenciation signifiante aboutit-elle à une plus grande efficacité technique (entendue selon l'affichage même des médecins : aboutir au diagnostic le plus fin) ? Dans un certain nombre de cas, il est clair que les médecins y gagnent en connaissance sans que cela entraîne une amélioration du traitement. Mais cette amélioration de la connaissance ne peut être assimilée à un progrès de recherche parce que, faute de moyens, elle n'est pas visibilisée, divulguée, 'universalisée'. Plus généralement, la multiplicité des tâches des médecins sature leur temps à un tel point qu'ils en manquent pour approfondir l'interprétation des informations fournies par l'ensemble des examens : le clinique reprend le dessus sur le para-clinique qui est réduit à la fonction de confirmation du diagnostic.

Les limites externes de la médecine.

Quels que soient les modes d'exercice de la médecine, toutes sortes de rationalités substantielles se greffent sur la rationalité informelle : les significations des techniques employées (au sens large) s'avèrent au moins aussi importantes que les technologies elles-mêmes et l'efficacité affichée est souvent contrebalancée par la quête d'autres efficacités implicites. Ce faisant, nous sommes restés dans le cadre du système de soins et des limites internes à l'activité médicale. Quelles que soient ces limites, peut-on en évaluer l'impact global ? Dans quelle mesure l'activité médicale contribue à améliorer la situation de la santé publique ? Parce que la santé publique est d'abord un enjeu social et collectif, il importe de déterminer les moyens qui peuvent la favoriser et, si possible, de les hiérarchiser pour déterminer des priorités dans le domaine des politiques de santé.

Plusieurs tentatives ont été faites pour apprécier le rôle de la médecine et de ses appareils de production de soins dans le développement de la santé, pour cerner les conséquences de la

[557] Serge KARSENTY (1978), op. cit., pp. 86-87.

médicalisation dans l'amélioration du bien être collectif[558]. Le plus souvent ces tentatives consistent à examiner la relation entre des indicateurs relatifs à la santé (mortalité, morbidité et incapacités, certains facteurs de risques tels que le poids à la naissance ou le niveau de tension artérielle) et indicateurs d'activité du système de soins (dépenses, offre et recours aux soins, introduction de nouveaux médicaments ou de nouvelles techniques, généralisation de mesures thérapeutiques ou prophylactiques) et plus généralement du système de santé (mise en place de programmes socio-sanitaires). Quels résultats ont été obtenus jusqu'à présent ?

En examinant la part de la baisse de mortalité survenue après l'introduction ou la généralisation de mesures médicales spécifiques, on peut montrer, pour de nombreuses maladies infectieuses, que la part de l'activité médicale est relativement faible : en général ce sont les transformations des conditions socio-économiques et des modes de vie qui expliquent le mieux les améliorations observées. Ainsi l'introduction et la généralisation des antibiotiques à la fin des années 40 et au début des années 50 constituent un événement d'une portée historique significative : il ne fait pas de doute que ces médicaments, s'ils sont correctement utilisés, mettent fin aux maladies infectieuses. Peut-on dire pour autant que la chute de la mortalité due à cette sorte de pathologies soit un effet de leur emploi ? Si on examine les courbes de mortalité par causes de décès depuis le début du siècle, il apparaît que le déclin de la mortalité due aux maladies infectieuses a commencé très tôt, bien avant la découverte du premier antibiotique : la pénicilline ; quand les premiers traitements efficaces contre la tuberculose pulmonaire se répandent à partir de 1947, le taux de mortalité due à cette maladie (la principale maladie infectieuse chez les jeunes adultes) est déjà faible. En outre l'utilisation élargie, et peut-être abusive, des antibiotiques a induit une résistance bactérienne importante, de sorte que certains agents infectieux que la pénicilline éliminait facilement il y a encore 30 ans lui résistent complètement aujourd'hui, et qu'il est nécessaire de produire des antibiotiques toujours plus puissants. Le développement des infections nosocomiales (même s'il a été enrayé, il continue de faire l'objet d'une surveillance très stricte) est significatif de ce processus. Pour L.A. Sagan, si les antibiotiques ont des effets heureusement bénéfiques sur des individus en des circonstances déterminées, il est peu probable qu'ils contribuent significativement à l'allongement de l'espérance de vie d'une population dans son ensemble.

L'immunisation provoquée par la vaccination ne joue-t-elle pas au contraire un rôle déterminant ? Il ne fait aucun doute que le développement de la vaccination contre la variole

---

[558] Thomas McKEOWN, *The role of medicine : dream, mirage or nemesis ?* London, Nuffield Provincial Hospital Trust, 1976 ; L.A. SAGAN, *The health of nations,* New-York, Basic Book, 1987, § Ch. 4 Medical care : its influence on life expextancy, pp. 57-84 ; E. JOUGLA, M. GOLDBERG, F. HATTON, avec la collaboration de N. KLEIN et A. LETOULEC, Relation entre l'évolution de l'état de santé et l'activité du système de santé dans les pays développés, *Revue d'épidémiologie et de santé publique,* Vol 36, n° 6, 1988, 22 p. ; John B. McKINLAY, Sonja M. McKINLAY and Robert BEAGLEHOLE, A review of evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States, *International Journal of Health Services,* Vol. 19, n° 2, 1989, pp. 181-208.

constitue l'un des chapitres le plus glorieux de l'histoire de la médecine. Pourtant des historiens s'interrogent sur son impact dans le déclin de la mortalité par variole : s'il n'y a pas l'ombre d'une incertitude quant à l'effet positif de ce type de vaccination correctement appliquée, toute la question est de savoir dans quelle mesure les programmes de vaccination ont été administrés dans des conditions pertinentes. Le fait que les taux de mortalité par variole commencent leur déclin au moment même où commence l'introduction de cette vaccination, en Europe, produit de l'incertitude : les deux phénomènes sont-ils seulement concommittants ou bien le second est-il la cause du premier ? L'autre étrangeté vient de ce que la mortalité par les autres maladies infectieuses (en particulier la typhoïde et la tuberculose) commence sa baisse à la même époque : il est biologiquement évident que la vaccination antivariolique ne peut pas avoir d'effet sur les autres maladies infectieuses contre lesquelles on n'avait pas encore découvert le vaccin approprié.

Si l'on considère les dix principales maladies infectieuses exception faite de la variole, c'est-à-dire la typhoïde, la scarlatine, la rougeole, la coqueluche, la diphtérie, les infections grippales, la tuberculose, les infections digestives aiguës et la poliomyélite, les mesures médicales efficaces ont été introduites quand la mortalité qu'elles provoquaient était déjà faible. La seule exception concerne la poliomyélite : la vaccination à son encontre a produit un changement notable dans la tendance de la mortalité dont elle était la cause. Selon les McKinlay et Beaglehole,

> "3,5 % représente l'estimation maximale raisonnable de la contribution totale des mesures médicales au déclin de la mortalité par maladies infectieuses aux États-Unis, depuis 1900[559]."

Baisse de la mortalité par coqueluche, rougeole, tuberculose et introduction de leur vaccin respectif.

[559] John B. McKINLAY, Sonja M. McKINLAY and Robert BEAGLEHOLE (1989), op.cit., p. 184.

Source : Sagan L.A. (1987), d'après McKeown (1976).

Une autre raison alimente l'incertitude en la matière : au cours de notre balayage des modes d'intelligibilité de la différenciation sociale des états de santé, nous avons montré que la résistance générale à la maladie avait beaucoup d'importance dans le déclin de la mortalité ; s'il en est ainsi, l'éradication d'un agent infectieux laisse la place à d'autres agents tout aussi virulents, présents dans l'environnement, tant qu'une résistance spécifique ne s'accompagne pas d'une élévation de la résistance générale. Pour soutenir cette interprétation, on peut se référer à deux situations typiques. La première est celle de la paroisse berlinoise de Dohrotheenstadt, au début du XIXème siècle : dès que l'on a appliqué la vaccination

antivariolique, la chute de la mortalité par variole a été soudaine et rapide parmi les enfants, mais le taux global de mortalité infantile a peu varié car ils décédaient davantage de gastroentérites intestinales et d'autres maladies infectieuses. Seconde situation : les campagnes de vaccination 'réussies' dans les pays en développement. On observe le même phénomène qu'à Berlin au siècle passé : une maladie infectieuse est remplacée par d'autres parce qu'une vaccination spécifique (ou un petit nombre de vaccinations groupées) ne changent pas 'l'immunité globale' des populations.

Cela ne veut pas dire que les vaccinations soient inutiles. On peut trouver toutes sortes de traces documentaires dans les archives écrites ou par l'interrogation orale des vieilles générations qui témoignent de l'anxiété de certains parents en particulier à l'époque où les vaccins n'existaient pas. Philippe Ariès a montré la diffusion de la valorisation progressive de l'enfant au cours de l'époque moderne : avant la découverte des vaccins successifs (et des antibiotiques), on avait beau multiplier les précautions et les soins, l'avenir des enfants nés vivants portait largement la marque de l'incertitude. Nul doute que l'efficacité de ces techniques a apporté du soulagement dans les populations et que cela a contribué à élever leur résistance générale. On peut constater une fois encore combien l'efficacité technique peut être supplantée par la force symbolique des significations qui leur sont attachées.

La mortalité par maladies infectieuses a été largement compensée, comme on l'a montré, par les décès provoqués par les maladies dégénératives, en particulier les cardiopathies, les cancers et les pathologies cérébro-vasculaires. Peut-on dire que les améliorations récentes de la mortalité dues à telle ou telle pathologie relevant de ces types de causes soient attribuables à l'activité médicale ? Les pathologies des artères coronariennes constituent l'une des principales cardiopathies létales. Au cours de ces trente dernières années, les gains de vie ont été surtout obtenus par la réduction de l'incidence de ces pathologies. On sait que l'hypertension est un facteur de risque très important : peut-on dire que la réduction de l'incidence est due à l'amélioration du contrôle médical de l'hypertension ? Diverses études montrent qu'il n'existe pas de corrélation entre les deux variables. La plus célèbre, celle dite de "Mr. Fit" (Multiple Risk Factor Intervention Trial), qui porte sur un échantillon de 12 866 hommes âgés de 35 à 57 ans, compare deux groupes, l'un qui poursuit sa vie quotidienne routinière et son recours habituel aux médecins privés, - et l'autre qui est soumis à un programme éducatif de prévention visant à réduire le tabagisme, à changer les comportements alimentaires et à se faire contrôler régulièrement la tension artérielle (et en la traitant en cas d'hypertension) ; bien que le programme de prévention ait été un succès, la comparaison du taux de mortalité entre les deux groupes, après un laps de temps important, révéla qu'il n'y avait pas d'écart significatif : les tentatives d'interprétation visant à supposer l'intervention de variables incontrôlées ont été contestées au point que l'un des analystes conclut que la meilleure explication est que le bénéfice préventif supposé n'existe pas. Par ailleurs, le début du déclin de la mortalité par accident cérébro-vasculaire (pathologie elle aussi très fortement

liée à l'hypertension artérielle) se situe dans les années 30, c'est-à-dire au moment où les traitements efficaces de l'hypertension n'étaient pas connus.

Faute de pouvoir montrer un bénéfice tangible de la prévention médicale en matière d'hypertension (il existe des résultats équivalents pour l'hypercholestérolémie), existe-t-il la preuve que les traitements de patients qui ont eu une 'première alerte cardiaque' améliorent leur survie ? Ont été développées des unités de soins coronaires en fonction du constat que les décès qui suivaient le moment de l'infarctus étaient dus à l'irritabilité du muscle cardiaque et de sa propension dangereuse à l'arythmie : une surveillance minutieuse post-infarctus permet d'intervenir rapidement si l'on constate la survenue d'un rythme anormal. Malgré la rationalité d'une telle stratégie, il n'a pas été possible de montrer qu'elle était plus efficace qu'un traitement par des moyens conventionnels, du moins en termes de survie. Là encore les effets significatifs de réassurance des patients ne sont peut-être pas négligeables, bien que des cardiologues aient noté que l'environnement technique dans les services de soins intensifs de l'hôpital pouvaient produire une augmentation de l'anxiété provoquant cette complication post-infarctus : dans quelle mesure les bénéfices psychologiques l'emportent sur les coûts de même nature ? Il est probable que la balance penche d'un côté ou de l'autre, selon les caractéristiques socio-culturelles des patients et leur capacité à donner un sens positif à leur situation, - mais aussi selon le mode de gestion des supervisions électrotechniques opéré par les personnels soignants de ce type de centres de soins.

Qu'en est-il du pontage coronarien ? Il a été d'abord pratiqué pour soulager la souffrance provenant du rétrécissement des artères coronaires (ce que l'on appelle angine de poitrine) et l'on a remarqué que cette procédure pouvait prolonger la vie dans un certain nombre de cas : son indication s'est rapidement élargie du thérapeutique au préventif, c'est-à-dire que le pontage coronarien a été proposé aux patients qui ont souffert d'une occlusion coronarienne avec l'espoir d'empêcher sa récurrence (du moins jusqu'à ce que de nouveaux traitements, du type angioplastie, aient été mis au point). Au milieu des années 80, aucune preuve décisive de l'efficacité du pontage coronarien pour un but préventif n'avait été apportée[560]. Par contre, un essai terminé en octobre 1981 fournit la preuve sans équivoque d'un bénéfice réel apporté par l'utilisation d'agents bêta-bloquants pour les patients en situation de post-infarctus du myocarde. Mais globalement il est peu vraisemblable que l'activité médicale à l'encontre des cardiopathies ait un impact très important sur la mortalité causée par ce type de pathologies, parce que les taux de mortalité sont insensibles aux améliorations qui concernent seulement de petits sous-ensembles de population, tels les patients en situation de post-infarctus.

---

[560] "Le 'Veterans Administration Coronary Bypass Surgery Trial' démontre qu'il n'existe aucune différence de survie entre traitement chirurgical et médical après onze années de suivi, sauf pour les patients à haut risque de décès." Référence est faite à un texte publié en 1984 dans le *New England Journal of Medicine* ; la citation est de John McKINLAY, Sonja M. McKINLAY and Robert BEAGLEHOLE (1989), op.cit., p. 190.

Qu'en est-il des traitements des cancers ? On a déjà montré que les taux de mortalité pour toutes les formes de cancer, depuis la seconde guerre mondiale, indiquent plutôt une légère croissance. Soulignons que ces taux sont standardisés : la tendance ne peut pas être interprétée comme effet de l'allongement de la vie. La nuance à apporter vient de la différence selon les sexes : la tendance est à la hausse pour les hommes et à la baisse pour les femmes. Cet écart entre les sexes est largement expliqué par l'accroissement des cancers du poumon. Il n'y a guère que les cancers de l'estomac et, dans une moindre mesure, les cancers du colon/rectum, qui présentent une tendance à la baisse. Par contre, malgré les campagnes pour la détection précoce du cancer du sein, la mortalité qui lui est liée n'arrive pas à être réduite. Le passage de la mastectomie (enlèvement chirurgical du sein et des tissus sous-jacents et adjacents) à la lumpectomie (procédure moins mutilante, centrée sur le sein voire sur la seule masse cancéreuse) améliore le vécu des patientes sans affecter leurs chances de rémission malgré les radiothérapies et/ou chimiothérapies conjointes. Plus largement finit par s'imposer l'évidence que la limitation des interventions chirurgicales est meilleure que leur extension, en particulier quand elles effectuent des amputations, psychologiquement et socialement désastreuses. Peut-on attribuer l'augmentation de la survie à cette sorte d'amélioration ainsi qu'à celles des traitements radiothérapeutiques et chimiothérapeutiques ? Bien que les médecins le soutiennent et que le public le croit, un certain nombre de chercheurs mettent en doute une telle assertion : il se pourrait que l'allongement de la survie ne soit pas due à l'efficacité thérapeutique mais à une amélioration des techniques diagnostiques et de la surveillance médicale qui permettent une détection plus précoce.

Doit-on pour autant conclure que ces traitements sont inutiles et que leurs coûts économiques sont injustifiés ? D'une part certains traitements pour des formes rares de cancer (cancer des testicules chez des jeunes adultes, certains types de leucémies chez les enfants, etc.) aboutissent à des succès, d'ailleurs fortement visibilisés et 'généralisés'. D'un autre côté, les patients désespérés recherchent et attendent une thérapie : pour eux, aussi bien que pour les médecins, la moindre chance de réussite est préférable à une attente de la mort sans rien tenter. L'enjeu est ici, comme dans tous les cas de pathologies létales, l'attachement à la valeur d'espoir et son entretien : chaque fois que les technologies médicales sont des demi-mesures *(half-way technology* selon Lewis Thomas) faute de connaissances décisives, leur fonction symbolique est au moins aussi importante que leur fonction technique.

Tenter de saisir l'impact de la médecine et de ses diverses activités en fonction de sa contribution au déclin de la mortalité est un objectif dont la pertinence est taraudée par plusieurs limites. D'abord les mesures de mortalité, on l'a vu, sont des construits sociaux qui n'échappent pas à des présupposés et des erreurs. L'artifice le plus gênant, de ce point de vue, est celui qui résulte de l'évolution qui s'est opérée dans la certification des décès, souvent en liaison avec les changements de codifications (révisions de la Nomenclature des décès, puis de la CIM). Faut-il pour autant abandonner ce type de recherches ? Il est assez étonnant de

constater que les données de mortalité sont utilisées sans problème, c'est-à-dire sans que l'on évoque leurs limites, quand elles permettent de légitimer l'expansion d'une technologie médicale de pointe, alors qu'elles deviennent sujettes à caution dès que des chercheurs les emploient pour soutenir des thèses opposées ! À vrai dire il n'y a rien de surprenant si l'on se réfère plus généralement à l'histoire des sciences dont les travaux ont permis de mettre au jour un certain nombre de stratégies qu'emploient les scientifiques pour mettre en doute des résultats qui ne correspondent pas aux attentes de la 'science normale' :

> "1. refus pur et simple. 2. scepticisme sur l'origine de la donnée. 3. imputation d'une arrière-pensée à cette origine. 4. isolement de la donnée de son contexte. 5. affaiblissement de l'importance de la donnée. 6. interprétation de la donnée favorable à son propre propos. 7. mauvaise compréhension de la donnée. 8. négligence ou simple oubli de la donnée. Bertrand Russel faisait la remarque suivante : «Même un article scientifique compétent sur les effets de l'alcool sur le système nerveux permettra généralement de savoir, grâce à des arguments internes, si l'auteur est sobre ou non ; dans chaque cas, il a tendance à considérer les faits dans un sens qui justifie sa propre attitude»[561]."

On peut voir à l'œuvre ce type de stratégies dans de récentes analyses en termes de 'décès évitables'[562]. Ce concept est utilisé comme révélateur d'un mauvais fonctionnement du système de soins parce que l'on considère qu'en l'état actuel des connaissances et des technologies médicales ainsi que des conditions d'accès aux soins, on ne devrait plus mourir de certaines pathologies. Bien que les recherches, tant françaises qu'européennes, concluent à une faible influence du système de soins, on peut observer une remise en cause de ces résultats, soit par un questionnement du mode de sélection des pathologies conduisant à un décès évitable, soit parce que l'on suppose l'existence d'un "manque de sensibilité" des indicateurs utilisés : qu'il n'y ait pas les corrélations attendues entre indicateurs du système de soins et indicateurs de mortalité paraît difficilement admissible par certains professionnels de la santé !

Force est de reconnaître tout de même que la comparaison de la mortalité des hommes et des femmes indique une surmortalité masculine : si une part de celle-ci est due aux accidents, en particulier parmi les jeunes et au début de la vie adulte, et de façon générale à une culture virile plus dangereuse pour la santé, on a montré aussi que les femmes avaient recours aux soins médicaux plus tôt et davantage que leurs homologues masculins ; il n'est pas invraisemblable, même si cela reste à démontrer, que ces recours, alors même qu'ils sont le

---

[561] Petr SKRABANEK, James McCORMICK, *Idées folles, idées fausses en médecine,* Paris, Ed. Odile Jacob, Coll. Médecine, 1992, pp. 74-75.

[562] Une synthèse des recherches, avec leurs références, est proposée dans la fiche n° 2 (intitulée 'Les états de santé et le système de soins') du rapport pour le Commissariat Général du Plan, sous la direction de Raymond SOUBIE, *Santé 2010. Santé, maladies et technologies. Travaux d'Ateliers,* Paris, La documentation française, 1993, pp. 43-61.

plus souvent curatifs, participent d'une surveillance et d'une prévention qui contribuent à accroître la résistance générale. Soulignons également qu'entre les premières années de la vie et la quarantaine, le combat des services de soins est moins dirigé contre la mort que pour le soulagement de souffrances, de troubles, d'indispositions et d'incapacités temporaires : les salles d'attente des généralistes qui drainent, rappelons-le, près des 2/3 des patients, sont surtout remplis de gens qui ont ce type de problèmes. Autant d'arguments qui plaident pour ne pas se contenter des mesures de mortalité dans l'évaluation de l'impact du système de soins sur la santé publique, quand bien même elles fournissent de précieuses indications : tenir compte de la morbidité et des incapacités paraît indispensable.

On a montré que la morbidité déclarée est en croissance, si l'on se réfère aux enquêtes décennales de l'INSEE et, pour les États-Unis, aux "National Health Surveys" annuelles. À première vue, on peut parler d'une dégradation de l'état de santé des populations occidentales : globalement, l'évolution de la morbidité serait inverse de celle de la mortalité. Pareille divergence a conduit des chercheurs (en particulier Sullivan) à élaborer un nouvel indice qui agrège les deux informations : l'espérance de vie sans incapacité[563]. Sur des données américaines de 1966 à 1976, Alain Colvez montre qu'en 20 ans l'espérance de vie s'est accrue de 2,7 années alors que l'espérance de vie sans incapacité a baissé de 0,5 année. Plus récemment, en comparant les données issues des enquêtes décennales 1980 et 1991 de l'INSEE, Jean-Marie Robine et Pierre Mormiche arrivent aux résultats suivants : tandis que l'espérance de vie totale a augmenté de 2,5 ans pour les deux sexes en 10 ans, l'espérance de vie sans incapacité s'est accrue de 3 ans pour les hommes et de 2,6 années pour les femmes[564]. Si l'évolution est plutôt favorable ces dernières dix années, peut-on dire pour autant que cette légère amélioration justifie une médicalisation de plus en plus dispendieuse, économiquement parlant ? Encore faudrait-il s'assurer de ce qui est à l'origine de de cette évolution. Deux interprétations sont en effet possibles :

> "Tout d'abord, y a-t-il un recul de l'âge de survenue des maladies ou traumatismes incapacitants (...) ? Ensuite, leur existence s'accompagne-t-elle moins souvent d'une perte de capacité fonctionnelle ? La première hypothèse serait imputable pour l'essentiel à une amélioration des conditions d'existence - gestion des risques de santé comprise. Si elle était vérifiée, elle contribuerait à démentir la crainte souvent avancée que l'amoindrissement du processus de sélection "naturelle" accroisse la proportion de

[563] Le principe de construction de l'espérance de vie sans incapacité est le suivant : après avoir calculé une espérance de vie classique, on déduit les années vécues avec une incapacité calculées à partir des taux de prévalence de l'incapacité par âge et par sexe.

[564] Jean Marie ROBINE, Pierre MORMICHE, Estimation de la valeur de l'espérance de vie sans incapacité en France en 1991, *Solidarité-santé,* n° 1, 1994, p. 24. Nous citons ici les résultats de l'estimation simple permettant la comparaison la plus rigoureuse entre les données de 1981 et 1991 : les auteurs ont évalué que cette procédure aboutissait à une légère sous-estimation, plus importante pour les femmes que pour les hommes (cf. p. 27).

personnes fragiles. Elle appuierait aussi chez nous le constat bien connu dans le tiers-monde selon lequel c'est la répétition d'agressions liées à de mauvaises conditions de vie qui fragilise pour l'essentiel les individus. La seconde met beaucoup plus clairement en jeu les progrès de la maîtrise médicale des affections de long terme : guérison peut-être, mais sans doute aussi plus largement traitements d'entretien, prothèses, actes chirurgicaux, etc.[565]".

S'il en est ainsi, l'augmentation de la morbidité traduit en fait une plus grande propension à déclarer maladies et incapacités : l'état de santé 'réel' des individus et de la population ne serait pas aussi catastrophique qu'une lecture hâtive des statistiques de morbidité déclarée le laisserait croire. En recourant davantage au système de soins, grâce à une extension de la protection sociale obligatoire et des couvertures complémentaires, les individus apprennent à la fois à mieux apprécier leur état de santé et à exprimer plus précisément leurs troubles. De ce point de vue, l'opposition structurale commode entre spécialistes (disposant des savoirs sur la santé et la maladie : les professionnels médicaux et paramédicaux) et profanes paraît bien fragile, tellement il est peu vraisemblable qu'il existe une barrière étanche entre ces deux univers de savoirs.

Tout autant que les indicateurs de mortalité, les indices de morbidité souffrent, on l'a vu, de nombreuses limites. La plus grave, par rapport à l'objet qui nous occupe, est que les séries temporelles de données de morbidité sont ambiguës du fait des changements de protocole de collecte (il est vrai qu'on a cherché à les stabiliser pour permettre des comparaisons plus rigoureuses) : le dernier travail français sur l'espérance de vie sans incapacité témoigne de la nécessité d'ajustements pour rendre certaines informations comparables. Dans tous les cas, que l'on prenne des indicateurs de mortalité ou des indices de morbidité, il apparaît que le système de soins contribue fort modestement à l'amélioration de la santé : selon Jean de Kervasdoué et Dominique Polton, la médecine curative n'intervient que pour moins de 20 %[566]. Mais nous retrouvons ici le problème de construction des données déjà examiné : peut-on réduire le résultat obtenu à un pur et simple artifice de construction ?

Les divers modes d'intelligibilité mis en œuvre pour rendre compte de l'emprise de l'inertie sociétale sur la santé amènent à proposer une interprétation contraire : s'il est vrai que la dégradation, le maintien ou le développement de la santé s'opèrent en fonction de processus sociaux en amont de la médecine (cf. notre troisième partie) et sur lesquels elle n'a pas de prise directe, comment penser que l'intervention du système de soins puisse avoir des effets qui sont hors de sa portée ? Ainsi Marie-Hélène Bouvier-Colle constate une

---

[565] Jean-Marie ROBINE, L'espérance de santé s'améliore : pourquoi ? comment ? Communication au colloque scientifique organisé par l'INSEE, la CNAMTS, le CREDES, la MIRE et le SESI, *Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1991-1992,* Paris, 20 juin 1994.

[566] Jean de KERVASDOUÉ et Dominique POLTON, Quelle égalité devant la santé ?, *Projet,* n° 220, 1989.

surconsommation médicale des femmes inactives par rapport aux actives : cela n'empêche pas les premières d'avoir une morbidité et une mortalité plus élevée que les secondes[567].

De la même manière que les médecins peuvent avoir tendance à étendre les indications de leurs procédures les plus efficaces, il existe sans doute une propension sociale à étendre les indications de la médecine en tant que telle. Autrement dit, du fait de la médiatisation de l'attitude conquérante de la médecine d'après-guerre et de l'accroissement des possibilités d'accès à ses services, le spectre des attentes à son égard s'est sans doute démesurément ouvert : elle peut assurément soulager des souffrances que des conditions et des styles de vie ont produites, elle peut offrir une écoute attentive et compatissante, elle peut donner des éléments de connaissance pour comprendre les effets délétères de conditions d'existence ou d'accomplissement de projets (en expliquant leur dangerosité), elle peut indiquer des solutions immédiates pour tenter d'accroître la survie, mais il n'est pas de son ressort et de son pouvoir de transformer des conditions de travail et de vie ou de changer le sens que les gens donnent à leurs activités, à moins de lui conférer une mission normative et politique qui ne lui est pas officiellement reconnue jusqu'à présent.

Les limites de la médecine justifient-elles son rejet ? Examen critique de la thèse d'Illitch.

La prise de conscience non seulement que la médecine comporte des limites internes du fait de l'état de ses connaissances, de leur mode d'application et/ou de son mode d'organisation à un moment donné, mais aussi qu'elle est limitée parce que certaines composantes de ce qui dégrade la santé sont hors de sa portée, extérieures à ses possibilités d'efficacité est à l'origine de la critique de la médicalisation. Jusqu'où médicaliser ? Tel est l'un des enjeux de santé publique auquel la société est confrontée. Enjeu proprement sociétal parce que typiquement normatif : il ne s'agit pas uniquement de tracer des frontières entre le sain et le malsain en fonction des savoirs médicaux, mais de dire l'acceptable et l'inacceptable, le tolérable et l'intolérable en matière de santé publique et déterminer les moyens les plus appropriés au service de sa promotion (qu'est-ce qui doit échapper à la médicalisation ou plus précisement à quelle(s) sorte(s) de médicalisation ? qu'est-ce qui relève d'actions publiques non-médicales ?).

La critique de la médicalisation a pris sa forme la plus radicale chez Ivan Illitch. Il en dénonce à la fois les aspects les plus outranciers et le principe même, jusqu'à un retour au *statu quo ante* : parce que la médicalisation implique nécessairement, à ses yeux, une triple iatrogénèse clinique, sociale et structurelle, il récuse les solutions avancées par des militants 'progressistes' et par d'autres observateurs critiques (redistribution égalitaire des services par une accessibilité généralisée aux soins, meilleur contrôle public de la profession médicale, développement de thérapeutes alternatifs, actions sur l'environnement, association des patients et leur famille comme contre-pouvoir au pouvoir médical...).

---

[567] Marie-Hélène BOUVIER-COLLE (1983), op.cit., pp. 130-131.

> "La médicalisation de la vie est malsaine pour trois raisons : au-delà d'un certain niveau, l'intervention technique sur l'organisme ôte au patient les caractéristiques du vivant qu'on désigne communément par le mot "santé" ; l'organisation nécessaire pour soutenir cette intervention devient le masque sanitaire d'une société destructrice ; et finalement, la prise en charge de l'individu par l'appareil bio-médical du système industriel ôte au citoyen tout pouvoir de maîtriser politiquement ce système. La médecine devient un atelier de réparation et d'entretien destiné à maintenir en fonctionnement l'homme usé par une production inhumaine. C'est lui qui doit réclamer la consommation médicale pour pouvoir continuer à se faire exploiter[568]."

De cette critique aussi forte découle une solution non moins radicale : en insistant sur la capacité des sociétés sans écriture à rendre la souffrance et le malheur tolérables et supportables par leur intégration dans le système symbolique de leur culture, Ivan Illitch en vient à se faire l'avocat d'un rejet de la médecine occidentale qui fragilise et annihile les capacités de résistance, et d'un développement des capacités individuelles à faire face à la douleur et à la souffrance.

Parce que l'ouvrage d'Illitch s'appuie sur une partie au moins des analyses dont nous avons fait état ci-dessus, il nous revient d'examiner dans quelle mesure on peut passer des constats sur les limites internes et externes de la médecine à son rejet et à sa négation. Les marxistes, dont Howard Waitzkin[569], ont immédiatement observé que, si la thèse d'Illitch était fondée, elle justifiait les désengagements politiques et économiques en matière de programmes sanitaires de redistribution plus égalitaire des soins et autres services. Sans doute ces derniers n'empêchent pas les ravages de la morbidité et de la mortalité chez les plus défavorisés, mais est-il acceptable de "laisser ces gens souffrir en paix" ? Quand il démissionne du Haut Comité de la Santé Publique en juin 1992, Claude Got fait des remarques dans le même sens :

> "L'inégalité est en amont de la maladie et des soins (...) La solidarité est remplacée par la sélection. L'échec d'un communisme qui avait conduit au dirigisme sclérosé et inégalitaire a renforcé un libéralisme "dur" dont les conséquences sociales sont aussi destructrices que celles du "centralisme bureaucratique". Ceux qui n'ont pas les bons gènes, une famille attentive et compétente, de bons enseignants, la filière de formation adaptée, cumulent les risques de désocialisation, qui sont aussi ceux de la maladie et de la mort[570]."

---

[568] Ivan ILLITCH, *Némésis médicale,* Paris, Ed. du Seuil, 1975, p. 10.

[569] Howard WAITZKIN, Regressive policy implications of the "medicalization" and "self-care" concepts : the new reductionism in health care research, in Colloque international de sociologie médicale (1978), op.cit., pp. 379-390.

[570] La "retraite" du professeur Got. Entretien, *Le Monde,* 17 juin 1992.

Ainsi que le rappellent Sol Levine et ses collaborateurs[571], la plupart des analystes qui tentent des évaluations de l'impact de la médecine sur la santé n'en tirent pas la conclusion que la médecine n'apporte aucun bénéfice au bien-être des gens : ils critiquent plutôt les priorités qui sont accordées au système de soins, en particulier au système hospitalier, et leur point de vue ne peut pas justifier des restrictions dans les politiques de santé. Ensuite il ne faut pas perdre de vue que les travaux effectués jusqu'à présent dans cette direction procèdent très largement à partir de données agrégées qui portent sur des populations non-différenciées : aucune contradiction logique ne peut empêcher de penser que certains types de soins médicaux au moins apportent des bénéfices réels à certains groupes de patients, y compris en matière de morbidité et de mortalité, mais que cette influence positive est complètement réduite par l'influence persistante des conditions de vie et/ou des activités de ces groupes ; d'un autre côté il paraît nécessaire de différencier les composantes du système de soins : sa technologie (sa qualité et l'intensité de son utilisation), son mode d'organisation et son mode de financement peuvent avoir des conséquences différentes selon les groupes sociaux et même avoir des effets contradictoires qui peuvent se cumuler ou s'annuler.

> "Très concrètement, l'accessibilité aux services de santé est entravée par des obstacles multiples, généralement connus et analysés, mais plus rarement levés. Les distances, les durées, les coûts, l'absence d'interprétariat pour les migrants, la complexité des démarches administratives sont des facteurs évidents d'exclusion. La peur, pour les groupes socialement défavorisés, d'être observés, jugés, blâmés en est un autre. L'organisation même du système de soins renforce cette exclusion : est-il logique, lorsqu'une société forme en 11 ou 12 ans des pédiatres hautement qualifiés, de les voir s'installer dans les quartiers aisés des villes, déshabités de leurs enfants, alors que dans les grands ensembles périphériques des milliers d'enfants sont en mauvaise santé[572] ?"

Enfin, ne perdons pas de vue que la santé n'est pas seulement une affaire de morbidité et de mortalité : dans quelle mesure l'activité médicale contribue à améliorer la qualité de vie des personnes touchées par la maladie ? L'un des premiers critiques du système de soins, René Dubos, faisait remarquer, dans une interview de 1981[573], que pour la plupart des gens, être en bonne santé ne signifie pas être dispensé de toute pathologie, mais plutôt pouvoir 'fonctionner', faire ce qu'on a envie de faire et devenir ce qu'on a envie de devenir. La moindre expérience d'enquêteur, par entretiens ouverts, dans ce domaine, confirme et nuance ce point de vue : bien des personnes affectées par des maladies chroniques correctement

---

[571] Sol LEVINE, Jacob J. FELDMAN, Jack ELINSON, Does medical care do any good ? Chapitre 18 de l'ouvrage de David MECHANIC (ed.), *Handbook of health, health care and the health professions,* New-York, The Free Press, 1983, pp. 394-404.

[572] Jean-Pierre DESCHAMPS, Inégalités de recours et des itinéraires. Introduction à la discussion, in Les colloques de l'INSERM, *Conceptions, mesures et actions en santé publique,* Paris, INSERM, Vol. 104, 1981, p. 505.

[573] Cité par Sol LEVINE, Jacob J. FELDMAN, Jack ELINSON (1983), op.cit., p. 400.

soignées et suivies par leur médecin affichent 'une bonne santé' parce que le traitement médical de leur maladie leur permet de continuer à 'fonctionner' (selon l'expression de Dubos) ; inversement des personnes qui ne présentent pas de pathologie particulière et qui le disent ouvertement, peuvent se plaindre de leur mauvaise santé : la suite de l'entretien biographique révèle la lourde histoire d'un entrelacement de contraintes qui leur pèsent encore.

La santé est irréductible à des paramètres organiques objectivables : elle est surtout affaire de significations ; c'est une notion normative à travers laquelle les groupes humains, à une époque déterminée, esquissent une configuration culturelle du sain et du malsain. Dès lors, les soins médicaux ne peuvent pas seulement être évalués du seul point de vue de variables objectives : à un autre niveau, l'activité médicale peut donner aux individus les moyens de retrouver leur place dans leur environnement 'naturel' et familier, quand bien même elle est impuissante à les guérir ou à les arracher à la mort. C'est dans ce sens qu'on peut comprendre ce commentaire de Fuchs, un autre critique du système de soins :

> "Ceux qui partagent l'opinion de Marx sur la religion (elle serait "l'opium du peuple") peuvent considérer mon analogie entre soins médicaux et religion comme un dénigrement de la médecine. Mais on doit se souvenir que dans le même passage Marx qualifie la religion de "cœur d'un monde sans cœur ... d'âme d'un monde sans âme". Bien que l'on puisse adresser beaucoup de critiques à la médecine actuelle - son coût élevé, son obsession de la technologie, son morcellement en spécialités et sous-spécialités...- la vérité est que pour beaucoup de gens elle est le "cœur d'un monde sans cœur... l'âme d'un monde sans âme[574]."

Toutes ces remarques constituent autant d'arguments qui délégitiment la thèse d'Ivan Illitch : proposer un retour aux sociétés préindustrielles supposerait que le recours (et le retour) à la seule fonction symbolique ait une efficacité totale, alors que soulager la souffrance, écarter une trop grande gêne... sont souvent les conditions de possibilité de l'identité et de la relation au monde du malade, cela même qui permet de (re)trouver sa place dans la configuration du sain. Tout le problème, on le voit, est de déterminer précisément la finalité de la médecine : s'il s'agit d'éradiquer les maladies et d'étendre la durée de la vie, on ne peut que constater son échec, au moins partiel ; si son but est de soulager même partiellement la souffrance et la gêne, de procurer une certaine réassurance aux patients, de permettre à des malades de continuer à vivre au sein de leur famille et de leur environnement familier, de compenser partiellement les effets délétères du système social (ne serait-ce qu'en informant le public de la dangerosité de certains modes d'organisation, de certaines formes de structuration de l'environnement naturel et social, de certaines activités...), bref de contribuer à la qualité de vie de ceux et celles qui sont touchés par la maladie, on est amené à élaborer

[574] Cité par Sol LEVINE, Jacob J. FELDMAN, Jack ELISON (1983), op.cit., p. 402 (notre traduction).

son jugement avec plus de circonspection. Le problème est que les tentatives d'évaluation de ce type sont toujours localisées : dans la mesure où l'on prétend élaborer des propositions universelles et définitives (dans le cadre de présupposés épistémologiques positivistes), il est plus facile d'effectuer des démonstrations avec des statistiques de mortalité qui ont l'avantage d'être disponibles à très grande échelle. Mais la représentativité statistique n'est pas une panacée : ce qui est statistiquement représentatif l'est toujours en référence à un critère ou à un petit nombre de critères et rien ne dit que ces critères soient pertinents pour rendre intelligible n'importe quelle situation ou n'importe quel phénomène[575]. Nous revenons sur ce point à la discussion antérieure des rationalités formelle et substantielle.

Au-delà de ces objections argumentées à la thèse d'Ivan Illitch peut être développée une réflexion critique qui vise à en déterminer le fondement. En effet, on peut montrer que le travail d'Illitch est une application au domaine particulier de la santé et de la médecine de la thèse d'Herbert Marcuse sur la science et la technique en général. Pour ce dernier, alors que la rationalité scientifique et technique, issue des Lumières, a d'abord été un moyen de démystification et d'émancipation vis-à-vis des forces naturelles et de la domination politique, elle en est venue à être au principe de la soumission, c'est-à-dire de l'acceptation d'une incapacité à déterminer soi-même sa propre vie.

> Le manque de liberté et d'autonomie se présente "comme la soumission à l'appareil technique qui donne plus de confort à l'existence et augmente la productivité du travail. Ainsi la rationalité technologique ne met pas en cause la légitimité de la domination, elle la défend plutôt, et l'horizon instrumentaliste de la raison s'ouvre sur une société rationnellement totalitaire[576]."

La différence entre Illitch et Marcuse est que le premier en vient à proposer un retour à des sociétés préindustrielles tandis que le second s'efforce de montrer qu'il est possible de transformer la science et la technique en réintroduisant dans ses objets la visée d'une communication : l'objet scientifique ou technique est aussi à considérer comme partenaire. Ce projet est si peu clair qu'il paraît difficile de le rendre opérationnel. Il revient à Jürgen Habermas d'en avoir produit une clarification par sa distinction du travail ou activité rationnelle par rapport à une fin, et de l'interaction ou activité communicationnelle médiatisée par des symboles[577].

Reprenons l'argumentation habermassienne. Parce que la production de notre existence nécessite le travail et les moyens qui se substituent partiellement à lui, il nous est impossible d'y renoncer, de renoncer à la technique, de renoncer à la science et à ses applications. Le problème n'est pas dans le choix alternatif d'avoir à rejeter le processus de rationalisation

---

[575] Pour une critique de la construction de la représentativité statistique des échantillons, on peut se référer à la dernière partie de l'article d'André RÉGNIER, Les sondages et leurs dangers, *L'homme et la société,* n° 33-34, 1974, pp. 235-238.
[576] Herbert MARCUSE, *L'homme unidimensionnel,* Paris, Ed. de Minuit, 1968, p. 181.
[577] Jürgen HABERMAS (1973), op.cit., pp. 4-25.

développé et exporté dans toutes les sphères de la vie par la science et la technique, - ou de se soumettre à ces prothèses techniques toujours plus nombreuses et qui nous deviennent indispensables. Qu'il soit activité instrumentale ou activité stratégique, même s'il fait de l'altérité matérielle ou humaine un objet, le travail est indispensable à l'amélioration des conditions de notre existence. L'enjeu n'est pas de réduire ou de limiter les progrès qu'il nous apporte dans son ordre : il est dans la direction que nous souhaitons lui donner, c'est-à-dire dans la détermination collective de valeurs, dans l'invention collective d'un art de vivre. Dans le champ que nous explorons, opposer purement et simplement la technologie médicale à l'univers symbolique du soin (le 'care' anglo-saxon) revient à télescoper deux ordres distincts de réalité : renoncer à l'un au profit de l'autre consiste à manquer l'indispensable rapport qui les unit. L'analyse de l'efficacité et de l'efficience de la médecine ne saurait préjuger de la pertinence des différentes formes de médicalisation, parce que l'enjeu de celle-ci déborde ses performances scientifico-techniques. À travers les diverses analyses effectuées à divers niveaux et dans différents secteurs, il apparaît que significations et valeurs ont une place très importante mais elles ne peuvent exclure la dimension technique. La spécificité de l'activité médicale consiste justement en l'accomplissement pratique de la résolution, jamais définitivement acquise, d'une tension entre un pôle de travail, qui s'inscrit dans l'ordre technico-marchand, et un pôle d'interaction, c'est-à-dire de discussions et de débats quant aux valeurs poursuivies, à différents niveaux.

2. Protection sociale et médicalisation : un piège pour la santé publique.

L'extension de la médicalisation a eu pour condition de possibilité la généralisation de la protection sociale. Les activités médicales ne peuvent s'effectuer qu'à la condition d'une demande de la part de ceux qui n'ont pas la compétence médicale et d'un minimun de coopération de leur part. Même si l'État accorde le monopole légal du recrutement, de la formation et de l'exercice à la profession médicale qui s'engage à sélectionner les individus présentant une bonne formation et une bonne disposition morale, l'exclusivité du métier ne suffit pas à sa sauvegarde : profession consultante (et non profession de chercheur), la profession médicale a besoin d'une clientèle pour être exercée. Pour que cette clientèle se constitue, il est nécessaire que les services offerts soient attrayants : on a vu que la médiatisation des progrès de la médecine l'avait peu à peu rendue populaire[578]. Encore faut-il que cette clientèle potentielle ait les moyens de payer les services proposés. Comment s'y prendre ?

Changement de la vision de la maladie et du rapport individu/société : aux sources des logiques contradictoires de la prévoyance.

La réponse donnée à cette question est fonction d'une double représentation-construction, celle de la maladie et celle du rapport individu/société. Malgré les efforts du courant hygiéniste qui défend l'hypothèse d'effets de l'environnement, jusqu'à Louis Pasteur et à la diffusion de ses découvertes qui montrent la médiation des micro-organismes entre l'environnement et l'individu, la maladie relève totalement du destin : chacun est soumis à un sort qui lui est favorable (et il reste en bonne santé) ou défavorable (et il devient malade). Faute de pouvoir intervenir sur lui, les êtres humains se sentent fragiles et voués au pouvoir imprévisible de forces obscures. Quand la maladie se déclare, on tente de se soigner, mieux encore de se faire soigner : pour le pouvoir, encore faut-il avoir été prévoyant. Avec une conception de la maladie dont on ne peut que réparer les conséquences, l'attitude essentielle est la prévoyance. Mais l'organisation de la prévoyance est elle-même fonction de la représentation du rapport individu/société.

Depuis la Révolution française, l'individu et sa liberté occupent une place centrale dans le projet politique : la constitution de la société repose sur le contrat d'association d'individus libres et égaux.

> "Dans le discours établi et dans l'idéologie dominante de cette époque, le contrôle des événements est une fonction de l'individu, une faculté individuelle, il repose sur la

[578]Eliot FREIDSON (1984), op.cit., pp. 83-85.

"faculté de prévoyance" (...) La faculté de prévoyance est une donnée anthropologique, elle est acquise à tout individu en tant qu'homme. Mais elle n'est pas automatiquement utilisée, car l'homme est libre[579]."

Même un observateur aussi avisé que Villermé assimile les dépenses 'excessives' (dont celles des boissons) relevées dans les budgets ouvriers à du vice et du libertinage : après avoir montré que la misère ouvrière était due à la concurrence des ouvriers entre eux qui offraient leurs bras au rabais du fait des crises commerciales et industrielles, il n'hésite pas à écrire que les ouvriers "semblent oublier complètement que le remède à leur pauvreté est dans leur bonne conduite." Dans ces conditions, la médicalisation est réservée aux individus prévoyants, c'est-à-dire ceux qui ont eu les moyens d'accumuler de la richesse : les imprévoyants, autrement dit ceux qui vivent à peine au jour le jour de leur travail et ceux qui n'en ont pas, sont livrés à leur triste sort, heureux s'il est atténué par la charité et l'assistance publique.

L'idée que l'individu ne peut pas tout contrôler et donc prévoir, qu'il existe des 'maux publics' nécessitant l'intervention de la puissance publique finit par émerger : on accepte la possibilité de prélever un impôt pour combattre un fléau tel qu'une disette, une inondation, une épidémie... On ne renonce pas pour autant à la thèse de l'individu libre et prévoyant : elle est seulement infléchie par l'attribution de 'circonstances atténuantes'. Sous la troisième république, on finit par concéder que la maladie, l'invalidité, la vieillesse et même la féminité (!) constituent des propriétés qui atténuent la responsabilité individuelle : c'est le moment du solidarisme et des premières grandes 'lois sociales'. Mais ce dualisme de la prévoyance individuelle et de la solidarité publique va continuer longtemps de parcourir la société française.

Malgré la construction révolutionnaire du 'mythe d'une profession médicale nationalisée' (dont on peut trouver des antécédents au XVIIème et XVIIIème siècle, en particulier avec Renaudot et Vincent de Paul), les expériences locales de médecins cantonaux, et le projet de 'médecine sociale' de Jules Guérin (1848), c'est l'exercice de la médecine libérale qui l'emporte en France. Mais les médecins libéraux sont marqués par les projets réformistes de la médecine sociale : ils apportent assez largement leur soutien à la politique sociale qui se met en place, tout en affirmant leur attachement à la pratique libérale, de sorte que l'exercice en cabinet libéral devient une norme pratique qui se manifeste par le caractère exceptionnel de toute autre forme d'exercice. Cette norme s'exprime explicitement par la charte de 1927 qui en énonce les principes : respect du secret professionnel, libre choix du médecin par le malade, entente directe entre le malade et le médecin en matière d'honoraires, liberté de prescription du médecin. On retrouve le dualisme qui clive l'individu et la société : en soutenant les lois sociales favorisant l'accès aux soins par la mise en place de mécanismes de

---

[579] Gérard LECLERC, *L'observation de l'homme. Une histoire des enquêtes sociales,* Paris, Ed. du Seuil, 1979, pp. 278-283.

prévoyance collective, le corps médical se défausse de la moitié du problème sur la société ; en exerçant sur le mode libéral, il entend préserver la liberté de l'individu, qu'il soit médecin ou malade[580] : l'une des conditions de possibilité de l'exercice de cette liberté est renvoyée à la société.

Dans le même temps, le rapport à la maladie se transforme lui aussi. La connaissance de ses mécanismes se diffuse progressivement dans la société. Si l'ancienne idée de destin qui lui est associée perdure, son espace de maintien tend à se restreindre : la maladie-destin devient de plus en plus celle contre laquelle on ne peut plus rien, celle dont l'évolution terminale vous conduit inexorablement à la mort[581]. Pareille évolution s'opère bien sûr parce que la capacité médicale à endiguer la maladie s'accroît : pas seulement parce qu'on sait la soigner, mais surtout parce que la connaissance de ses mécanismes permet de la prévenir (le modèle étiologique des maladies infectieuses est généralisé). La prévoyance privée et publique n'est pas uniquement un problème de solvabilité permettant l'accès au soin : elle est aussi affaire de prévention puisque la connaissance du risque doit permettre de l'éliminer.

C'est sur cet arrière-fond où se tissent les fils du rapport à la maladie et du rapport individu/société en différentes configurations de la prévoyance et de la prévention, que se construit la protection sociale. Selon cette double logique, les sociétés de secours mutuel naissent d'initiatives privées : fondés sur les solidarités de voisinage ou de métier, ou bien à l'initiative d'un patronat paternaliste, les organismes gestionnaires restent morcelés et deviennent concurrents. Que la faillite menace à cause de la santé fragile de quelques adhérents ou des indélicatesses d'un gestionnaire, dans un monde où chacun se connaît, on privilégie naturellement les responsabilités individuelles.

> "La conjoncture épidémique, l'état des populations, les progrès de la médecine sont rarement examinés et bien vite expédiés au profit de la dénonciation de l'abus individuel. Partout la hausse des dépenses est mise sur le compte des indigents ou des adhérents qui profitent honteusement des services offerts, convoquent à tout propos le médecin plutôt que d'aller chez lui à bon escient, exigent des médicaments coûteux et agréables, se gorgent de «remèdes gourmands», eaux minérales et vins médicinaux qui ornent plus souvent la table du pauvre qu'ils n'améliorent sa santé. Quasiment

[580] Notre propos ne vise pas à faire l'histoire du mode d'organistion de la médecine française après 1789, mais de nous servir de certains de ses éléments pour indiquer les lignes de force dont le maintien et la convergence ont participé à la contruction de ce que nous appelons le piège de la protection sociale pour la santé publique. Sur cette histoire elle-même et son intelligibilité, se référer aux travaux de Sabine FERRAND-NAGEL, en particulier : Médecine libérale, médecine sociale et régulation du système de santé. Les leçons de l'histoire de longue période, *Revue française des affaires sociales,* 47ème année, n° 2, 1993, pp. 43-79.
[581] Claudine HERZLICH, Janine PIERRET (1984), op.cit., p. 291.

obsessionnelle, la dénonciation des profiteurs génère une avalanche de mesures restrictives (...)[582]."

Pour assurer l'équilibre budgétaire, la médecine hygiéniste s'efforce à la prévention par l'exhortation morale : on peut douter que la vigueur de la dénonciation de la fuite devant le travail ou de la recherche de la facilité soit à la mesure de l'importance des crédits que ces comportements sont censés dévorer... Finalement on finit par mécontenter tout le monde : le malade se plaint du manque de zèle d'un médecin mal payé ; celui-ci se retourne vers les caisses et les accuse d'imposer des conditions qui l'obligent à pratiquer une médecine au rabais. Le corps médical va tirer partie de ce mécontentement pour imposer, on l'a vu, une liberté d'exercice qui se formalise dans la charte de 1927.

"Au total, la prise en charge collective du risque maladie étend à toute la population le caractère commercial qui régit déjà les relations entre les médecins et leur clientèle payante. Par nature inflationniste, la logique commerciale entre en conflit avec la logique morale qui détermine la conduite à l'égard des ayants droit. Malgré les discours, les opérations préventives sont plutôt délaissées dans la mesure où elles s'harmonisent mal avec la médecine libérale (...) certaines caisses créent des services réunissant dépistage, consultations d'hygiène et vaccination mais ils restent limités à certaines classes d'âge (l'enfance) et à certaines maladies (tuberculose), préférant les usages anciens (placement à la campagne) aux méthodes nouvelles (le B.C.G. par exemple)[583]."

Prévoyance-solvabilité et prévoyance-prévention : un piège pour la santé publique.

En a-t-on fini avec ces logiques contradictoires quand la sécurité sociale (qui englobe maladie, vieillesse, et famille : compte tenu du paysage économique et social, on a exclu en un premier temps le chômage) est instaurée par l'ordonnance du 4 octobre 1945 ? Bernard Gibaud[584] fait remarquer que, fait exceptionnel pour une législation de cette ampleur, l'ordonnance est publiée sans exposé des motifs. Le texte qui devait les rassembler, rendu public en 1981, est la reprise de l'intervention d'Alexandre Parodi, ministre du travail, devant l'Assemblée nationale consultative, pour présenter le projet de réforme. Selon ce texte, l'objectif final de la sécurité sociale est la «réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité» ; pour les moyens, le ministre indique que l'assurance obligatoire sera gérée par des organismes «désintéressés», c'est-à-dire à but non lucratif.

---

[582] Olivier FAURE, Les logiques contradictoires de la gestion sociale de la maladie (1850-1940), *Sciences sociales et santé,* Vol. VIII, n° 1, mars 1990, p. 8.
[583] Olivier FAURE (1990), op.cit., p.12.
[584] Bernard GIBAUD, Origines et conséquences de la présence de finalités commerciales dans le champ de la protection sociale complémentaire, *Sciences sociales et santé,* Vol. VIII, n° 1, 1990, pp. 15-20.

Pour des raisons économiques évidentes, la prise en charge complète des risques vieillesse et maladie est impossible. Surtout des raisons politiques interviennent pour laisser la porte ouverte à l'organisation de la prévoyance libre : d'un côté on a la pression des classes moyennes indépendantes qui refusent d'intégrer le régime général ; d'un autre côté le ministère des finances intervient pour protéger les compagnies d'assurances privées qui sont passées sous sa responsabilité depuis 1940, parce que l'État est évidemment fort intéressé par cette épargne financière que draînent ces compagnies. Les mesures légales et réglementaires prises par la suite cessent d'assurer aux mutuelles l'exclusivité de la couverture complémentaire collective : le non-lucratif est affronté à la compétition commerciale du pôle marchand.

Jusqu'alors, on l'a vu, le médecin libéral avait obtenu une totale liberté de décision, selon deux composantes : liberté de jugement en tant qu'expert et liberté d'appréciation de la valeur monétaire de ses actes. La corporation médicale ne cesse de soutenir ce point de vue qui associe la défense de la qualité de la médecine et la défense de la rémunération des médecins. Le maintien d'un système purement libéral s'avère impossible avec l'extension et l'obligation de l'assurance-maladie : bien que le conventionnement soit prévu dès 1945, les négociations départementales prévues à cet effet n'aboutissent guère ; après 15 ans de tergiversations, le gouvernement du général de Gaulle réaffirme le maintien du système conventionnel, impose des plafonds de tarifs opposables (au sens où ils ne peuvent être dépassés, sauf dérogation, sans risque de déconventionnement du contrevenant) et prévoit la possibilité pour chaque médecin de signer individuellement la convention (décret de mai 1960) : c'est "le grand tournant de la médecine libérale", selon l'expression d'Henri Hatzfeld, tournant qui met fin à la possibilité de fixer librement les honoraires par entente directe avec les patients[585].

Parallèlement à cette évolution s'en opère une autre, celle des pratiques médicales. Dès le milieu du XIXème siècle se met en place un processus de spécialisation dans les hôpitaux et, après 1875, les médecins et chirurgiens des hôpitaux sont recrutés sur concours (la "voie

---

[585] Ce 'tournant' est manifestement le prélude à un déclin de l'autonomie professionnelle, sous l'effet de trois facteurs. D'abord un plus grand encadrement de la puissance publique aboutit à de nouvelles contraintes (le codage des actes, dossier médical pour les plus de 15 ans souffrant d'au moins 2 pathologies nécessitant un suivi supérieur à 6 mois, et surtout le système de références opposables à partir d'une première liste de 24 thèmes constituent les trois axes de la convention de 1993). Ensuite on assiste à une montée du consumérisme en matière de soins médicaux, en particulier chez les plus riches et les mieux éduqués (les clients recherchent plus d'information pour comparer et obtenir les meilleurs services). Enfin, parce que le marché de la santé n'est pas seulement lucratif pour les compagnies d'assurance privées, on voit apparaître (aux USA en particulier) des chaînes de cliniques privées qui entrent en compétition avec le secteur public en offrant des services plus attractifs dans les domaines de soins les plus productifs : ces chaînes engagent les médecins comme employés et les soumettent à la logique de rentabilité des affaires (soumettant leurs salaires à des standards de performances technico-économiques). Sur ces différents aspects, cf. William C. COCKERAM (1989), op.cit., § Decline in professional autonomy, pp. 591-593.

royale de la médecine" : externat, internat, clinicat et médicat), permettant l'apparition d'une élite médicale. Cette position dominante repose alors largement sur les progrès diagnostiques (la thérapeutique est encore globalement empirique). Après la seconde guerre mondiale, les succès thérapeutiques viennent renforcer tour à tour le prestige des spécialités : l'art médical clinique est de plus envahi par les procédures issues des sciences fondamentales (physique, biologie, chimie). La réforme Debré (1958) consacre cette transformation en particulier en modernisant la formation.

> "(...) le système hospitalo-universitaire a favorisé le développement de savoirs parcellisés approfondis et l'apparition corrélative de *spécialités officielles* et de *titres spécifiques,* qui vont aboutir à une division de la communauté professionnelle en autant de catégories plus ou moins *étanches* et *hiérarchisées* de rôles et statuts. Ces fractures du corps médical sont, plus encore que les effets d'une raréfaction de ses ressources économiques, au cœur d'une crise structurelle du métier (...)[586]."

La division du travail médical, qui débouche sur des niveaux hiérarchisés de qualification, appelle la reconnaissance de la valeur marchande différente des actes médicaux libéraux : la sécurité sociale officialise les spécialités en leur attribuant le «Cs», code spécifique de l'acte spécialisé, passant outre à la distinction, instituée par l'Ordre des Médecins, entre spécialité et compétence. Dès lors le mouvement de spécialisation s'amplifie à un double titre : de 11 spécialités reconnues après-guerre on est à 22 dans la décennie 80 ; selon la CNAMTS, 41 % des médecins libéraux sont spécialistes au début des années 80, alors qu'ils sont plus de 46 % au début des années 90. À la reconnaissance financière fait pendant la valorisation symbolique de l'acte technique dans le corps médical et son intériorisation par le public qui consulte de moins en moins le généraliste pour des troubles 'sérieux' ou 'localisés' (œil, oreille, sphère gynécologique...). Les omnipraticiens en subissent le contrecoup : parce que la médecine générale est implicitement la médecine pratiquée par les non-spécialistes, parce que l'acte intellectuel d'élaboration du diagnostic est dévalué au profit de l'acte technique, ils se sentent réduits à une fonction dévalorisante de fournisseurs d'attestations médico-administratives. La crise de la médecine générale va donner naissance au Mouvement d'action des généralistes (qui devient le premier syndicat médical monocatégoriel sous le sigle Mg-France en 1986, dont la représentativité est reconnue en 1988). Son objectif est de faire reconnaître la médecine générale comme telle, tant pour les soins que pour la prévention et l'éducation sanitaire.

> "(...) nombreux sont cependant les généralistes qui, aujourd'hui, affirment leur spécificité dans la dimension relationnelle marquée de leur exercice, dans la prise en charge quotidienne de plaintes de nature psycho-sociale. Les médecins généralistes se déclarent souvent satisfaits (...) de leur métier. Si crise de la médecine générale il y a, cette crise a pour dimension essentielle une incertitude sur l'avenir d'un métier qui

[586] Michel ARLIAUD, *Les médecins,* Paris, Ed. La Découverte, Coll. Repères, 1987, p.93.

pourrait, pourquoi pas, disparaître un jour... (...) Nul ne peut en prévoir l'issue, car comme le souligne Edgar Morin, elle est aussi «chance de progression». La médecine générale, qui a fait récemment ses premiers pas à l'Université et négocié, depuis peu, en son propre nom, avec les pouvoirs publics et les organismes d'assurance-maladie, développe, depuis plus de quinze ans, de nouveaux champs d'activité (maintien à domicile des personnes âgées, prévention, recherche en médecine générale, etc.)[587]."

Près de 50 ans après l'instauration de la Sécurité sociale, dont l'objectif, rappelons-le, était de lutter contre 'tous les facteurs d'insécurité', il apparaît que la prévoyance collective est aspirée par la logique technico-marchande. Il ne fait pas de doute que le couple médecine libérale/politique conventionnelle a été efficace quant à l'accès aux soins : selon l'enquête *Santé et protection sociale* du CREDES, 99,8 % de la population bénéficie, en France, en 1990, de la couverture de l'assurance-maladie (bien que l'on puisse supputer une sous-estimation des 'exclus', compte tenu de la méthode) et l'on a montré que la consommation médicale s'était accrue dans toutes les couches de la population[588] ; en outre, on sait que "4 % des assurés, en un an, engagent 50 % des dépenses de l'assurance-maladie[589]" (cela suppose l'engagement de sommes telles qu'elles sont hors de portée de revenus individuels). Il reste que la conjugaison d'une couverture complémentaire de plus en plus 'grignotée' par les compagnies d'assurances privées (en 1991, elles représentent 27 % de ce marché) et l'institution du double secteur par la convention de 1980 (au moment de son blocage, lors de la convention de 1989, 28 % des médecins sont en honoraires libres, soit un quadruplement en

---

[587] Dominique BROCLAIN, La «crise» de la médecine générale. Mythes et réalités, in Pierre AÏACH et Didier FASSIN (sous la direction de), *Sociologie des professions de santé,* La Garenne-Colombes , Ed. de l'Espace Européen, 1992, pp. 73-106.

[588]Pour prendre la mesure de cet effet, il suffit de comparer avec les USA : "Quant aux États-Unis, pays parfois cité en exemple pour son taux de pression fiscale sensiblement plus bas que dans la plupart des pays de la Communauté, il faut bien voir que ce faible niveau a pour conséquences, non seulement une grave détérioration de certains services publics, mais aussi des surcoûts de dépenses pour les ménages ou pour les entreprises, en particulier dans le domaine de l'assurance-maladie. Celle-ci est largement privée, mais les coûts des soins médicaux sont cependant sensiblements plus élevés qu'en Europe et les primes d'assurance (qui n'entrent pas dans les prélèvements obligatoires) plus coûteuses, pour des niveaux de couverture comparables, que les cotisations sociales des régimes d'assurance-maladie des pays de la Communauté. En outre, le système américain se traduit par de très fortes inégalités de couverture selon le type d'assurance souscrit par les individus ou les familles ou par les entreprises pour leurs salariés ; environ 35 millions de personnes aux États-Unis, soit 15 % de la population, ne bénéficient d'aucune protection en cas de maladie." Alain EUZÉBY, La protection sociale en Europe : tendances et défis. Les systèmes de protection sociale européens à l'épreuve de la compétition économique mondiale, *Futuribles,* n° 171, 1992, p. 75-76.

[589] Marianne BERTHOD-WURMSER, Protection sociale et santé des pays développés, in Cité des Sciences et de l'Industrie - La Villette, *L'homme et la santé* (1992), op.cit., p. 255.

huit années[590]) favorisent la rationalité économique formelle et la technicisation de la médecine (il y a beaucoup plus de spécialistes en secteur 2 que de généralistes). Selon les dernières enquêtes de l'INSEE et du CREDES, l'accès aux soins de ville est freiné par l'absence de couverture complémentaire, alors que les personnes qui n'en bénéficient pas sont en moins bon état de santé, et que les disparités d'accès entre personnes sans couverture complémentaire et celles qui en ont une se creusent[591].

> "La mission interministérielle diligentée sur le sujet [les couvertures complémentaires] en 1984 soulignait les dommages causés en ces termes : «*Les manifestations anormales de concurrence sont en effet loin de profiter aux assurés et peuvent conduire à un amenuisement des garanties ou à la mise en place de procédures de sélection de plus en plus sévères qui porteraient atteinte à une nécessaire solidarité* » (Gisserot, 1984). Cette altération des mécanismes de solidarité ne concerne pas la seule protection sociale complémentaire. Compte tenu des liens interactifs noués depuis longtemps entre l'obligatoire et le complémentaire, c'est l'assise solidaire de l'ensemble du système qui se trouve atteinte[592]."

Ainsi, sur le terrain de la prévoyance financière qui permet l'accès aux soins, on retrouve le dualisme de l'époque antérieure : n'est-ce pas le prélude, compte tenu de la force du lobby assurantiel, à un processus de dualisation sociale ? On peut en percevoir un indice dans la multiplication des situations 'd'exclusion', depuis plus de 10 ans, qui aboutit à ce qu'un nombre croissant de personnes soit confronté à la maladie sans être couvert par l'assurance-maladie, ni même par l'aide sociale (l'aide médicale gratuite) : les centres de soins gratuits (ré)ouverts par les ONG visent à répondre à l'urgence et leur activité est croissante malgré leur vœu de n'être que des structures éphémères.

Mais la prévoyance n'est pas seulement une affaire de solvabilité et d'accès aux soins : on a montré qu'elle intégrait également un projet de prévention, qu'Alexandre Parodi exprimait, au moment de la Libération, comme lutte contre "les facteurs d'insécurité". La médecine libérale a abandonné depuis longtemps l'exhortation morale, chère à bien des hygiénistes, comme forme de prévention, même si elle s'est montrée plus d'une fois moralement conservatrice (en matière de liberté de contraception et d'avortement, par exemple[593]). Pour

---

590 Cité par François VEDELAGO, Système de santé et crise de légitimation, *Sociologie Santé,* n° 5, 1991, p. 147. Cf. également *Le Monde,* 30 septembre 1983, p. 16.

591 CREDES, L'absence de couverture complémentaire freine l'accès aux soins de ville, *Échos de la Santé,* n° hors-série, juin 1994 ; Pierre BOISSELOT, Marie-Claude RÉMOND, Niveau de protection sociale et consommation de soins, *Solidarité santé. Études statistiques,* n° 1, 1994, pp. 143-156.

592 Bernard GIBAUD (1990), op.cit., p. 19.

593 Malgré la loi Neuwirth de décembre 1967, on observe qu'au début des années 70 les jeunes femmes du milieu rural et des petites villes obtenaient moins souvent de leur médecin une prescription contraceptive médicale, quand bien même elles le demandaient. Cf. Laurent

l'essentiel, son activité est consacrée aux soins curatifs, biomédicaux : selon les estimations, 90 à 97 % du budget de la santé, en France, leur est consacré[594]. Sans doute ces estimations reposent sur un mode de codage qui rapporte au curatif l'ensemble des visites et consultations médicales, même si elles n'aboutissent pas à de la consommation pharmaceutique, ainsi que la plupart des interventions d'agents para-médicaux (infirmières, kinésithérapeutes...) : il est certain qu'une partie de ces activités ne relève pas du soin technique au sens strict (demande d'écoute et de conseil à l'égard du médecin, recherche auprès du kinésithérapeute de mouvements adéquats pour empêcher ou soulager un 'mal de dos'...). Nul doute qu'il soit difficile de faire la part des choses, et donc d'obtenir une évaluation très précise. Mais l'enjeu n'est pas là : même si l'on réduit la proportion du curatif, la tendance demeure très forte. Autrement dit, la prévention reste la parente pauvre dans le système de prévoyance collective.

La tendance à la prépondérance du curatif s'éclaire dès qu'on la rapproche du modèle biomédical qui imprime sa forme et son contenu à l'activité des praticiens. Profession consultante, la profession médicale a une forte propension à l'action clinique et technique : cela se traduit par le fait qu'un médecin sollicité préfère, en règle générale, faire quelque chose plutôt que ne rien faire du tout ; en outre il croit en ce qu'il fait, c'est-à-dire qu'il va de soi, pour lui, que son intervention n'est pas sans efficacité (comme le dit Eliot Freidson, "le détachement sceptique n'est pas son fort"). Il suffit de fréquenter des cabinets médicaux pour s'apercevoir rapidement qu'il n'est guère possible d'en sortir sans que votre tension artérielle ait été prise. C'est dire que le lieu d'exercice privilégié du médecin le situe d'emblée sur le terrain de la pathologie : c'est sa préoccupation technique (même si ce 'rituel' de la prise de la tension artérielle ressort aussi de l'ordre symbolique : il y va de la mise en scène de l'autorité médicale, à laquelle de nombreux patients sont attachés[595]

Le contenu du modèle biomédical pose que toute pathologie est a priori la conséquence d'une agression dont il faut déterminer le processus pathogène : microbe, virus, produit toxique, processus dégénératif, etc. Un tel modèle inscrit en creux la santé comme le contraire de la maladie, et le médecin comme le vecteur principal de la santé. Il en découle un modèle spécifique de prévention à quatre niveaux, tout à fait conforme à la linéarité de l'étiologie classique : la prévention «primaire» a pour objectif d'empêcher l'apparition de la maladie, en agissant sur les facteurs de risques ; la prévention «secondaire» vise à détecter la pathologie avant sa manifestation clinique pour éviter son développement et son aggravation : son enjeu

---

TOULEMON, La contraception médicale est devenue une pratique courante, *Données sociales,* Paris, INSEE, 1990, p. 291.

[594]Alexandre VATIMBELLA, *Santé et économie,* Paris, Ed. Syros, Coll. Alternative économique, 1993, p. 122 ; Jean-Pierre DESCHAMPS (1992), op.cit., p. 222.

[595] La dimension symbolique et interactive de ce rituel est bien restitué, dans le cadre d'une analyse de la consultation médicale, par : Monique MEMBRADO, La construction médicale de la relation thérapeutique. Pour une définition des enjeux, *Ethnologie française,* Vol. XXIII, n°4, 1993, p. 530.

est le dépistage ; la prévention «tertiaire» a pour but de barrer la route aux séquelles et/ou aux rechutes ; enfin on en vient à désigner comme prévention «quaternaire» les soins palliatifs pour les malades en phase terminale.

Parmi cet ensemble de niveaux, il est probable que le troisième est celui qui est le plus pris en considération par les médecins : le repos, par exemple, est un élément classiquement considéré comme important pour consolider une guérison, et le recours aux massages kinésithérapeutiques témoigne du souci d'une bonne réadaptation ; maisons de repos, centres de réadaptatation fonctionnelle, centres de post-cures... sont également sollicités dans le même but. Le quatrième niveau est encore de l'ordre de la nouveauté : en France, les associations pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement des mourants font toujours état d'une vieille résistance de la médecine à s'occuper de la souffrance en tant que telle[596] (les centres de traitement de la douleur sont une création relativement récente[597]).

Les premier et second niveaux relèvent de la prévention médicale classique, somme toute limitée : vaccination, dépistage (dont les développements récents de la médecine prédictive, par exemple à travers les diagnostics prénataux) et éducation à la santé en constituent les principaux outils. Limitée ? Assurément si l'on en croit les estimations de la part financière qui lui est consacrée. Plus encore, il est important de remarquer que ce type de prévention issue du modèle biomédical s'adresse essentiellement aux causes clairement identifiées de la maladie, même si le développement de l'épidémiologie sociale a permis de s'attaquer également aux facteurs de risques, essentiellement individuels et comportementaux. Cela signifie que la prévention médicale butte sur l'amont de la maladie dont on a montré l'ampleur et la complexité sociétale : si des comportements et des significations sont en jeu, des structures et des fonctions constituent des limites à toute velléité de leurs transformations parce qu'elles restreignent leur espace de jeu.

> "Pendant de longues années, les interventions des éducateurs de la santé ont concerné le tabac, l'alcool, la drogue, les accidents, le suicide, la carie dentaire, la façon de s'alimenter. Il s'est agi d'une éducation contre les prises de risques individuels. Les spécialistes sont devenus modestes sur ce qu'il faut attendre d'une telle approche (...). Ils mesurent aussi ce qu'il faut en redouter, en termes de déresponsabilisation, d'anxiété, de culpabilité, de «blâme de la victime», de contradictions inacceptables entre les messages de la vie ambiante et les messages des éducateurs de santé. Parmi bien des

---

[596] Jean-Pierre PETER, Silence et cris. La médecine devant la douleur ou l'histoire d'une élision, *Le genre humain,* 18, 1987, pp. 177-194. Cf. Jean-Yves NAU, Philippe Douste-Blazy incite les praticiens à mieux lutter contre la douleur, *Le Monde,* 23-24 janvier 1994.

[597] Isabelle BASZANGER, Émergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur, *Revue française de sociologie,* XXXI, n° 2, 1990, pp. 257-282.

exemples, le message sur le sommeil des enfants renvoie les parents à une responsabilité individuelle que les rythmes scolaires les empêchent souvent d'exercer[598]."

L'incitation à changer d'attitude rejoint, de ce point de vue, les exhortations morales des hygiénistes : même si les messages sont mieux ciblés et mieux fondés, la sélection des informations médicales et épidémiologiques ainsi que la valorisation exclusive de certains comportements ou attitudes situent ces opérations éducatives dans l'ordre du normatif d'où un certain arbitraire n'est pas exclu, faute de réel débat public[599]. Repris et amplifiés par les médias, ils produisent des confusions et ont, in fine, pour conséquence l'accroissement de la consommation médicale.

La troisième raison qui nous amène à qualifier de limitée la prévention biomédicale tient à ce que Jean-Pierre Deschamps désigne comme "l'absence d'une «mentalité de santé publique»[600]" : les médecins se sentent responsables de ceux et celles qui viennent les consulter, mais prêtent-ils la même attention à l'ensemble de la population de leur canton, de leur quartier ou de leur ville ? Déplaçant le regard de la contamination des hémophiles et des techniques privilégiées de leur prévention (tests de dépistage et chauffage des produits sanguins) à la question de la contamination post-transfusionnelle en tant que telle (qui englobe non seulement les risques de transmission du sida, mais aussi ceux de la transmission des hépatites et d'autres agents infectieux mal contrôlés) et aux moyens cliniques de sa prévention, Aquilino Morelle[601] produit une double démonstration : la médecine française manque de culture en santé publique ; elle accorde de plus en plus une primauté au biologique et au technique au détriment du clinique (on sait que les tests biotechniques de dépistage comportent une marge d'erreur irréductible[602]). Résumons son argumentation. Quatre procédures permettent de limiter la transmission des maladies infectieuses par la transfusion du sang : la sélection des donneurs pour éviter la collecte de sang infecté ; le tri des échantillons recueillis par des tests spécifiques à chaque pathologie ; la destruction des agents morbides encore présents dans le sang par des techniques de viro-inactivation (par exemple, celle du 'chauffage') ; la limitation de la transfusion (rejet des 'transfusions de confort'). Aucune de ces procédures n'est négligeable parce que chacune comporte des limites.

"(...) l'apparition du test n'est pas, comme l'affirment tous ceux qui dénoncent les atermoiements, le moment où s'opère le passage de l'impuissance à l'efficacité, mais

---

598 Jean-Pierre DESCHAMPS (1992), op.cit., p. 225.

599 Françoise BOUCHAYER, Les logiques sociales des actions en éducation pour la santé, *Sciences sociales et santé,* Vol. II, n° 3-4, 1984, pp. 77-103.

600 Jean-Pierre DESCHAMPS (1981), op.cit., p. 505.

601 Aquilino MORELLE, L'institution médicale en question. Retour sur l'affaire du sang contaminé, *Esprit,* n° 193, octobre 1993, pp. 5-51.

602 Cette marge d'erreur tient d'abord à la qualité du test (comme toute technique, il peut avoir des défaillances), mais surtout à l'existence d'une phase présérologique muette (les tests biologiques de dépistage détectent des anticorps, ce qui suppose que l'organisme ait eu suffisamment de temps pour les produire).

seulement celui qui marque une amélioration de la capacité de réduction du risque (sans le supprimer totalement)[603]."

Or, le système de collecte de sang français a longtemps négligé la procédure de sélection clinique des donneurs : les collectes en milieu pénitentiaire et sur la voie publique à Paris, qui sont très dangereuses (on savait que la prévalence du virus de l'Hépatite B est bien supérieure à la moyenne au sein de la population carcérale), ont duré longtemps. Pourquoi ? La conception de la transfusion sanguine est très largement individualiste : un échange entre un donneur et un receveur avec un transfuseur comme intermédiaire. Pourtant le transfuseur est un collecteur : l'évolution de la collecte de sang a opéré un passage d'un stade artisanal à un stade industriel, substitué à une logique individuelle une logique collective (la technique du poolage en est l'ultime symbole actuel, puisque des centaines de receveurs peuvent être contaminés à cause d'elle du fait d'un seul don de sang infecté). Ajoutons que les responsables d'établissements de transfusion sanguine sont souvent des spécialistes en hémobiologie qui privilégient les activités de laboratoire. Raisonner en termes de santé publique suppose de mettre en place une approche comparative des collectes pour mettre en relation certaines de leurs propriétés biologiques avec les caractéristiques socio-culturelles des donneurs, de façon à contrôler la qualité des différentes sources d'approvisionnement : le type de spécialisation des responsables, compte tenu du système de formation médicale en France, les écarte de toute sensibilisation aux problèmes collectifs tels qu'ils sont abordés par les différentes disciplines des sciences de l'homme et de la société. N'est-ce pas trop vite généraliser à partir d'un cas particulier ?

> [Répétons] "cette évidence : "nous ne répondons pas aux besoins de ceux qui ont les plus grands besoins..." Certaines inégalités de recours et d'itinéraires sont plus spécialement propres à interpeler : elles constituent des révélateurs, non pas de ce qu'il faut changer chez les gens pour qu'ils recourent à nos services dans les itinéraires que nous jugeons les plus appropriés (comme le voudrait souvent l'éducation sanitaire traditionnelle), mais ce qu'il faut changer dans les services, à la lumière de ce qui paraît comme des pratiques acceptables, non pas seulement pour les groupes les moins défavorisés, mais pour l'ensemble de la population[604]."

Si cette dimension de santé publique, directement liée à l'activité médicale de prévention et de dépistage, mais aussi de manière de soigner, est si peu présente dans la médecine française, à combien plus forte raison est-il probable que les problèmes de l'amont de la maladie ne soient pas au cœur de ses préoccupations. Dans la mesure où la partie de la protection sociale censée s'occuper spécifiquement de la santé de chacun et de tous se replie

---

[603] Michel SETBON, Quand punir n'explique rien, *Le Monde,* 6 mai 1993, cité par Aquilino Morelle (1993), op.cit., p. 12. Voir aussi Michel SETBON, *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède,* Paris, Ed. du Seuil, Coll. Sociologie, 1993.

[604] Jean-Pierre DESCHAMPS (1981), p. 506.

sur la médicalisation et le système de soins, la santé publique est prise dans ce qui constitue ainsi la sécurité sociale (au sens restreint) comme un piège : la lutte contre 'tous les facteurs d'insécurité', imaginée par Alexandre Parodi avec le Conseil National de la Résistance, a été largement réduite à une lutte contre les maladies, lutte dont l'inscription dans une logique technico-marchande dominante finit par occulter les autres enjeux collectifs de la santé[605]. Si le système de protection sociale a largement réussi à ouvrir à tous la possibilité d'avoir recours à la médecine, le piège consiste à laisser croire que l'extension de la médicalisation contribue à la promotion de la santé publique, alors que sa mise en œuvre intervient largement quand la santé se dérobe, quand la fragilité bascule dans la maladie.

Le droit aux soins n'est pas identique au droit à la santé : quand les plus mal lotis cherchent du travail et un revenu pour pouvoir s'alimenter convenablement et avoir un logement, et pour être reconnus et considérés avec dignité, les groupes les plus favorisés sont en quête d'un plus grand épanouissement physique et psychique pour se sentir bien dans la vie ; les écarts d'usure et de capacités de résistance, socialement construits, n'ont pas les mêmes effets aussi bien sur la santé réelle que sur celle dont on rêve. Le droit de tous aux soins n'élimine pas les différences dans ce qui préside à leur recours, différences qui entraînent aussi une diversité des significations attachées à leur utilisation, des modes de médicalisation différents et une efficacité hétérogène : malgré tout, les obstacles à la santé ne sont pas de même nature que les obstacles aux soins, même s'ils peuvent se cumuler.

Dire que la santé publique est prise au piège de la protection sociale ne correspond pas à l'énonciation d'une 'loi sociologique' absolue, pas plus qu'à sa dévalorisation. Même si, liée comme elle l'est à la médicalisation, il est peu probable qu'elle ait profondément contribué à l'amélioration de la santé des Français (cf. ci-dessus, l'analyse des limites internes et externes de l'intervention médicale), il est certain qu'elle a apporté à la plus grande partie d'entre eux les moyens de soulager leurs souffrances et/ou de réduire les gênes occasionnées par la maladie. Le piège est dû à la situation historique : parce que la médecine triomphante de l'après-guerre a fait miroiter l'atteinte de l'objectif d'éradication des maladies, on a fait de la médecine le pivot de l'accession à la santé, de son maintien et de son développement ; faute d'avoir su rendre intelligibles 'les inégalités de santé', on n'a pas compris que la prévoyance collective ne saurait se réduire à rendre les malades solvables (par la solidarité collective de l'assurance-maladie obligatoire) et à prévenir médicalement les maladies (en particulier par des campagnes de prévention et de dépistage). Les enjeux de santé publique débordent de beaucoup les questions d'organisation des systèmes de soins et de prévention médicale, - et de leur mode de financement : c'est pourtant ce à quoi les logiques sociétales de protection sociale et de médicalisation, postérieures à la Libération (on a montré qu'elles avaient été

[605] On en trouve l'indice dans les discours du public sur la sécurité sociale, massivement centrés, malgré leurs variations, sur la solidarité face à la maladie en tant que possibilité d'accès aux soins. Cf. Janine PIERRET, La sécurité sociale dans les discours sur la santé, *Sciences sociales et santé,* Vol. II, n° 3-4, 1984, pp. 21-27.

préparées par les dualismes antérieurs) , les ont réduits et c'est précisément en cela qu'elles ont constitué un piège pour la santé publique[606].

Beaucoup parmi ceux qui ont eu l'intuition de ce piège (des militants, des travailleurs sociaux, des chercheurs, des médecins...) ont opposé à cette restriction le projet d'une "santé communautaire", reprenant à leur compte le *'community care'* de la tradition des politiques sociales anglo-saxonnes. Le problème tient à la détermination des contours de la communauté : quelles sont les caractéristiques générales aux communautés qui permettent de les distinguer de la société (ou des sociétés) qui les englobe(nt) ? La tentative de Tönnies est peu opératoire. À vouloir épuiser la réalité sociale de leur totalisation, c'est la spécificité de chaque communauté qui est mise en relief et il n'est plus possible de mener à bien tout projet comparatif. La tradition centralisatrice française est particulièrement sensible à tout ce qui permet de transcender les particularismes. C'est peut-être cet arrière-fond symbolique[607] qui rend intelligible la méfiance des sciences sociales, en France, vis-à-vis de cette notion de communauté : elles sont plus attentives aux tensions du global et du local. Effectivement, le danger serait que la 'santé communautaire' présuppose une dynamique locale de solidarités informelles tant pour la prévoyance financière et préventive (au sens médical du terme) que pour la promotion de la santé, au point qu'elle fournisse le prétexte à une stratégie de désengagement de l'État. La seconde ambiguïté vient de ce que le *community care* des personnes âgées en Angleterre en vient à désigner les soins à domicile (opposés aux hôpitaux) avec une forte connotation de soins non-professionnels dispensés par les familles[608] : une fois encore nous restons sur le terrain des soins et de la prévention, tels qu'ils s'inscrivent dans le modèle biomédical, quand bien même les professionnels en sont absents. Quelle place est faite à la maîtrise de ce qui détermine en amont la détérioration ou l'amélioration de la santé ?

> "Disposer de davantage de données nous serait précieux, mais nos connaissances actuelles sont déjà suffisantes pour nous permettre de conclure que la réduction des inégalités sociales de santé repose essentiellement sur les politiques sociales et économiques futures et non pas sur une amélioration de la situation par la délivrance de davantage de soins médicaux[609]."

---

[606] Ce piège n'est pas propre à la situation française. Commentant les débats, politiques et scientifiques, qui se sont déroulés en Grande-Bretagne à la suite de la publication du rapport Black, Roy Carr-Hill conclut : "(...) de façon plus subtile, l'existence du NHS depuis la seconde guerre mondiale a empêché que ne s'établisse un débat sur de nombreux aspects importants des déterminants économiques et sociaux des inégalités de santé." (in Pierre AÏACH (et alii) (1987), op.cit., p. 177).

[607] Jean-Michel BERTHELOT (1990), op.cit., Ch. IV, § La théorie des «Thêmata» de Gérard Holton, pp. 149-152

[608] Frédéric LESEMAN et Claude MARTIN (sous la direction de) (1993), op.cit., pp. 73-93 et 198-199.

[609] Raymond ILLSLEY, Les inégalités sociales de santé en Grande-Bretagne, chapitre 2 de l'ouvrage de Pierre AÏACH (et alii) (1987), op.cit., p. 62.

3. La santé publique aux risques des politiques publiques.

Que la santé publique soit irréductible à une couverture assurantielle générale permettant un égal accès de tous et de chacun aux meilleurs soins, au soutien national et international à la recherche biomédicale et à la prévention des maladies, - que la promotion de la santé nécessite un dégagement de la santé publique du piège où elle est prise, peut être indirectement montré par l'analyse des effets des politiques sociales sur la mortalité[610]. Nous

[610] Nous nous référons ici aux travaux démographiques du "Séminaire de Paris" (28 février/4 mars 1983), en particulier à Milton I. ROEMER, Politiques sociales et systèmes de santé : leurs effets sur la mortalité et la

entendons par politiques sociales, selon la définition qu'en donne Milton Roemer, " les politiques qui affectent le niveau de vie global, soit dans ses aspects légaux, soit dans ses divers autres aspects caractéristiques d'un ordre social qui régit la façon dont vivent les gens". Cela signifie que les politiques sociales se constituent de la dynamique de l'action publique et privée dans la mesure où elle affecte les conditions de travail et de vie, ainsi que la culture et les styles de vie (revenus, emplois, logement, transports, formation, culture, etc.).

Politiques sociales et politiques de santé : quels effets ?

Ont été incluses dans cette évaluation des politiques sociales les politiques sanitaires, en particulier celles qui contribuent à façonner les systèmes de protection sociale. Mais l'impact de tels systèmes sur la santé des populations (appréciée en termes de mortalité) reste à ce jour peu évident : leur lien avec la médicalisation (dont on a montré les limites) permet de comprendre en première approximation que leurs effets soient réduits. Ainsi, si l'on compare les deux Allemagnes avant la chute du mur de Berlin en 1989, l'espérance de vie à la naissance est quasi-identique à la fin des années 70, soit 71, 95 ans en RFA et 71,70 ans en RDA (par contre le taux de mortalité infantile est nettement inférieur en RDA : 13,1 ‰ contre 14,7 ‰ en RFA en 1978), alors que leurs systèmes de soins sont très contrastés : la RFA a conservé l'essentiel du système d'assurance-maladie bismarkien (fixation des orientations de l'assurance-maladie par la loi et les partenaires sociaux les respectent, médecins libéraux recevant leurs honoraires des différentes caisses, variation des prestations reçues par les malades selon la caisse dont ils relèvent...) ; la RDA avait fonctionnarisé l'essentiel de ses personnels médicaux et paramédicaux de façon à ce que toute la population ait accès aux soins sans discrimination (au moins théoriquement). Comparons la Grande-Bretagne et l'Autriche : la première a un service de santé nationalisé (NHS) qui donne droit à chaque habitant à une prévention et des soins gratuits ; le programme d'assurance-maladie autrichien est loin d'avoir une aussi grande portée. Or, en 1976, l'espérance de vie à la naissance est de 72,5 ans au Royaume-Uni et de 71,65 ans en Autriche, et le taux de mortalité infantile est respectivement de 13,2 ‰ et de 14,7 ‰ en 1978.

En général, pour défendre la thèse de l'impact des politiques sanitaires, on compare les États-Unis, qui n'ont pas encore de système général de financement collectif des soins, à leur voisin du Nord, le Canada qui s'est doté depuis 1962 d'un programme provincio-fédéral d'assurance médicale et hospitalière couvrant quasiment toute la population. À la fin des années 70, avec une part bien moindre de PNB consacrée à la santé (7,5 % contre 9,5 %), le Canada a une espérance de vie à la naissance de 74,35 années contre 73,35 années aux États-

---

morbidité dans les pays développés, in Jacques VALLIN et Alan LOPEZ (avec la collaboration de Hugo BEHM) (ed.), *La lutte contre la mort. Influence des politiques sociales et des politiques de santé sur l'évolution de la mortalité,* Paris, PUF, Cahier de l'INED n° 108, 1985. Cf. également Marie-Hélène BOUVIER-COLLE, Politiques sociales et de santé, évolution de la mortalité : questions posées au cours d'un séminaire de démographie, *Sciences sociales et santé,* Vol. II, n° 2, 1984, pp. 85-109, et Jacques VALLIN, Politiques de santé et mortalité dans les pays industrialisés, *Espace Population Sociétés,* III, 1984, pp. 13-31.

Unis. On objecte à ce type d'argument que la faiblesse de la moyenne américaine est due aux groupes ethniques, comme s'ils avaient une moindre capacité biologique à préserver leur santé ! La comparaison de la mortalité de la seule population blanche des États-Unis avec celle de l'ensemble de la population canadienne ne laisse aucun doute : le taux comparatif de mortalité, en 1976-1977, est de 7,9 ‰ chez les hommes blancs américains et de 7,7 ‰ chez les hommes canadiens (y compris les métis et autres minorités) ; les résultats sont à peu près les mêmes pour les femmes ; la différence entre blancs et non-blancs aux États-Unis est manifestement due à la situation socio-économique inférieure de ces derniers, qu'aucun programme national de redistribution sociale ne vient corriger (les programmes Medicaid et Medicare, créés en 1965, sont restrictifs : le premier est réservé aux seuls indigents (ceux qui sont reconnus être au-dessous du seuil officiel de pauvreté), et le second aux personnes âgées de plus de 65 ans). Est-ce pour autant la preuve que la solidarité collective pour l'assurance-maladie est absolument nécessaire si l'on veut améliorer la santé des populations ?

La comparaison de la France et du Japon remet en cause le bien-fondé de la thèse de l'efficacité 'absolue' des politiques sanitaires. En effet ces deux pays ont développé ces politiques de manière fort semblable depuis la fin de la seconde guerre mondiale, naturellement avec des écarts dans la chronologie de leur application. La principale différence tient à ce que le Japon donne un caractère plus coercitif à ces mesures, et la France un caractère plus contractuel. Parti avec un handicap de mortalité très important dû au décalage de sa transition épidémiologique, le Japon a rattrapé son retard et dépassé, en matière de réduction de mortalité, tous les pays industrialisés.

> "En 1960, la durée de vie moyenne était de 66 ans pour le sexe masculin au Japon, et de près de 68 ans en France. En 1980, elle atteint 74 ans au Japon, 70,2 en France. Concernant les femmes, l'écart plus prononcé en 1960 (Japon 71 ans, France 74,5 ans) s'est refermé en 1980 (Japon 78,8 ans, France 78,5 ans). Au Japon la mortalité a beaucoup baissé chez les jeunes adultes et les adultes. En France, la mortalité des 15-24 ans du sexe masculin est en augmentation constante depuis 10 ans, tandis que celle des personnes âgées enregistre une décroissance remarquable[611]."

Il serait hâtif et erroné de conclure que les politiques sanitaires sont sans importance : ces résultats indiquent seulement qu'elles sont probablement insuffisantes. L'un des indices pour soutenir cette thèse tient à l'explication de la baisse de mortalité des jeunes et jeunes adultes au Japon, alors qu'elle était en croissance de 1960 à 1974 et qu'il a fallu attendre les années 80 pour qu'elle amorce une baisse en France. Contrairement à la France qui a pris des demi-mesures mal appliquées ou peu respectées pour lutter contre les accidents de la route (principale cause de mortalité des 15-24 ans), le Japon a interdit les motos à grosses cylindrées (sauf pour l'exportation) et puni d'emprisonnement les excès de vitesse : il s'agit

[611] Marie-Hélène BOUVIER-COLLE (1984), op.cit., p. 96.

bien d'une politique sociale de sécurité publique plutôt que d'une politique sanitaire au sens strict.

Plus généralement, la comparaison systématique entre les différents pays fait apparaître un lien entre la croissance économique et la baisse de la mortalité, au point qu'on peut penser que la crise économique de cette fin de siècle dans les pays occidentaux pourrait avoir pour conséquence un regain de mortalité. Mais on peut supposer aussi, compte tenu que la mortalité est également sensible aux politiques sanitaires et sociales, que des politiques délibérées de protection vis à vis des plus vulnérables à la crise pourront limiter les effets mortifères de la récession économique. Cette remarque nous conduit à nous interroger sur les estimations globales dont nous venons de faire état. On a montré que la mortalité avait peu ou prou diminué dans tous les pays industrialisés mais que les inégalités en la matière restaient importantes, soit qu'elles se soient maintenues, soit qu'elles se soient accrues. Dans ces conditions, peut-on tenir toutes les politiques sanitaires et sociales pour équivalentes, en observant leur présence ou non et en les globalisant pour en évaluer l'importance (le plus souvent en volume financier ou en part de PNB) ? Les politiques sanitaires et sociales, tout comme le mouvement de la mortalité, sont-elles indépendantes de la structure sociale et des mouvements sociaux qu'elles suscitent selon des dynamiques socio-historiques spécifiques ? interroge Rolande Borelly[612].

S'il ne fait pas de doute que l'évolution de la médecine et sa mise à la portée de tous jouent un rôle dans la baisse de la mortalité , ainsi qu'on l'a montré plus haut, il ne suffit pas de dire que c'est l'accroissement de la production qui a permis ce progrès : le rôle décisif revient à l'évolution dans les manières de produire ainsi que dans l'emploi et le partage des richesses. Mais cette évolution globale n'a pas profité à tous de la même façon :

> "Plus encore que les divergences d'évolution des causes de décès, ce qui frappe dans l'évolution des trente dernières années, et jette dans la plus profonde perplexité les experts en santé publique, c'est l'accentuation des inégalités. Les progrès spectaculaires de l'après-guerre, et ceux inattendus des années 70, ont en effet creusé les écarts relatifs : différences entre sexes, inégalité sociale, contrastes géographiques internes ou externes. (...) Trente ans après l'instauration de la Sécurité sociale en France, ou du plan Beveridge en Angleterre, le moins qu'on puisse dire est que l'inégalité sociale devant la mort n'a pas reculé. C'est sans doute l'échec le plus cuisant des politiques de santé si l'on met en regard l'effort colossal de redistribution entrepris. Le sujet est si brûlant que ce n'est que tout récemment que les démographes osent affirmer ce que montrent les chiffres. (...) loin de se limiter à un problème médical ou même d'action sanitaire, l'inégalité devant la mort n'est qu'un aspect de l'inégalité sociale elle-même[613]."

---

[612] Rolande BORELLY, Faut-il faire l'analyse globale de la mortalité d'une population ?, *Sciences sociales et santé,* Vol. II, n° 2, 1984, pp. 111-116.
[613] Jacques VALLIN (1984), op.cit., pp. 22-23 et 25.

S'il en est ainsi, il paraît bien insuffisant d'invoquer une mauvaise adaptation des politiques sanitaires : reconnaître l'emprise du sociétal sur la santé, et ses divers mécanismes sous-jacents, est la condition de possibilité pour rendre irréductibles les politiques sociales aux politiques sanitaires (au sens classique) et pour développer les premières à des fins de promotion de la santé publique[614]. Qu'est-ce que cette reconnaissance suppose ?

Politiques publiques et promotion de la santé : enjeux et problèmes.

La mise en place des politiques sanitaires tend à s'effectuer à partir d'une conception technique du domaine. Est-il question de santé ? Toutes les têtes se tournent vers les spécialistes de médecine ! En forçant le trait, on peut dire que l'État se décharge sur eux pour déterminer les objectifs mais qu'il garde son aspect régalien dans l'arbitrage et l'attribution des moyens. Ainsi à la vision technicienne du sanitaire fait pendant une vision instrumentaliste de l'État, totalement coupée de la structuration sociale. On oublie alors dans quelles conditions sociales est advenu l'État-providence : les lois sur les accidents du travail, sur les maladies professionnelles..., aussi imparfaites soient-elles encore, ont vu le jour sous la pression des luttes sociales, en particulier du mouvement ouvrier ; l'ordonnance de 1945 est tout de même issue de la victoire sur le nazisme et le régime de Vichy ; on pourrait multiplier les exemples du côté de la durée et des conditions de travail, du logement, de la scolarisation et de la formation continue...

> "Peut-on ignorer que l'écart radical que l'on observe dans bon nombre de pays sous-développés entre les objectifs de politique sanitaire inscrits dans le plan de développement et les réalisations effectives trouve aussi sa raison d'être dans le rapport de force entre groupes sociaux ? Si, dans ces pays, on construit des hôpitaux dans la capitale ou les grandes villes alors qu'on avait «planifié» le développement des soins de santé primaires dans les campagnes, c'est simplement que les classes dirigeantes parviennent à détourner le plan à leur profit...[615]"

Autrement dit, bien que les politiques sanitaires puissent faire l'objet d'une détermination techno-médicale de leurs objectifs et de leur mode d'accomplissement pratique, elles restent soumises, au moins quant à leur réalisation globale et à l'octroi des moyens, aux effets du sociétal sur l'État. S'il en est ainsi, il revient d'abord à l'État de se désenclaver de la pression technocratique pour mettre en œuvre une rationalité politique dans le choix des priorités entre les politiques sanitaires et sociales, en fonction de ses propres objectifs politiques dont les formes et les contenus sont définis selon les mouvements de la société civile.

---

[614] "La croissance des dépenses de soins ne permet de réduire que très marginalement les inégalités de santé tandis qu'elle soustrait des ressources aussi bien au système économique qu'aux politiques sociales", écrivent Robert ROCHEFORT et Christine MEYER, dans Raymond SOUBIE (Groupe «Prospective du système de santé» présidé par), *Santé 2010,* op.cit., p. 107.

[615] Rolande BORELLY (1984), op.cit., p. 113.

Une telle proposition mérite clarification d'un double point de vue : faisons-nous de l'État une simple résultante de l'équilibre de la structuration sociale ('l'État de classe', selon les théories marxistes[616]) ou bien une instance politique (avec ses modes d'organisation) autonome capable de mobiliser la société civile dans son ensemble (ou en grande partie) autour des inventions politiques propres de ses serviteurs et/ou de ceux qui gouvernent (l'autonomie de l'État, selon l'approche néo-institutionnaliste[617]) ? Faisons-nous du savoir des techniciens ou des ingénieurs-experts et de leurs avis un modèle de référence nécessaire et suffisant, totalement univoque et transparent, ou bien une construction sociale de la réalité, marquée par les limites et l'incomplétude de leur science et de leur technique, et par des rationalités substantielles opaques noyées dans leur rationalité formelle[618] ?

Des politiques publiques au service de qui ? Deux études de cas.

Que l'action étatique ne soit pas indifférente à l'état de la structure sociale, les politiques de sécurité sociale en sont la preuve : il s'agissait bien par la prévoyance collective de rendre l'accès aux soins possible pour tous et de prévenir la maladie chaque fois que les moyens techniques le permettaient. Doit-on pour autant adhérer à la thèse marxiste selon laquelle la politique de l'État est forcément conduite selon les intérêts de la classe dominante, à moins que de puissants mouvements sociaux la mettent en échec ? Si c'est le cas, il faut admettre que l'ordonnance de 1945 est une victoire de la classe ouvrière sur la bourgeoisie (la sécurité sociale comme conquête ouvrière est la position officielle du PCF). Comment comprendre alors l'opposition des socialistes et communistes français aux 'lois sociales' votées au cours des décennies précédentes, parce qu'ils soupçonnaient la bourgeoisie de vouloir intégrer la classe ouvrière au capitalisme et d'empêcher ainsi la révolution[619] ? Ces deux interprétations successives expriment simplement la discussion politique sans arrêt reprise par les marxismes : rechercher un compromis social aussi avantageux que possible dans le cadre du capitalisme ou bien refuser toute modification du système existant pour entretenir et amplifier la flamme révolutionnaire.

Les analyses historiques montrent une plus grande complexité des phénomènes qui rendent impossible la formulation de toute loi générale. Les premières mesures d'assurances sociales prises en Allemagne bismarckienne l'ont été explicitement pour défendre et légitimer l'ordre établi ; inversement il ne manque pas de penseurs 'progressistes' qui revendiquent une redistribution de la richesse et du pouvoir en faveur des classes populaires. En outre les positions (politiques ou syndicales) des classes bourgeoise, moyenne et ouvrière sont loin

---

616 Nicos POULANTZAS, *L'État, le pouvoir, le socialisme,* Paris, PUF, 1978.
617 Theda SKOCPOL and Edwin AMENTA, States and social policies, *Annual Review of Sociology,* n° 12, 1986, pp. 131-157.
618 Pierre-Philippe DRUET, Peter KEMP et Georges THILL, Le rôle social de l'expert et de l'expertise, *Esprit,* n° 10, 1980, pp. 55-67.
619 Henri HATZFELD (1971), op.cit.

d'être uniformes et univoques : pour chacune de ces classes, force est de constater l'hétérogénéité des objectifs.

Au regard des difficultés et des analyses circulaires de l'hypothèse marxiste, peut-on soutenir à l'inverse que l'instance étatique conduit ses politiques publiques en toute indépendance et en ne visant que l'intérêt général ? L'approche néo-institutionnaliste de l'État veut se démarquer de toutes celles qui accordent une trop grande importance aux pressions externes pour se consacrer au repérage des acteurs internes décisifs qui contribuent à l'élaboration et à l'exécution des politiques sociales, ainsi qu'à l'analyse des processus qu'ils mettent en œuvre. Quatre hypothèses sont au fondement de ce type de travaux :

> "1) En tout premier lieu, l'hypothèse première (*la question de l'autonomie*) est que les acteurs étatiques jouent un rôle essentiel dans l'intervention des politiques sociales, même si cette capacité est limitée par une série d'autres facteurs. 2) Le degré de bureaucratisation et de centralisation d'un pays détermine la capacité de l'État de formuler et de mettre en œuvre des politiques sociales (*State capacities*). 3) L'apprentissage social joue un rôle déterminant dans le type de politique sociale proposée. 4) Les structures organisationnelles de l'État exercent une influence indirecte sur les modes d'action des partis politiques et la vie politique en général et donc sur la capacité de mettre en œuvre les politiques souhaitées. L'autonomie de l'État est une hypothèse de base (un paradigme) alors que les trois hypothèses suivantes ne font en principe que mesurer les conditions d'application du paradigme. (...) Th. Skocpol souligne que l'autonomie n'est pas un trait structurel permanent d'un système étatique donné[620]."

Le risque d'un tel point de vue est de faire de l'État une instance indépendante, complètement coupée de la société civile : n'est-ce pas sous-estimer les pressions qui s'exercent à son endroit ? Pour éviter de le réifier au point de faire de ses relations avec la société un rapport à sens unique, il paraît nécessaire d'introduire une autre hypothèse, celle d'une interpénétration de la société civile et de l'État.

> "En tout état de cause, reconnaître l'existence de liens entre l'État et des segments de la société civile ne doit pas nous conduire à la conclusion selon laquelle les acteurs étatiques seraient les agents (conscients ou inconscients) de classe et de groupe d'intérêts, pas plus qu'à la conception pluraliste selon laquelle ils ne sont que des arbitres neutres s'efforçant de répondre aux demandes sociales[621]."

On peut mettre à l'épreuve cette perspective à travers deux exemples de politiques publiques qui témoignent à la fois de la relative autonomie de l'État (au point de permettre dans un cas l'élaboration d'un modèle technocratique) et de sa sensibilité aux cercles de

---

[620] François-Xavier MERRIEN, État et politiques sociales : contribution à une théorie «néo-institutionnaliste», *Sociologie du travail,* Vol. XXXII, n° 3, 1990, pp. 278 et 280.
[621] François-Xavier MERRIEN (1990), op.cit., p. 294.

pression qui provoquent l'annulation ou de sérieuses inflexions des projets originels : le projet Gamin (Gestion automatisée de médecine infantile) et les politiques de la vieillesse.

Conçu dans un contexte de réorientation de la politique à l'égard de la Protection maternelle et infantile (de la réduction de la mortalité infantile à la prévention des handicaps), le projet Gamin définit un système qui rassemble des informations issues de certificats de santé (CS) produits au moment des visites médicales obligatoires des bébés, de sorte qu'on ait un fichier permettant à la fois des travaux épidémiologiques et un suivi des enfants dits 'à risques'[622]. Le projet se forme à partir des textes d'application d'une loi votée en juillet 1970 instituant la délivrance de CS au cours de consultations médicales préventives obligatoires (les allocations familiales sont soumises à la présentation du CS), mais ces décrets et circulaires d'application, publiés trois ans plus tard, sont plus ambitieux que la loi. Ils définissent quatre objectifs explicites auxquels s'adjoignent d'autres objectifs secondaires (jamais officiellement revendiqués mais dont on ne cesse de parler 'dans les couloirs') : par les CS, on doit dépister toutes anomalies susceptibles de se transformer en handicap, organiser un suivi médico-social à partir de la PMI, ce qui suppose un traitement informatique des données recueillies permettant la mise en forme d'un fichier d'enfants 'à risques' ; au fur et à mesure de l'avancement du projet, d'autres objectifs implicites viennent s'ajouter : l'informatisation va rendre les services plus efficaces ; les médecins de PMI qui gardent jusqu'alors pour eux les renseignements vont se soucier de santé publique et se préoccuper des implications socio-économiques de leurs interventions ; le système va donner une légitimité technique aux assistants sociaux.

Au ministère de la santé, la réalisation du projet est confié à la Direction générale de la santé (DGS) qui délègue ses pouvoirs à la Division de l'organisation et des méthodes informatiques (DOMI). Rappelons le contexte : la volonté gouvernementale est de développer l'informatique en France, de sorte que la DOMI est politiquement légitimée (malgré les réticences et le manque de soutien des ministres successifs de tutelle) et qu'elle reçoit de solides appuis financiers. Quand le système est opératoire, la DOMI tente de persuader les DDASS de s'en servir, à charge pour elles de convaincre les Conseils généraux qui votent les budgets de la PMI : si toutes les DDASS n'ont pas accepté, la DOMI affirme qu'elle a été débordée par les demandes d'implantation, qui se sont étalées dans le temps et dans l'espace jusqu'à son interdiction ; les caisses d'assurance-maladie et d'allocations familiales ont manifesté leurs réticences ; les services de PMI ont été divisés.

Dans le même temps, dès 1974, se développent diverses sortes de luttes sociales contre le projet, initiées par des assistants sociaux syndiqués à la CFDT et à la CGT. L'Association nationale des assistants de service social (ANAS) soutient ces luttes. Dans plusieurs

---

[622] Nous reprenons ici divers éléments d'information et d'analyse contenus dans l'article de Colette HOFFSAES, Le système Gamin. Erreur technocratique ou premier pas vers un fichage généralisé ? *Esprit,* n° 5, 1982, pp. 22-42.

départements, la lutte se mène au sein des Conseils Généraux dont certains refusent de voter les crédits pour l'implantation et le fonctionnement du projet. Alors que les syndicats médicaux manifestent leur désapprobation sans donner de consigne (sauf le Syndicat de la médecine générale), la plupart des médecins de PMI se plient à la contrainte bureaucratique, tout en censurant les informations qui pourraient être nuisibles à l'enfant en cas de divulgation. Les usagers n'ont pas particulièrement manifesté leur rejet, hors les groupes sensibilisés par ailleurs (militants syndicaux en particulier). Si la presse parisienne fait peu état de ces mouvements sociaux contre ce système (contrairement à la presse régionale), c'est que toutes ces luttes restent localisées : aucune coordination nationale efficace ne parvient à se mettre en place. Il reste que ce mouvement éclaté contribue à la sensibilisation du public par la diffusion du thème de la défense des libertés contre le fichage : lorsque la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) rendra son verdict (16 juin 1981) après le changement de majorité politique, nul doute qu'elle ait tenu compte de cette nouvelle sensibilité publique (même si elle voulait par ailleurs afficher une indépendance que d'aucuns lui contestaient pour n'avoir pas osé affronter le ministère de l'intérieur quant à son projet de carte d'identité).

Bien qu'il y ait beaucoup à dire sur cet épisode de la politique sanitaire dans les années 70, on retiendra deux axes d'analyse. D'abord on peut voir à l'œuvre très explicitement les hypothèses de l'approche néo-institutionnaliste. L'autonomie de l'État se manifeste à un double niveau : les décrets et circulaires d'application réinterprètent la loi de réorientation de la PMI en élargissant ses objectifs ; les concepteurs de la DOMI, bien que théoriquement sous la dépendance de la DGS qui est consultée régulièrement, occupent une place prépondérante du fait du soutien politique général à l'informatisation. L'effet de bureaucratisation et de centralisation est perceptible : la force formalisatrice du projet de la DOMI est en parfaite osmose avec l'appareil administratif français (on en trouve un indice dans l'opposition vigoureuse des personnels administratifs aux assistants sociaux parce qu'ils refusent l'informatique ; les administratifs revendiquent ce 'progrès' sous condition d'une 'utilisation démocratique') ; faute de pouvoir financer le projet grâce au ministère de tutelle, la DOMI a recours à d'autres sources de financement auprès des ministères qui sont chargés de soutenir l'informatisation.

Le rôle de l'apprentissage social des concepteurs mérite qu'on s'y arrête, car il détermine la portée technocratique du projet. Au moment de sa mise en route, la DGS et les concepteurs sont confrontés à deux référentiels opposés[623] : d'un côté, le rapport Bloch-Lainé, sur l'inadaptation des personnes handicapées, offre la contrainte comme solution pour que les familles des milieux défavorisés, les plus exposées aux handicaps, soient efficacement

[623] Pour une explicitation du concept de "référentiel des politiques publiques", nous renvoyons à Bruno JOBERT, Représentations sociales, controverses et débats dans la conduite des politiques publiques, *Revue française de science politique*, Vol. 42, n° 2, 1992, pp. 219-234.

informées ; de l'autre côté, le rapport de Bernard Lory pour le VIème Plan préconise "une politique d'action sociale qui vise la «recherche de l'autonomie des personnes et des groupes» et qui ne soit plus «une fonction compensatrice des dégâts humains engendrés par le type de croissance»." Pour tenter d'éviter la contradiction, ils présentent le projet sous ses seuls aspects techniques, sans jamais en expliciter les finalités sociales sous-jacentes : qui pourrait ne pas se sentir d'accord avec l'objectif affiché de prévention des handicaps ? Quand grondent les remous et les conflits, on s'en tient encore à cette position technique : pas de confrontation avec les acteurs du terrain, pas de négociations, mais utilisation des critiques pour améliorer le système.

> "Les moyens très puissants de traitement de données mis en œuvre semblent avoir aveuglé les concepteurs au point qu'ils ont envisagé une accumulation de données dans l'espoir d'en tirer de multiples informations, comme si la rigueur scientifique du traitement pouvait compenser l'incertitude fondamentale quant à la signification réelle des données. (...) *(On a voulu)* croire (ou faire croire) qu'on peut éviter les débats sur les finalités en se mettant d'accord sur les mesures techniques. On a cru (ou essayé de) faire taire les divergences en provoquant un accord au niveau de l'action[624]."

Un second axe d'analyse peut se constituer autour de l'opposition au projet Gamin. Si les luttes sociales sont éminemment localisées et si les usagers y participent si peu, n'est-ce pas qu'elles relèvent d'abord de luttes de concurrence entre spécialistes du champ médico-social ? Aux informaticiens et aux administratifs du ministère qui font valoir une aide à la décision plus rationnelle parce que plus documentée, les assistants sociaux opposent l'inadaptation de l'informatique au travail social parce que Gamin introduit une ségrégation par l'étiquette qu'il accole à un certain nombre d'individus, étiquette qui peut avoir force de prédiction créatrice auprès de l'enfant ainsi labellisé. Quand le ministère met en avant l'intérêt collectif et épidémiologique des données médicales que chaque médecin de PMI garde par-devers lui, les praticiens rétorquent que le secret médical est indispensable pour donner et garder la confiance du client, et donc que c'est sur le lieu même de la collecte d'information que la décision doit être prise. Finalement l'enjeu de ces luttes, même si elles ont mis en scène la question de la défense des libertés, est la question de la détermination du niveau et du lieu de pertinence du savoir : pour des décisions efficaces, les savoirs généraux des épidémiologistes et des gestionnaires sont-ils 'supérieurs' aux savoirs localisés des praticiens du terrain (médecins et travailleurs sociaux de PMI) ?

Reprenons maintenant quelques-uns des éléments d'analyse des politiques de la vieillesse élaborés par Anne-Marie Guillemard, les plus pertinents pour notre démonstration. À la fin des années 50, le passage à la Vème République dote l'État français de nouvelles capacités d'autonomie qui entrent en synergie avec le volontarisme politique gaullien. Au début des années 60, la création de l'Association des régimes de retraite complémentaire (ARRCO)

[624] Colette HOFFSAES (1982), op.cit., p. 32.

constitue une sorte de second régime général, mais il échappe au contrôle des pouvoirs publics (gestion paritaire issue de conventions collectives pour lesquelles la fonction de l'État se borne à entériner accords et compromis). Le nouvel État gaulliste ne peut pas rester spectateur au moment où le débat public met sur le devant de la scène les problèmes de la vieillesse.

> "Il cherche à reformuler ses réponses en termes plus socio-politiques d'une part, en relançant et rénovant ses actions sociales traditionnelles en faveur de la vieillesse, d'autre part, en impulsant un déplacement du débat sur la vieillesse de la question des retraites à celle du mode de vie[625]."

Pour ce faire, l'État, sous l'impulsion du premier ministre Michel Debré, met en place une Commission d'étude présidée par un grand commis jouissant de prestige et d'autorité, Pierre Laroque, qui s'adjoint neuf membres retenus pour leur capacité d'expertise (toute personne représentant des 'intérêts sociaux' est écartée). Par sa composition, la Commission d'étude manifeste doublement son autonomie, du côté des intérêts particuliers et de leur représentation politique, syndicale ou associative, - et du côté des administrations sectorielles dont relève jusqu'alors la gestion de la vieillesse. Elle la manifestera encore par le contenu de ses conclusions, en s'écartant du référentiel prévalant en la matière à cette époque-là : celui-ci, porté et amplifié par les syndicats, réduisait les problèmes auxquels pouvaient être confrontés les vieilles gens à des questions de retraite ; dans l'ambiance du moment, on supposait que tout serait réglé à partir du moment où le système de retraite donnerait une protection suffisante. La Commission Laroque déplace l'objectif de ce type de politique sociale : mesures affectant les retraites ou l'emploi doivent être au service d'autres mesures politiques visant la non-ségrégation des personnes âgées par une action sur leur mode de vie qui leur permette de vivre sans rupture au milieu de leurs concitoyens dans leur environnement familier. Le thème de l'insertion sociale se substitue à celui du droit au repos et à ses conditions matérielles de possibilité.

Ce projet, quoiqu'élaboré par des experts, n'est pas totalement coupé de la société civile : si les syndicats, traditionnels défenseurs des politiques de retraite, n'ont guère de prise sur le mode de vie des vieilles personnes, associations caritatives privées, organisations professionnelles des personnels médico-sociaux, institutions sociales (dont les Bureaux d'aide sociale) et caisses de retraite complémentaire (leur concurrence les rend novatrices en matière sociale) sont au contraire en phase avec de telles perspectives. Pourtant, faute d'avoir le soutien indispensable des représentants de la population active (syndicats patronaux et des salariés), et parce que l'État n'a pas su dégager les moyens nécessaires à la mesure des propositions (quand Pompidou arrive comme premier ministre, l'heure est au blocage des prix et à une certaine rigueur budgétaire), les travaux de la Commission vont être relégués au rang

---

[625] Anne-Marie GUILLEMARD, *Le déclin du social. Formation et crise des politiques de la vieillesse,* Paris, PUF, Coll. Sociologies, 1986, p. 150.

d'utopie technocratique au niveau des politiques publiques centrales. Il reste que le rapport Laroque va constituer un solide référent pour les acteurs localisés de terrain : à travers eux se construit une production gérontologique originale et à maints égards novatrice.

La fin des années 60 est exemplaire, de ce point de vue, des effets d'une partie de la société civile sur ce référent commandité par l'État. Élus locaux et travailleurs médico-sociaux vont fragmenter le projet global pour mettre en œuvre ce qui relève de leurs possibilités et de leurs compétences.

> "Des instruments, visant la prolongation de l'autonomie de la population âgée, s'élaborent sur le terrain et se codifient (formules du club, du Centre de jour, de l'aide-ménagère, logements-foyers avec services collectifs, sectorisation, coordination) ; ils vont bientôt être identifiés à toute la panoplie de services et équipements relevant de la politique de la vieillesse. Les moyens vont se faire finalités. La mise en œuvre du dispositif de services et équipements tiendra bientôt lieu de politique, et se substituera au projet ambitieux d'une politique de la vieillesse[626]."

La parcellisation du projet ne se comprend que si l'on prend garde aux intérêts sociaux qui rendent cette opération possible : il s'agit moins des intérêts (d'ailleurs en concurrence) des nouveaux agents de la gérontologie que de ceux des couches moyennes salariées dont ils sont les colporteurs. L'une des grandes ruptures des années 60 est la transformation de la structure sociale des personnes âgées de 65 ans et plus : ce sont les employés, les cadres moyens et les cadres supérieurs qui, en augmentant le plus au sein de cette population inactive, contribuent à transformer la vision misérabiliste de la retraite ; ce sont eux qui sont d'abord visés par les acteurs de ce que l'on appellera 'le marché du troisième âge'. Si le rapport Laroque refusait l'idée d'une politique uniquement focalisée sur les retraités des classes populaires et s'il préconisait comme cible d'une politique sociale l'ensemble de la population âgée, les nouveaux acteurs gérontologiques ont fait dériver le projet vers des solutions intéressantes pour les nouvelles couches moyennes salariées à la retraite.

Une telle inflexion ne signifie pas que ce type de politique soit le résultat de la lutte des classes : les classes moyennes salariées n'ont pas suscité de mouvement social spécifique pour atteindre ce résultat et les combats syndicaux se sont toujours polarisés sur les retraites. Parce que l'État s'est donné les moyens législatifs (sous la Vème République) d'une capacité autonome d'action, il peut s'allier avec des réseaux sociaux que son orientation politique intéresse, même s'il lui faut quelque peu sacrifier aux intérêts particuliers de ceux dont ces réseaux sont les médiateurs. Il en était tout autrement sous la IVème République : chaque fois que le mouvement syndical parvenait à manifester sa force, il pouvait obtenir de l'État une revalorisation des retraites. L'hypothèse de Theda Skocpol est, sur cet exemple, tout-à-fait pertinente : selon les périodes historiques, tout système étatique peut avoir plus ou moins d'autonomie. Inversement, l'autonomie étatique, aussi grande soit-elle, ne signifie pas que les

[626] Anne-Marie GUILLEMARD (1986), op.cit., p. 176.

politiques publiques centrales n'aient rien à voir avec l'état des rapports sociaux : ceux-ci l'obligent à prendre une forme spécifique, qui à son tour rejaillit sur eux.

> "(...) la politique du mode de vie ne s'est pas constituée totalement à l'écart des rapports sociaux, mais bien plutôt dans un mouvement d'opposition à la politique des retraites et aux forces sociales qui la dominent. (...) Il ne faudrait pas oublier cependant, qu'une fois produite, une politique affecte en retour les rapports sociaux qui l'ont fait naître. (...) Née de l'expression de l'autonomie d'un État gaulliste qui accroissait sa légitimité et sa capacité représentative, en reconnaissant une nouvelle citoyenneté et de nouveaux droits au groupe âgé, la nouvelle politique d'insertion sociale n'a réussi qu'à étendre le nombre des administrés âgés et à focaliser sur l'État toutes les demandes liées à la vieillesse. Elle ne peut alors qu'approfondir la crise de l'État-Providence, en encourageant un processus de délégitimation du système, qui s'ajoute à la crise financière ouverte surtout par le système des pensions[627]."

De la construction de référentiels pour les politiques publiques à la non-décision.

Dans les deux exemples dont nous avons repris à Colette Hoffsaes et à Anne-Marie Guillemard des éléments d'analyse, il est patent que des acteurs collectifs qui ne relèvent pas des forces sociales classiques issues de la structure sociale, jouent un rôle important. Ils manifestent l'existence de réseaux plus ou moins structurés et hiérarchisés de relations entre l'État et la société civile : par eux, des groupes (qui se déterminent souvent par leur compétence/performance dans un champ) tentent de consolider ou de préserver influence et/ou privilège, tandis que des membres de l'État visent à persuader des segments stratégiques de la société civile de soutenir des finalités politiques déterminées. Il apparaît que ce sont ces cercles de sociabilité dans et autour de l'État qui fabriquent les référentiels les plus opératoires à la base des politiques publiques effectives. L'enjeu est en effet d'élaborer une représentation de la réalité qui soit telle qu'elle limite les conflits et jugule les contradictions dangereuses pour la cohésion sociale, et dont on puisse faire découler une action publique cohérente et acceptable.

Comment s'élabore un tel référentiel ? Certains auteurs de l'approche néo-institutionnaliste font l'hypothèse que ce travail procède moins d'une analyse des problèmes en eux-mêmes que d'une analyse des effets des politiques passées. À considérer le projet Gamin ou le rapport Laroque, on peut mesurer le caractère fructueux d'une telle hypothèse. La construction du système Gamin s'effectue en réaction à l'ancienne politique de PMI dont l'objectif de réduction de la mortalité infantile était considéré comme atteint ; le projet de la Commission Laroque se situe en tant que contrefeu aux politiques de retraite jusqu'alors considérées comme la panacée des politiques de vieillesse. Mais cette hypothèse reste

[627] Anne-Marie GUILLEMARD (1986), op.cit., p. 215.

partielle : dans sa 'pureté', elle aboutirait à admettre que l'élaboration des référentiels est largement technocratique, c'est-à-dire produite par des spécialistes de l'évaluation des politiques passées qui imposeraient leur propre vision au regard des transformations présentes (leur projet découlerait d'une nécessité logique incontestable au carrefour des contraintes du passé et de celles du présent). Or, rien de tel ne s'est produit, au moins dans les deux cas analysés.

Ce que les néo-institutionnalistes dénomment 'processus d'apprentissage' s'opère autant au cœur de l'État que sur des scènes périphériques : on en trouve la trace dans le caractère composite de son aboutissement.

> "Ce caractère composite résulte, d'abord, du fait que la construction d'un référentiel ne se fait jamais sur une table rase, elle ne réussit que dans la mesure où elle parvient à fédérer et à articuler des changements dans des représentations complexes. Il ne peut être insensible à la bataille des mots qui se joue dans les forums de la communication politique : mais le climat idéologique ainsi créé ne se confond pas forcément avec le mouvement des représentations des différents groupes sociaux composant l'opinion publique. (...) *(Encore faut-il que les référentiels)* soient compatibles avec les représentations propres au domaine concerné. La situation la plus simple à analyser est celle où une profession puissante ou un grand corps de l'État exerce une emprise sans partage sur le domaine. Mais le cas le plus fréquent sera celui où plusieurs groupes professionnels sont en conflit pour faire prévaloir une définition de la situation qui renforce leur identité et leur ouvre des voies d'expansion. (...) Plus un domaine sera fragmenté et divisé par des cultures professionnelles et des images des organisations multiples et rivales, plus importante et difficile sera la tâche de construire un référentiel articulant ces différentes représentations[628]."

Avec ce modèle, il est exclu de rendre intelligible un référentiel déterminé à partir d'une procédure intellectuelle rigoureuse et transparente, comme tendent à le (faire) croire ceux qui ont une vision technocratique des politiques publiques (cf. ci-dessus, chez les concepteurs de Gamin, la volonté de rabattre tous les aspects de leur système sur son côté technique). Au contraire, les processus d'apprentissage qui mènent à un référentiel relèvent de tâtonnements (les acteurs ne sont pas omniscients) et de processus symboliques qui visent à la conciliation la plus crédible possible d'impératifs contradictoires. Le référentiel sera d'autant plus facilement accepté qu'un plus grand nombre de parties de la société civile pourra se le réapproprier : n'est-ce pas ce qu'il est advenu du projet Laroque 'morcelé', quand sa partie mode de vie a fini par constituer le ciment d'un champ professionnel diversifié, en écho à une mobilisation intéressée des classes moyennes salariées ?

Il reste que l'analyse des représentations qui sous-tendent les politiques publiques peut être prise au piège de la rhétorique justificatrice qui permet de saisir, à travers les discours

[628] Bruno JOBERT (1992), op.cit., p. 223.

officiels, les objectifs explicites de ces politiques sans que l'on ait pour autant une information effective sur l'action publique. C'est le mérite de Bruno Jobert et Monica Steffen d'avoir permis un contournement de ce piège en introduisant une problématique de la non-décision[629]. Il est en effet remarquable de constater que, sur des périodes relativement longues, il existe à la fois une reconnaissance de problèmes sociaux spécifiques et des propositions de solutions alors même que cela ne débouche pas sur une action publique appropriée (cette définition exclut les revendications de certains groupes, rejetées hors de la scène politique).

Au niveau de la politique sanitaire, comment se manifeste ce phénomène ? La formulation et l'application d'une politique de santé n'arrivent pas à maturité et exécution chaque fois que son champ d'application bouscule les clivages et frontières de territoires déjà solidement institués. Des exemples en miroir permettent de prendre la mesure de la portée de cette proposition. Dans l'après-guerre, la politique de modernisation de l'hôpital (réforme Debré) et la politique du conventionnement de la médecine libérale ont abouti parce qu'elles n'ont rien changé aux délimitations entre les attributions de l'hôpital et celles de la médecine ambulatoire, et qu'elles sont allées dans le sens de la hiérarchisation des pouvoirs au sein de la profession médicale : la réforme hospitalière favorise la montée en puissance des fondamentalistes au détriment des cliniciens[630], le conventionnement favorise les spécialistes au détriment des généralistes, et l'ensemble s'inscrit dans le mouvement historique d'une technicisation croissante de la médecine. Il est remarquable que la réforme hospitalière 'constamment' remaniée de 1984 à 1991 ait achoppé sur des enjeux de frontières (des services au département, du médical à l'administratif) et leurs implications[631]. Inversement les recherches de formes alternatives d'exercice de la médecine de ville (par exemple, les centres de santé) tout comme les alternatives à l'hospitalisation, toutes deux reconnues comme des défis par l'État et les hommes politiques (la première de ces exigences est inscrite dans le programme du PS de 1981), s'enlisent et n'aboutissent pas : ne peut-on pas conclure que la probabilité de non-décision est d'autant plus forte qu'il s'agit de déterminer ce qu'il en est du médical et du social[632] ? S'il y a là une première piste à explorer, elle n'est pas la seule. Au

---

[629] Bruno JOBERT, Monika STEFFEN, Décisions et non-décisions en matière de politique de santé, Communication au Congès de la Société Française de Santé Publique, *L'action de santé aujourd'hui : partenaires pouvoirs et décisions,* Lyon, 16-17 mai 1988 (texte disponible au CERAT, Grenoble, 15 p.).

[630] Haroun JAMOUS, *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières,* Paris, Ed. du CNRS, 1969.

[631] Marie-Aude POISSON, Le département à l'hôpital. Réforme d'une organisation ou refonte d'un statut, *Connexions,* n° 45, 1985, pp. 139-158 ; Claude LAVIGNE, La loi du 31 juillet 1991 et ses textes d'application, *Échanges santé,* n° 68, 1992, pp. 5-14.

[632] Monika STEFFEN, La frontière entre le social et le médical dans la politique de la santé en France, Communication au XIIIème colloque de l'AISLF, Genève, 29 août-2 septembre 1988, 9 p.

sein de l'hôpital, il est clair que toutes les tentatives pour rendre transparents l'acte médical et son environnement immédiat se heurtent à de profondes résistances, alors qu'elles sont la condition d'une juste évaluation et d'une bonne gestion.

> "Depuis plus de 20 ans, à chaque changement de ministre, à chaque nouveau plan, est affirmée la nécessité vertueuse de construire un système d'information nouveau qui serait à la base d'une politique nouvelle de la santé plus axée sur la prévention, moins techniciste et mieux articulée sur les autres politiques sociales. Rituellement, en conséquence, les experts déplorent les faiblesses des recherches épidémiologiques en France et montrent que la demande, voire le besoin de santé, restent toujours une zone opaque dans la gestion du système de soin français. On ne peut qu'être frappé par le peu de conséquences de cet affichage insistant de priorité dans la pratique des administrations de la santé[633]."

Il est certain que cette opacité a été particulièrement profitable à l'élite hospitalo-universitaire : de sa puissance technicienne visibilisée, elle a tiré valorisation pour elle-même et pour son lieu d'exercice, au détriment de la prévention et plus encore de la promotion de la santé, nettement dévalorisées. Cette situation, où tout pôle d'évaluation et de régulation extérieur à la médecine est inacceptable selon cette logique corporatiste, a engendré un mouvement inflationniste des dépenses : supporté pendant la période d'expansion des 'Trente glorieuses', il ne peut pas être entériné par l'État dans un contexte de crise économique. En même temps ce contexte correspond à une période où le chômage, la toxicomanie, l'épidémie du sida, les personnes âgées dépendantes (entre autres phénomènes majeurs) posent des problèmes tels que les vieux clivages entre médecine hospitalière et médecine de ville, plus encore entre le médical et le social sont nécessairement remis en cause. Pourtant c'est de l'extérieur que va s'opérer la régulation : le ministère du budget et des finances élabore des règles qu'il applique brutalement ; le budget global hospitalier est un bel exemple de régulation bureaucratique qui ignore les subtiles variations des situations et procède par rationnement.

Sortir de l'impasse où se trouve la promotion de la santé : un modèle communicationnel au risque de l'expertise.

Pourtant, au cours de ces dix dernières années, de multiples tentatives ont été faites pour échapper à une telle solution formelle : peut-être la plus exemplaire est celle de la Commission présidée par de Bernis, mise en place par le Ministère de la santé lors du changement de majorité politique : "La promotion de la santé de ses membres pourrait être considérée comme l'objectif fondamental d'une société démocratique[634]." Au service de cette

---

[633] Bruno JOBERT, Monika STEFFEN (1988), op.cit., p. 7.

[634] de BERNIS (Commission présidée par), *Propositions pour une politique de prévention*, Paris, La documentation française, 1982, p. 117.

visée, la Commission propose une double stratégie : produire et diffuser des savoirs multipliés par un encouragement à la recherche multi-disciplinaire (au sein de laquelle les sciences de l'homme et de la société devrait en avoir un soutien privilégié), - éviter une éducation paternaliste en recherchant la participation des usagers[635]. En un mot, il s'agit de promouvoir la santé par un 'modèle communicationnel' qui exclut la domination du spécialiste en médecine : si les spécialistes des sciences de l'homme sont convoqués, c'est seulement au titre de leurs capacités à saisir au plus près la demande sociale dans sa diversité. Encore faut-il quelques alliés dans le champ sanitaire : on aura recours à la partie la moins puissante de la médecine, celle qui est censée être la plus proche des réalités quotidiennes du terrain, les médecins généralistes[636], dont une partie d'entre eux s'intéresse à cette possibilité pour redessiner les contours de leur spécificité et la revaloriser[637].

Tout le problème de ce 'modèle communicationnel' réside dans l'ambiguïté de son projet. À cause de son insistance sur la science et la recherche, en particulier dans son attention à l'amont de la maladie, tant sur le plan individuel (de la maturation au vieillissement, processus par ailleurs naturalisés) que collectif (effets de l'industrialisation, de l'urbanisation...), il développe à la fois un point de vue critique sur le fonctionnement sociétal et un projet en filigrane d'une autre organisation sociale : l'action sociale serait-elle de l'ordre de l'intervention sociale ?

> "Modifier l'environnement physique et surtout social, et par suite les comportements en connaissant toutes les interactions de l'un sur l'autre ne peut se faire "de haut en bas" par décision hiérarchique. Il faut élaborer une <u>méthode de prévention</u>, stratégie concertée, où <u>tous</u> les participants seront désormais des acteurs[638]."

L'enjeu est de s'assurer le concours actif des intéressés : non point le jeu classique de la délégation, mais la démarche active qui implique tous les acteurs de terrain dont la confrontation doit permettre l'émergence des priorités. L'un des lieux privilégiés de cette démarche active pourrait être la 'structure locale' de promotion de la santé, en ce que, à un

---

[635] La thématique de la participation des usagers a été tout particulièrement divulguée par l'OMS, en particulier à travers son encouragement à la promotion de la santé. Elle est reprise, en France, par un certain nombre de spécialistes d'épidémiologie sociale, qui restent marqués par la vision médicocentrique de cette promotion (réduction des inégalités dans l'accès aux soins et à l'information ; réduction des risques liés à l'environnement ; renforcement du support social ; motivation des individus à l'adoption de comportements favorables à la santé). Cf. William DABB, Marcel GOLDBERG, Emmanuèle MENGUAL, Christian ROLLET, *Décideurs tous risques. Du bon usage de l'épidémiologie,* Rennes et Paris, ENSP et Ed. Frison-Roche, 1993, pp. 130-131.

[636] Denis BUCQUET, Alain COLVEZ, Françoise HATTON, La prévention en médecine générale, *Sciences sociales et santé,* Vol. II, n° 1, 1984, pp. 51-69.

[637] Jean-Luc GALLAIS, Médecine générale individuelle et santé publique : deux disciplines et pratiques indissociables, *Revue de praticien - Médecine générale,* Tome 6, n° 181, juin 1992.

[638] de BERNIS (Commission présidée par) (1982), op.cit., p. 118.

niveau communal ou infra-communal, des acteurs aux sensibilités nouvelles (représentants d'associations de quartiers, de consommateurs, de parents, etc.) pourraient dialoguer avec les acteurs classiques (administration, professionnels, organismes payeurs). Est-on assuré pour autant d'avoir trouvé le point nodal de la réunification sociale ?

La question reste ouverte : il ne faudrait pas croire trop vite que le modèle habermassien de 'l'interaction communicationnelle' a enfin trouvé son terrain d'application. Pour cet auteur, si toute prétention à la validité d'une activité, c'est-à-dire sa justesse (comme toute prétention à la vérité ou à la sincérité) présuppose l'engagement d'une discussion au terme de laquelle le meilleur argument fondé en raison emporte le consensus (activité communicationnelle), l'accomplissement de ce type d'activité est référé à sa condition transcendantale : la "situation idéale de parole" (situation qui suppose que les échanges discursifs ne soient soumis à aucune contrainte externe ou interne). Il revient donc à l'analyse sociologique d'examiner la situation de parole telle qu'elle existe dans le cadre de structures locales de promotion de la santé. Quelles figures concrètes de 'situation de parole' peut-on y repérer ? Nicole Ramognino en voit deux à l'œuvre : le dialogue et le monologue.

> "En ce qui concerne le dialogue, il faut savoir qu'il sera doublement médiatisé ; d'abord par la présence nécessaire du technicien de la communication qui s'introduira en tiers dans toutes les relations sociales, ensuite par les "grilles" scientifiques, la "raison", avec lesquelles le dialogue pourra se réaliser. (...) L'intersubjectivité ainsi construite ne pourra être que technique et formelle (...)[639]."

C'est qu'il existe un côté pernicieux du dialogue : l'affichage d'un esprit d'ouverture, d'une capacité d'écoute, d'une disponibilité et d'une grande volonté consensuelle peut faire l'économie du débat sous prétexte de bannir la passion, le parti-pris et la polémique. Objections et oppositions ne mettent plus dans l'embarras : elles en viennent à être les faire-valoir de celui qui les reçoit en ce qu'elles lui permettent de manifester son respect de 'la démocratie' et de 'la différence'. On mesure la dissymétrie d'un tel dialogue : pour se permettre la prétention à intégrer tous les points de vue, encore faut-il avoir une position de pouvoir, le pouvoir d'incarner la volonté générale (fût-ce au niveau local). Ainsi le débat neutralisé devient l'occasion de prendre à témoin un tiers (un public) de la bonne volonté du pouvoir : il suffit de trouver un support médiatique adéquat.

> "«Dialoguons, dialoguez» ; voilà donc en quoi s'épuise désormais le discours du pouvoir. Sans réplique possible, sauf à faire acte de violence et refuser le jeu démocratique, ce langage constitue une langue de bois d'un type nouveau. (...) Si le dialogue est la panacée, on peut toujours affirmer - et c'est infalsifiable - que les difficultés, les échecs, les malheurs signalent que le dialogue n'a pas eu lieu, faute de

[639] Nicole RAMOGNINO, *Intervention et action sociales. Un exemple : les interventions préventives en matière de santé,* Conférence faite lors des Journées Nationales de l'A.N.C.M.P.P. (16-17 novembre 1984) (texte disponible au CERCOM, Université de Provence).

volontés assez pures, faute d'une foi insuffisante en la concertation. «Inerties», sinon volontés mauvaises, parviendraient à tout expliquer. On comprend par là la force qu'une telle position confère sur le plan théorique. Mais son efficace ne s'arrête pas là : elle peut, le cas échéant, orienter la pratique, car sa logique débouche, on le comprend, sur la dénonciation de boucs émissaires. Ainsi l'appel réitéré au dialogue et à l'ouverture exerce un terrorisme qui retourne la démocratie en son contraire[640]."

La seconde figure du modèle communicationnel de promotion de la santé peut être le monologue : il s'agit de la forme d'expression par laquelle quelqu'un ouvre aux autres sa propre intimité (ou une partie de celle-ci) à travers un travail de présentation de soi empruntant nécessairement au code en vigueur du paraître. La multiplication des monologues met progressivement en place une image collective des co-participants par un jeu de révélation mutuelle qui joue sur la communion et l'émotion.

"La première implique l'abandon d'un débat public et l'homogénéisation [sous forme] d'une adhésion inconditionnelle et irraisonnée aux différents mythes ou modes qui traverseront la société. La seconde produira des intensités fortes du lien social, mais fluctuantes et ponctuelles, lors de la "confession émotionnelle des identités". Ainsi présentés, dialogue et monologue, ces deux figures du social fondées sur la communication, conservent un aspect technocratique[641]."

Le modèle communicationnel de promotion de la santé, dont la situation de parole prend les formes particulières de dialogue et de monologue que l'on vient de présenter, a été marqué par 'l'air du temps', c'est-à-dire ce passage de l'âge idéologique à celui de l'ingénieur social, le passage à la légitimation de l'esprit technocratique par un type de communication qui encourage une pragmatique technico-empirique au détriment d'une réflexion sur les finalités. L'accent mis sur le respect des différences fait douter d'une volonté de changement des structures. Ainsi les voies ouvertes pour la promotion de la santé selon la commission présidée par de Bernis se heurtent en fin de compte aux limites du débat que connaît la mise en place des politiques publiques en France.

Le débat français sur les politiques publiques fait rapidement l'objet d'une double clôture : la première vient des professions (dans le domaine de la santé, les médecins et, on vient de le voir, les spécialistes de la communication) ; la seconde est produite par l'élite dirigeante qui se pose en seule interprète légitime de l'intérêt général.

"Ainsi, dans le domaine sanitaire, le débat public s'est toujours arrêté aux frontières de la zone de compétence du médecin. Il s'agissait au mieux de débattre des conditions d'accès à un système de soins, jamais de discuter de la contribution de ce système à l'amélioration de l'état de santé de la population. Dans la santé comme dans les autres

---

[640] Anne GODIGNON, Jean-Louis THIRIET, Dialoguons, dialoguez ou le sophisme démocratique, *Le Débat,* n° 68, 1992, p. 26.
[641] Nicole RAMOGNINO (1984), op.cit., p. 48.

secteurs des grands services collectifs, les grandes professions ont considéré l'opinion publique comme une masse de manœuvre, une source potentielle de mobilisation à utiliser contre l'élite dirigeante pour asseoir leur projet expansionniste. Mais le profane, le citoyen, même organisé en parti, n'a jamais été partie prenante dans les débats qui ont déterminé les orientations décisives des politiques de santé[642]."

D'autre part, la culture politique française accorde jusqu'à présent à l'élite politique une légitimité exclusive pour exprimer l'intérêt général. Afin de conforter cette légitimité, la classe politique au pouvoir procède par alliance avec les représentants de la science sacralisée et visibilise son consensus avec les grands corps scientifico-techniques (dont l'élite médicale hospitalo-universitaire, mais elle n'est pas la seule : il suffit de penser au programme nucléaire) : le citoyen peut s'informer s'il le souhaite, mais il ne peut pas discuter (on a montré que l'insistance sur le dialogue pouvait tourner à la langue de bois pour manifester la bonne volonté consensuelle du pouvoir en place).

Le mécanisme essentiel de cette clôture tient à ce que la confrontation des différences est toujours secrète parce que la procédure de montage des politiques publiques privilégie l'ajustement mutuel. Autrement dit, il existe bien des conflits (et ils sont parfois violents), mais il n'existe aucun écho public de ces débats en coulisse. Au contraire, au terme d'arbitrages, les affrontements sont escamotés et seul le résultat est présenté afin de préserver le présupposé scientiste de sa nécessité. En effet, on peut d'autant mieux présenter la politique envisagée comme raisonnable qu'on peut l'associer à des résultats d'expertise. Le problème vient de ce que, en France, l'expertise publique reste largement un monopole d'État : une fois encore le modèle français s'écarte du modèle pragmatique élaboré par Jürgen Habermas afin de situer les relations entre décision politique et savoir technique spécialisé dans la perspective des fondements d'une société démocratique ; le pluralisme et la transparence, qui supposent des 'disputes entre experts' sont absents du discours politico-administratif français, qui préfère brandir le stéréotype : "les experts sont formels..."[643]. Mais l'enjeu n'est pas seulement celui de la fonction de l'expertise en démocratie : il est aussi celui de la pertinence des évaluations et des contrôles des décisions politiques. Quand la Direction générale de la santé (DGS) fait appel à des grands noms de la médecine pour faire l'expertise de ceux dont elle est censée surveiller la conformité de l'exercice avec les politiques de santé, les experts sont à la fois conseillers et contrôlés, c'est-à-dire juges et parties : on a vu à quels errements cela pouvait conduire dans le cas de la transfusion sanguine, dans la mesure où les conseillers étaient aussi le plus souvent des gestionnaires et/ou des chercheurs plus au fait de biologie que d'épidémiologie.

---

[642] Bruno JOBERT (1992), op.cit., p. 238.

[643] Christiane RESTIER-MELLERAY, Experts et expertise scientifique. Le cas de la France, *Revue française de science politique,* Vo; 40, n° 4, 1990, pp. 546-585 ; Serge CLÉMENT, Jean MANTOVANI, L'expertise sociologique entre savoir et pratique politique, *Sciences de la société. Les cahiers du LERASS,* n° 32, 1994, pp. 113-127.

A-t-on réellement avancé avec la création des Autorités administratives indépendantes (AAI) dont la première forme voit le jour en 1978 avec la création de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) ? On a vu avec le projet Gamin que cette volonté d'indépendance était interrogée : autour de la composition de chacune des AAI et du statut de ses membres, le débat devient chaque fois passionné. Si nous examinons la composition du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) créé en 1983, on remarque qu'elle a fait l'objet de deux modifications successives. Composé de personnalités liées aux principales familles philosophiques et spirituelles, à la compétence en matière éthique et à la recherche, le CCNE fait déjà la part belle aux représentants du domaine de la santé. Mais cette primauté numérique, conforme aux décrets qui l'instituent, va être encore accentuée par un effet imprévu par le législateur : parmi les personnalités désignées au titre de leur compétence éthique ou de leur appartenance philosophique et religieuse, nombre d'entre elles viennent du domaine bio-médical, de sorte qu'en 1988 plus des deux tiers des membres relèvent à quelque titre de ce secteur[644]. Une telle monopolisation transforme forcément la mission d'animation du débat public en matière de bioéthique, qui était dévolu au CCNE, en débat entre spécialistes.

> "(...) à quoi bon discourir de l'indépendance du «sage» si on la sait à la fois impossible et indésirable ? À moins qu'on ne la souhaite qu'aussi - mais pas plus - ambiguë que celle d'un fonctionnaire français : un paradoxe très libéral vante aujourd'hui son indépendance en lui rappelant son devoir d'obéissance. Ce n'est pas la pire solution, elle n'a simplement rien à voir avec l'idée de contre-pouvoir et n'entretient aucune illusion de pluralisme[645]."

Si toutes les AAI fonctionnent de la même façon, le centralisme de l'État et son monopole en expertise n'ont en rien changé, ou plutôt ils sont devenus polycentriques. À la manière de Dominique Schnapper[646], ne faut-il pas distinguer deux sortes d'AAI : celles qui constituent des instances permanentes et les commissions de «sages» provisoires (par exemple, la Commission sur la nationalité en 1987-88 ou bien, plus récemment, la Commission sur les problèmes de drogue et de toxicomanie, présidée par le professeur Henrion) ? Peut-être le caractère provisoire de ces commissions, la diversité des personnalités qui les composent (parmi lesquelles les spécialistes ne sont pas prédominants) et les procédures d'audition publique qu'elles mettent en place assurent-elles mieux l'indépendance et le pluralisme nécessaires au débat public : quand les débats sont conduits sur le modèle de la confrontation

---

[644] François ALIAS, *Le Comité consultatif national d'éthique et l'institutionnalisation d'un débat public relatif à l'éthique biomédicale. Approche critique,* Thèse pour le doctorat (nouveau régime) de sociologie, Université de Toulouse-le-Mirail, 1991, pp. 164-166.

[645] Évelyne PISIER, Vous avez dit indépendantes ? Réflexions sur les AAI, *Pouvoirs,* n° 46, 1988, p. 83.

[646] Dominique SCHNAPPER, Défense et illustration des «Sages», *Pouvoirs,* n° 52, 1990, pp. 101-106.

et lorsque les médias leur assurent la visibilité, cela rend possible l'accès du public aux thèses en présence et à leurs argumentations respectives.

Autant d'ouvertures possibles qui peuvent permettre l'élaboration de nouveaux référentiels de la santé publique et la détermination de nouvelles priorités, mais les obstacles, on l'a vu, ne manquent pas : que les politiques publiques traduisent l'irréductibilité des questions de santé publique au cadre biomédical dans lequel on les a jusqu'ici enfermées, constitue l'enjeu de notre avenir. Qu'elles fonctionnent à l'identique et la perpétuation sera récurrente ; qu'elles prennent quelque figure audacieuse de l'altérité et il est probable que le devenir sanitaire des individus et des populations prendra les contours imprévisibles d'une amélioration dans la cohésion.

> "(...) au Japon, où les villes sont polluées, denses, où le niveau de stress est élevé, les dépenses de santé sont limitées comparativement à celles des pays occidentaux, et l'espérance de vie est élevée. Marmot et Smith ont avancé l'hypothèse que le facteur de cohésion sociale était l'explication à cette anomalie. Les différences entre classes sociales sont faibles au Japon, c'est aussi le cas en Suède. Il se trouve que dans ces deux pays, les différences d'espérance de vie sont aussi les plus faibles, les moyennes les plus élevées. (...) Poser les problèmes en termes de santé et non pas toujours seulement en termes de médecine élargit le champ des actions envisageables. (...) La politique de santé doit se concevoir en termes de problèmes à résoudre et non pas seulement en termes d'organisation de services de soins. Les services de santé ne contribuent pas seuls à l'amélioration de la santé. La santé n'est pas seulement une dépense, mais aussi un investissement[647]."

[647] Jean de KERVASDOUÉ, La cohésion sociale, facteur-clé de l'égalité devant la santé, *Le Monde,* 2 juillet 1992.

4. Santé publique, médecine et société.

Parce que la médecine a développé des connaissances et un art de soigner pertinents et efficaces, la maladie a été arrachée à une vision fataliste et la médicalisation est devenue populaire[648]. Encore son extension a-t-elle nécessité la solvabilité des patients éventuels : le développement économique et la mise en place progressive d'un système de protection sociale ont non seulement permis une plus grande accessibilité des soins, ils ont favorisé aussi l'inscription de la médicalisation dans la sphère technico-marchande, ce qui a eu pour effet d'accroître l'efficacité et l'efficience de la médecine, - et ils ont rendu possible l'insertion de la prévention dans la prévoyance collective.

Peut-on pour autant ramener toute l'amélioration de l'état de santé des populations au développement de la médecine et de la médicalisation ? La rationalité formelle de l'exercice médical, en tant que mise en œuvre d'un ensemble de moyens techniques (au sens large) au service de la guérison ou de la prévention des maladies, n'est pas exclusive de rationalités substantielles, parce que les significations des activités médicales se démultiplient et interfèrent avec leur portée technique, au point que les produits de l'activité médicale sont affectés par la logique de la consommation (en particulier la logique d'obsolescence des biens) et que le sens des techniques a une place importante dans leurs effets. L'ensemble des rationalités substantielles qui se greffent sur la rationalité formelle de l'acte médical interfère à un tel point qu'elles limitent son efficacité et son efficience. L'impulsion donnée aux évaluations dans ce domaine a pour but de corriger ce qui limite les effets de l'art médical dans son ordre propre.

À ces limites internes à la profession médicale, à l'appareil de production des soins et à l'environnement technico-industriel de fournitures pharmaceutiques et d'appareillages, s'ajoutent des limites externes. Comme on l'a montré, la dégradation, le maintien ou le développement de la santé résultent aussi de processus sociaux sur lesquels la médecine n'a pas de prise directe : on peut en percevoir la manifestation dans l'amélioration de la mortalité ou de formes de morbidité alors même que la médecine ne disposait pas des moyens adéquats pour la produire.

Autant d'éléments qui remettent la médecine à sa juste place : s'il est indéniable qu'elle contribue à la santé des individus et des populations, il est tout aussi évident qu'elle ne peut pas intervenir dans l'espace social où se nouent les mécanismes qui favorisent la vulnérabilité ou la résistance aux maladies. Un enjeu essentiel de santé publique consiste précisément à déterminer les limites de la médicalisation : va-t-on soutenir et amplifier le recours aux technologies médicales quand la santé est déjà dégradée ou bien, pour limiter la nécessité

[648] Jacques LÉONARD, Quand la médicalisation devint populaire, *Autrement,* n° 9, 1977, pp. 200-207.

d'un tel recours, va-t-on accentuer les interventions en amont pour préserver et développer la santé ? Plus généralement il s'agit de distinguer différents modes de médicalisation en fonction de la nature des troubles, et des niveaux d'intervention et de traitement médicaux de ces troubles : dans quelle mesure participent-ils à la justification des situations qui les produisent ou contribuent-ils à déceler les mécanismes qui président à leur manifestation pour les combattre sur un autre mode que médical ?

Parce que la protection sociale, en particulier l'assurance-maladie, s'est généralisée au cours de la période pendant laquelle le positivisme médical devient triomphant, la vision de la santé publique finit par coïncider avec le modèle biomédical d'éradication des maladies, de sorte que la promotion de la santé est réduite aux formes de préventions médicales, en particulier primaire et secondaire (selon la terminologie des professionnels). Ainsi, historiquement, la santé publique se trouve prise au piège de la protection sociale, dont l'objectif général de garantir les populations contre toutes les insécurités se trouve ramené à l'accessibilité des soins pour tous : en matière de santé, la protection sociale se réduit largement à l'assurance-maladie, - et il faut entendre l'expression au sens fort. Faute de prendre la mesure des dynamiques sociétales qui produisent les écarts sociaux en matière de santé, la médicalisation court-circuite la part du social dans les processus délétères : la prévoyance et la solidarité collectives ne peuvent pas être réduites à la fourniture de ressources permettant aux malades de recourir aux soins médicaux et aux médecins de pratiquer prévention et dépistages, car les conditions de travail et de vie aussi bien que les trajectoires d'activités et leur sens constituent le milieu qui favorise ou anéantit la santé, le terrain qui renforce ou affaiblit la résistance aux pathologies.

La comparaison internationale des politiques de santé atteste leur insuffisance : la réduction des inégalités sociales face à la mort et au malheur nécessite des politiques sociales spécifiques. Partie de la société, construite avec une partie des ressources produites par la collectivité, la profession médicale peut aider l'État à prendre des décisions pertinentes en matière d'organisation des soins et de prévention des maladies, puisque c'est son domaine de compétence, mais elle devient groupe de pression pour sauvegarder ou étendre ses privilèges lorqu'elle étend son domaine d'expertise au point de revendiquer le monopole de toute la santé publique, - elle s'inscrit dans une perspective technocratique quand elle participe au soutien d'une décision politique en la présentant sous l'autorité d'une nécessité scientifique. La construction de politiques sociales pertinentes pour la santé publique suppose l'élaboration de référentiels qui ne soient plus subordonnés à la vision biomédicale classique.

> "Si nous devons souscrire au point de vue selon lequel nous sommes sur la voie lente mais sûre de l'élimination de chaque maladie létale, l'une après l'autre, alors nous pouvons réduire au minimun tout engagement dans une perspective de changement social, et même résister à toute velléité de réorganisation des priorités sociales. Inversement, si nous pouvons montrer qu'il n'y a pas eu d'amélioration globale de la

santé de la population - et même, peut-être, qu'il y a eu quelque détérioration - en dépit d'efforts croissants, alors nous pourrions nous engager quelque peu dans le changement social et dans la réorganisation des priorités sociales. S'il n'y a pas eu d'amélioration globale, alors il est parfaitement justifié d'effectuer une réévaluation de l'utilité sociale et de la sagesse d'un tel effort[649]."

Encore est-il nécessaire que des confrontations et des débats soient organisés pour que les citoyens puissent participer à l'élaboration de solutions alternatives et, le moment venu, choisir au sein de la classe politique le groupe qui défend l'alternative qu'ils souhaitent. À ce niveau, le piège consiste à infléchir le modèle communicationnel vers des formes d'accomplissement qui substituent encore la technique à la démocratie. Si l'inégalité devant la mort n'est qu'un aspect de l'inégalité sociale, les politiques de santé et les politiques sociales ne sont qu'un aspect de la conduite politique d'une société : même pour la santé publique, l'enjeu est finalement l'orientation vers une plus grande cohésion sociale ou vers une société duale ou éclatée.

[649] John B. McKINLAY, Sonja M. McKIMLAY and Robert BEAGLEHOLE (1989), op.cit., p. 205 (notre traduction).

L'INTELLIGIBILITÉ DE LA DIVISION SOCIALE DE LA SANTÉ : UN ENJEU POUR LA SANTÉ PUBLIQUE.

Reprenant la métaphore goffmanienne de la scène et des coulisses, nous nous sommes donné pour objectif de porter un éclairage sociologique sur les enjeux sous-jacents à la mise en scène de la santé : sont-ils réductibles à des enjeux de médicalisation, de prévention et d'accessibilité aux soins, comme le laissent entendre les discours publics, d'ailleurs avec des accentuations très diverses sur tel ou tel terme ? Pour ce faire nous avons accompli un *parcours dont le moment-clé a consisté à rendre intelligibles les écarts de santé persistants au sein des populations* : comment est-il possible que des pays dont les politiques de santé avaient visé à réduire ces écarts par l'instauration de systèmes de protection sociale permettant à tous l'accès aux soins ne soient pas parvenus à atteindre ce but ? Après l'examen critique successif des divers modèles explicatifs de ce que nous avons établi relever de

l'inertie sociétale sur la santé, *notre thèse* consiste à montrer que chaque modèle offre tout à la fois des gains et des pertes d'intelligibilité et que seules la mise en perspective et l'articulation de ces modèles permettent d'atteindre une intelligence fine et démultipliée de la division sociale de la santé.

Le cœur de notre démarche permet de mettre à sa juste place l'intelligence médicale des pathologies : non seulement celle-ci rend possible une activité curative efficace (en dépit de limites actuelles, mais qui peuvent être repoussées) mais aussi une activité de prévention (historiquement plus limitée que la première) qui vise à empêcher l'apparition des pathologies ou à les traiter dès que le moindre signe suggère l'émergence d'un processus pathogène. Reste, au-delà du biologique, un univers désigné comme 'terrain' ou 'environnement' au sein duquel l'épidémiologie, en s'inscrivant dans une perspective étiologique, cherche à isoler des éléments associés à l'apparition des pathologies, les 'facteurs de risques' : l'intelligence épidémiologique prolonge ainsi l'intelligence médicale des maladies, mais en restant largement dans son cadre. La multiplication des études épidémiologiques (en dépit du fait que ce type d'approche reste le parent pauvre des disciplines médicales) aboutit à une invasion de résultats et de statistiques le plus souvent juxtaposées, faute de sortir du modèle biomédical pour situer les 'facteurs de risque' dans l'ensemble sociétal, même si diverses tentatives de l'épidémiologie sociale vont dans ce sens.

Au sein de notre itinéraire de recherche, nous avons tenté de nous situer au cœur de la pluralité des approches sociologiques *en essayant d'intégrer et de réinterpréter dans notre propre cadre des aspects importants des travaux épidémiologiques* (tout comme nous avons puisé dans les résultats démographiques et économiques) : les schèmes d'intelligibilité sociologiques 'appliqués' au domaine de la santé permettent à la fois une mise en ordre de résultats partiellement contradictoires et une intelligence de la persistance de longue durée des écarts sociaux de mortalité et de morbidité (quelles que soient par ailleurs les améliorations) tout comme de la relative impuissance de la médicalisation à les réduire, parce que l'inégalité face à la mort, les différences de morbidité et les divers référentiels de santé ne relèvent pas seulement d'inégalités génétiques naturelles mais aussi de divers mécanismes et processus sociaux.

S'il en est ainsi, la promotion de la santé des populations et des individus ne peut pas relever de la seule extension de la médicalisation (curative et préventive) : *l'un des enjeux de la santé publique* est de prendre en compte les mécanismes et processus proprement sociaux sous-jacents à la détérioration et à l'amélioration de la santé, que notre approche sociologique plurielle a tenté de démêler. Cela suppose que le piège historique dans lequel la construction sociale de la protection sociale et celle de la médicalisation l'ont largement enfermée, soit désamorcé. Une telle opération implique que les politiques publiques tiennent compte des

limites des politiques sanitaires passées et qu'elles soient élaborées en fonction de référentiels dont la construction procède de la pluralité des processus à l'œuvre[650].

Reprenons les étapes du parcours qui nous ont progressivement conduit à formuler les propositions qui peuvent se ramener à celle -ci : à partir du moment où l'on ne réduit pas la promotion de la santé à la prévention médicale des maladies, l'intelligibilité de la division sociale de la santé est un enjeu essentiel pour la santé publique.

1 - La puissance de la médicalisation (et de ses diverses conditions de possibilité) procède de son inscription dans le cadre de la vision émancipatrice de l'idéologie des Lumières et plus précisément de son attachement à l'épistémè positiviste la plus classique. Forçons le trait pour en faire ressortir le schéma : parce que la société se transforme, elle produit les conditions d'émergence de la médecine moderne ; à son tour, celle-ci favorise le cycle de la transition épidémiologique qui est au fondement de la transition démographique. Cette triple transition s'insère dans le mouvement du progrès par lequel les êtres humains se rendent "maîtres et possesseurs de la nature".

Mais ce mouvement triomphaliste, qui postule que l'émancipation de l'humanité et de l'individu, va de pair avec le progrès scientifique et technique (dont les avancées médicales) fait l'économie d'un certain nombre de problèmes. Nous avons emprunté aux modèles de Norbert Élias et de Michel Foucault la formulation des plus généraux. Au moment même où

---

[650] Il ne s'agit pas de défendre ici une position politique 'partisane' : le travail sociologique ouvre au contraire la possibilité de politiques concrètes très différentes. Supposons que l'un des référentiels pris en compte soit l'extrême faiblesse des revenus, en tant qu'elle est la manifestation d'une 'marginalité' professionnelle et sociale ainsi que d'une probable exclusion des mécanismes classiques d'assurance-maladie : cet ensemble de traits, on l'a vu, n'est pas sans conséquences sur la santé (de la malnutrition au sentiment d'aliénation par le non-sens de l'existence...). Pour tenter de rémédier à cette situation, on peut adopter au moins deux sortes de solutions politiques : redistribuer la richesse à partir du prélèvement d'une partie d'entre elle auprès des plus riches (position de gauche) ou bien impulser le développement de l'économie de sorte que la prospérité générale s'améliore, ce qui ne manquera pas d'améliorer la situation des plus pauvres (position d'une droite néo-libérale).

À cette situation de politique-fiction, on peut substituer la comparaison de mesures politiques concrètes déjà expérimentées. On a vu que la surmortalité des jeunes gens était due aux accidents de la route. La politique classique en la matière est celle d'un type de renforcement sécuritaire, en particulier celui des patrouilles de police : si le battage médiatique peut stimuler un temps la peur du gendarme, cela ne dure pas. On a montré que la conduite automobile était loin de se réduire à un apprentissage technique. C'est sur la base de ce constat de la complexité des 'cultures automobiles' qu'a été lancée, au début des années 80, la politique de l'apprentissage par conduite accompagnée : sur plusieurs mois, les jeunes acquièrent ainsi non seulement la compétence technique indispensable mais aussi un ensemble de codes symboliques implicites transmis par leur 'tuteur' (le plus souvent parents). Après quelques années, les résultats sont à la mesure des espérances : les jeunes qui obtiennent leur permis de conduire après l'apprentissage en conduite accompagnée ont beaucoup moins d'accidents que ceux qui l'ont obtenu après un apprentissage classique et cela n'est pas dû à un effet de sélection (cf. M. IVALDI, B. BELLOC et J.P. CRESTA, *Sécurité routière et formation à la conduite,* Rapport final du LEREM, Toulouse 1, 1987).

la domination de l'homme sur la nature s'accroît, le processus d'individualisation qui l'accompagne procède d'un tel apprentissage du contrôle des pulsions et des affects individuels que la composition du lien social devient problématique : les possibilités de divisions (sociale et psychique) et de conflits se multiplient. N'y aurait-il pas d'autres schémas alternatifs à celui que le positivisme évolutionniste présente comme le seul possible et nécessaire ? D'un autre côté, la multiplication des disciplines et des contrôles régulateurs (auxquels la médecine participe), présentée comme nécessaire au projet d'émancipation, porte atteinte à la souveraineté des sujets : est-elle toujours indispensable à la constitution de l'autonomie des individus ?

2 - Ce questionnement anthropologique trouve un écho dans le constat sociologique d'un relatif blocage de l'émancipation sur le terrain même de la santé : si les améliorations sont incontestables, comme l'avait déjà montré le cycle de la transition épidémiologique, il s'avère que les bénéfices des découvertes médicales ne profitent pas à tous de la même manière, en dépit du fait que leur accessibilité a été largement facilitée.

D'un côté les disparités sociales de mortalité et de morbité (mesurées de multiples manières) sont attestées quels que soient les critères socio-démographiques retenus (sexe, âge ou période du cycle de vie, catégorie sociale, appartenance nationale, zones de résidence) ; la comparaison des sociétés industrielles occidentales confirme la récurrence d'un tel phénomène ; mises en perspective historique, ces disparités s'amenuisent parfois quelque peu (comme la mortalité infantile selon les catégories sociales), souvent perdurent avec une grande constance et même peuvent s'accentuer (tel l'écart d'espérance de vie entre les sexes). Les éléments (comportementaux et environnementaux) dont les épidémiologistes ont démontré empiriquement qu'ils avaient une forte probabilité d'avoir des effets néfastes sur la santé (consommation de toxiques légaux ou illégaux, types d'alimentation mal équilibrés, modes de conduite automobile risqués, conditions de travail comportant des nuisances, situations de chômage, mœurs sexuelles exposant à des risques), ne sont pas distribués non plus au hasard : selon les mêmes critères socio-démographiques de partition de la population, on observe que certains groupes s'exposent ou sont plus exposés que d'autres.

D'un autre côté, les volumes de consommation de soins ne présentent pas de différences significatives au sein de la population, du moins au cours de ces dernières décades en France : la généralisation de l'assurance-maladie obligatoire a manifestement porté ses fruits. Deux nuances sont à ajouter à ce constat : l'examen de la structure des biens et des services médicaux consommés fait réapparaître des disparités semblables aux précédentes ; l'absence de couverture complémentaire, liée aux groupes les moins favorisés, s'accompagne d'une sous-consommation.

Ce constat est le bilan classique de données éparses mais connues, il est vrai parfois rassemblées dans des rapports de commissions à la demande de la puissance publique ou bien par quelques trop rares chercheurs. De ce point de vue, une innovation de notre travail a

consisté à rassembler, pour les adjoindre aux précédentes, les données disponibles ayant trait à ce que les épidémiologistes désignent par l'expression : 'pratiques liées à la santé'. Fondamentalement l'ensemble de cette mise à plat se constitue d'une mise en relation de ce que les spécialistes du champ (et, au premier chef, de l'OMS) considèrent comme indicateurs ou indices de santé, - et d'un ensemble de caractéristiques socio-démographiques habituellement utilisé pour prendre la mesure de la partition de l'espace social, expression de la division sociale au cœur du contrat social. À ce titre, il nous a paru prématuré de parler d'inégalités sociales de santé, dans la mesure où l'expression engage déjà une perspective explicative univoque : il nous paraissait suffisant de faire défiler sous nos yeux les données établies par d'autres en ce qu'elles étaient déjà comme telles révélatrices de l'emprise de l'inertie sociétale sur la santé, quelles que soient les durées considérées à partir de la fin du XVIIIème siècle. Sans doute il n'existe pas de description qui n'engage déjà un point de vue sur la réalité : nous avons voulu pour cette phase du travail en limiter la portée théorique pour faire apparaître un phénomène essentiel, le contraste entre une amélioration réelle de la santé, dans les sociétés industrielles, sur le plan global, au fil du temps - et la relative permanence des écarts au regard de la multidimensionnalité de l'espace social. C'est donc ce contraste que nous désignons comme révélateur de l'emprise de l'inertie sociétale sur la santé.

3 - Quelle intelligibilité pouvons-nous apporter à une telle emprise ? Le terme même d'intelligibilité n'est pas neutre : il réfère au fait que la sociologie ne dispose pas d'un seul modèle théorique univoque et d'une seule méthode pour rendre compte des objets dont elle s'occupe. Par le choix de ce terme, nous avons fait l'hypothèse que chaque modèle pouvait nous permettre d'expliquer ou de comprendre certains aspects de notre propre objet, sans qu'il soit réductible, dans sa totalité, à l'un ou l'autre de ces modes d'intelligibilité. À notre sens cette hypothèse était aussi un défi nouveau que le cœur de notre travail a tenté de relever : plus qu'une juxtaposition, une synthèse ou la mise en ordre d'une sélection de travaux (forcément aléatoire, tant les références sont extrêmement nombreuses), il se constitue de la mise en valeur de résultats acquis et de la critique de leur prétention à une trop grande généralisation dans leur interprétation, en essayant de faire apercevoir à la fois les aspects de l'objet qui sont ainsi les mieux éclairés et ceux qui restent dans l'ombre ; il se constitue aussi de la mise en perspective et de la reprise de ce qu'apporte chaque intelligibilité partielle. Nous avons essayé de faire la preuve qu'une intelligibilité plurielle de l'emprise de l'inertie sociétale sur la santé était possible, à la fois heuristique et productive.

3.1 - Avant de rappeler les temps forts de sa mise en œuvre, il faut revenir au préalable épistémologique de son fondement. Au regard de la perspective positiviste classique, cette hypothèse est un non-sens en raison de ses postulats fondateurs d'objectivisme, de déterminisme et de progressisme : une intelligibilité plurielle s'accorde mal avec le principe strict de causalité, celle-ci fut-elle 'molle' (implication faible). Revenant sur les objections qui lui ont été faites (pour l'essentiel, l'irréductibilité des individus à des objets d'observation),

nous avons sauvegardé les aspects majeurs de son héritage : la théorie précède l'établissement des faits et c'est l'accord sur des propositions théoriques déterminées qui permet leur mise à l'épreuve contrôlée ; penser la réalité, non en termes d'entités, mais de relations entre propriétés ; engager un travail précis et minutieux toujours ouvert au débat critique. Ce type de propositions ne contrevient plus à l'hypothèse d'intelligibilité plurielle.

Par contre, elle peut être prise comme révélatrice de l'épistémologie la plus radicale de la postmodernité, celle de la délégitimation de tout discours fondateur : une intelligibilité plurielle peut renvoyer aux fragments *ad infinitum* de la déconstruction. Si l'épistémologie postmoderne nous invite à lever progressivement toutes nos naïvetés vis-à-vis du rationalisme, peut-on le suivre au cœur même de sa position, une indépassable crise de la raison ? Nous avons choisi de situer notre hypothèse en marge de cette position, en nous fondant sur l'argumentation du néo-rationalisme, développée en particulier par Apel et Habermas : il est impossible en toute cohérence de critiquer la raison en sa totalité, sinon sur quel fondement ? En procédant réflexivement à la différenciation de la raison, on peut montrer que toute prétention à un sens ou à une validité nécessite une structure d'intersubjectivité communicationnelle et argumentative.

3.2 - Ce débat épistémologique n'est évidemment pas clos et il se poursuit dans le champ même de la sociologie de la santé. L'un de ses enjeux est le suivant : des variations observées dans les statistiques de la santé en fonction des procédures de leur construction, faut-il conclure qu'elles sont totalement artificielles ou bien peut-on maintenir qu'elles procèdent néanmoins de traits 'objectifs' indépendants de leur mise en forme ? Pour commencer à rendre intelligible l'emprise de l'inertie sociétale sur la santé, nous avons tenté de problématiser à notre tour les 'objets partiels' de sa mesure.

L'analyse des modes de construction des indicateurs et des indices retenus pour la mise à plat de la division sociale de la santé permet déjà un gain d'intelligibilité en ce qu'elle fait apparaître divers effets de sous-estimation et de sur-estimation qui sont loin de se compenser, et surtout que les faiblesses des instruments de description de l'espace social, dans sa multidimensionnalité, induisent un amortissement des écarts et une naturalisation de certaines interprétations. Si ce premier acquis invite à la vigilance dans l'établissement et la mise en relation des faits, le paradoxe de l'observateur permet de conclure que les résultats, loin d'être exclusivement un pur et simple effet de leur fabrication, témoignent de réalités sous-jacentes dont on peut atteindre une connaissance approchée : il existe bien un effet de la vie sociale sur la santé qu'on peut s'attacher à rendre intelligible.

3.3 - Constater qu'il existe un lien entre l'inertie sociétale et la partition de la santé au sein des populations induit le réflexe sociologique d'attribution de la détermination à la première sur la seconde : cette attribution-réflexe est-elle fondée ? Un certain courant sociobiologiste propose à l'inverse l'hypothèse selon laquelle c'est l'état de santé des individus et l'ensemble de leurs caractéristiques biologiques qui induisent leur positionnement social ultérieur. La

sélection par la santé réduit le façonnement de l'espace social à la fatalité des caractères génétiques hérités et à leur développement physique : le mode de structuration et d'organisation sociale serait le produit des mécanismes biologiques. Le caractère radical d'une telle hypothèse manifeste déjà quelque incohérence par rapport aux acquis de cette discipline : que la génétique impose des limitations et des contraintes à nos rêves libertaires n'implique pas que tout l'être humain soit prédéterminé et que la forme et le contenu de la culture soient déductibles de la nature biologique humaine. Encore est-il nécessaire que cette mise en cohérence théorique soit mise à l'épreuve.

Il est en effet possible de réintroduire la sélection par la santé dans la culture : divers mécanismes sociaux pourraient en quelque sorte s'emparer de ce capital biologique hérité pour en produire des effets sur la mobilité sociale. Le mécanisme social essentiel passe par l'éducation, en ce que la santé reçue à la naissance conditionne le parcours de formation et parce que les apprentissages éducatifs contribuent à la 'mise en forme sanitaire' des individus. Plus indirectement, d'autres processus peuvent contribuer à faire jouer à la santé un rôle de filtre par rapport à la mobilité intergénérationnelle et intragénérationnelle, que ce soit à travers la 'matérialité' de processus physiologiques induits (par exemple la prime enfance soumise à des privations alimentaires, ou l'exposition à des types de risques selon l'appartenance à des sous-cultures générationnelles...) ou bien par la réinterprétation symbolique d'éléments du développement corporel (le mariage est souvent l'occasion d'une évaluation de toutes les 'conformités').

Il est possible d'établir qu'il existe une différenciation des états de santé indépendante des différents positionnements dans l'espace social, au cours de l'enfance et de la jeunesse, et que l'on retrouve cette liaison après l'entrée sur le marché du travail et/ou sur le marché matrimonial : on peut déceler divers mécanismes socio-culturels par lesquels s'opère une sélection sociale par la santé rendant compte d'effets de mobilité sociale intergénérationnelle. Par contre cette hypothèse ne peut prétendre expliquer le processus de mobilité intragénérationnelle, sauf sur des points limités.

La perspective positiviste classique peut se fonder sur ces exceptions pour rejeter la perspective d'une sélection sociale par la santé. Le point de vue d'une intelligibilité plurielle permet au contraire de ne point exclure qu'un tel mécanisme soit à l'œuvre dans un certain nombre de situations : il peut jouer en s'incluant dans une séquence ou en se cumulant synchroniquement à d'autres, pour produire l'emprise de l'inertie sociétale sur la santé.

3.4 - Pour approfondir la relation entre les positions de l'espace social multidimensionnel et la différenciation de la santé, il importe de clarifier deux points. Premièrement, la circulation toujours possible des individus sur les diverses dimensions constitutives de l'espace social ne signifie pas que la structure des positions en soit automatiquement affectée : à supposer que les mécanismes de sélection sociale par la santé soient maîtrisés au point qu'à chaque génération les individus soient socialement redistribués indépendamment de leur

origine sociale, il resterait un ordre social immuable, consolidé et justifié par le mécanisme lui-même. Deuxièmement, quels que soient la mobilité sociale et les éventuels glissements qui affectent la structure sociale, il est vrai qu'il existe des déplacements tels qu'ils rendent très difficile toute comparaison à des moments distincts, surtout en moyenne et longue durée : c'est tout le problème du biais numérateur/dénominateur auquel rémédient partiellement les procédures longitudinales, dont le mérite par ailleurs est d'établir rigoureusement la hiérarchie sociale de la mortalité.

Pour rendre intelligible la hiérarchisation sociale de la santé, suffit-il de la référer, selon les approches fonctionnalistes, au système de récompenses matérielles (revenus, disponibilités immobilières, degré de confort...) et symboliques (prestige, honneur, accès à des biens culturels rares) ou bien au système des rôles attachés aux grandes fonctions de la société (fonction productive, éducative...) ? Expliquer le degré de santé par le degré de richesse (quelles que soient ses formes) a d'autant plus de pertinence que l'on observe les extrémités de la hiérarchisation (pays riches/pays pauvres, classes sociales favorisées/classes défavorisées) : les privations d'éléments les plus élémentaires pour le maintien et l'entretien de la vie ont évidemment des effets sur la santé. Il reste que l'explication économique est insuffisante : d'autres médiations sont en jeu et c'est l'intérêt de la distinction entre rôles masculins et féminins, rôles professionnels et domestiques que de nous y introduire.

L'élément essentiel en faveur de ce mode d'intelligibilité est le différentiel entre la morbidité et la mortalité des hommes et des femmes, en dépit du fait qu'elles varient en sens inverse l'une de l'autre. Au moment où l'on s'apprête à conclure que les rôles professionnels, pour l'essentiel accomplis par les hommes, sont plus traumatisants, voici que le cas des femmes accomplissant à la fois rôles professionnels et rôles domestiques met l'explication en déroute : elles manifestent une sous-mortalité et une sous-morbidité tant par rapport aux hommes que par rapport aux femmes inactives (seules les femmes mariées qui ont un métier dévalorisé font exception au regard des inactives). Bien qu'un examen approfondi de l'accomplissement d'un double type de rôles permette de comprendre que les bénéfices retirés par ces femmes soient plus importants que leur coût, on voit mal comment expliquer la surmortalité masculine et celles des femmes mariées actives ayant un emploi peu ou pas reconnu.

Si l'on passe à la tradition européenne de l'analyse des rapports sociaux, leur fondement sur les conditions de travail et d'existence ainsi que la tension entre les pôles de ces rapports permettent de rendre intelligible la réduction des conditions de travail à des questions de salubrité (sur plus d'un siècle), la primauté de la démesure du travail sur les mesures qui fixent progressivement (aux périodes de dérèglementation près) les règles de son accomplissement et enfin les conséquences néfastes que peut avoir le travail sur une durée de vie, en termes de fatigue et d'affaiblissement, de stress et d'épuisement. La double nature du travail ainsi que l'état des rapports sociaux de sexe met en lumière un double régime d'usure

du travail, bien au-delà d'une usure différentielle sur le seul vecteur des différences professionnelles. Le modèle est pourtant impuissant à expliquer les différences entre travail domestique, travail professionnel et cumul des deux, ainsi que leurs effets respectifs sur la santé : les écarts des états de santé qu'ils révèlent deviennent compréhensibles quand on les rapproche de l'axe de l'investissement exclusif ou pas (continuité/discontinuité) des qualités domestiques dans le professionnel - et de celui de l'exercice ou non de la fonction maternelle *(nurturance)* tant dans la vie domestique que professionnelle.

Mais l'hypothèse classique d'une détermination forte et exclusive de la situation de travail sur l'ensemble de la vie quotidienne cède la place à celle d'une interstructuration des temps sociaux : le travail seul, en ses multiples composantes, ne peut pas donner l'intelligence de l'emprise de l'inertie sociétale sur la santé. Les conditions de vie, en particulier le logement et le mode d'habiter qu'il implique, ainsi que les modes de sociabilité, ont des effets protecteurs ou dévastateurs sur la santé. Les constats, établis par l'épidémiologie sociale, selon lesquels le 'support social' (dans sa dimension de sociabilité 'active') protège d'une mortalité prématurée, sont repris et nuancés. Chacun des aspects 'objectifs' qui caractérisent les rapports sociaux en fonction des temps sociaux où ils sont vécus, interfèrent et interagissent les uns sur les autres, tantôt pour amplifier, tantôt pour limiter les conséquences bénéfiques ou pathogènes que les uns et les autres peuvent avoir sur la santé.

Les rapports sociaux ne se constituent pas seulement de positions déterminées par les conditions de travail et de vie au sein de la structure sociale, - et des fonctions assignées à ces positions : ils intègrent également des pratiques matérielles et symboliques qui forment des styles de vie. On a montré les divergences dans les conceptualisations et leurs conséquences pour discerner leur portée en matière de santé : la perspective wébérienne entre chances de vie (liées aux conditions matérielles d'existence) et conduite de vie est la plus féconde, à condition de ne pas réduire les conduites de vie à d'hypothétiques conduites de santé. Faute de trouver les matériaux adéquats, c'est-à-dire non réducteurs, nous avons pris le parti d'établir et de comparer quelques sous-cultures de classes et de couches sociales : quelles que soient les limites de cette approche, elle a le mérite de faire apercevoir le système de relations qui lient des comportements, des attitudes et des valeurs se rapportant explicitement à la santé avec l'ensemble de ceux qui participent de ces sous-cultures ainsi que leur dynamique propre dans leur propre travail d'assimilation/accommodation d'éléments qui leur sont étrangers.

3.5 - En revenant à la perspective wébérienne trop vite introduite, nous avons enfin tenté de prendre la mesure de la place des acteurs face à leur santé : si les chances objectives de vie tracent les contours des conduites de vie possibles, c'est-à-dire excluent la possibilité d'accomplir certaines d'entre elles, les individus, seuls ou en groupes, peuvent choisir parmi les conduites possibles celles qu'ils souhaitent actualiser. Mais comment saisir les souhaits ou les motivations en matière de santé ?

Nous avons montré que le modèle de l'acteur rationnel (dans un sens plus large que le présuppose l'utilitarisme) pouvait permettre de rendre compte de l'inflation de la consommation médicale, de la crise du système de soins et de l'assurance-maladie par la frustration relative que les possibilités ouvertes de médicalisation engendrent. Par contre, quand on se tourne vers d'autres choix ayant trait à la santé, la psychologie de convention du modèle, qui présuppose le sens de l'activité, ne permet pas de rendre intelligibles les conduites effectives des acteurs. Au contraire, le modèle de l'acteur sensé et la perspective de l'interactionnisme symbolique permettent de saisir le sens endogène que les acteurs confèrent à leur action, par conséquent de comprendre les intentions qui président à leur accomplissement.

Ce nouveau mode d'intelligibilité nous a permis d'abord d'appréhender la complexité du 'monde social' du travail : chacun y défend une position morale au cours d'interactions qui donnent un tout autre sens à la santé et à la maladie que celui que lui accorde le modèle biomédical, de sorte qu'un individu cliniquement malade peut avoir avantage, à un moment donné, à se considérer comme bien portant, quelles qu'en soient les conséquences à terme sur sa santé ; la 'capacité à faire face' *(coping behavior)* , notion développée par l'épidémiologie sociale, n'est pas un trait de personnalité : elle vise la capacité des individus et des groupes à mobiliser leurs ressources, en situation de travail, pour détourner la finalité instrumentale de leur poste de façon à transférer ses enjeux productifs vers leurs propres enjeux de vie, dont le bien-être n'est évidemment pas exclu (une telle capacité peut bien sûr être exercée en d'autres situations).

Ensuite, plus largement, nous avons cherché à déterminer comment des significations spécifiques liées aux activités quotidiennes de l'existence sont associées à des sentiments d'affliction et d'épuisement qui se manifestent et s'expriment de diverses façons. Ces significations particulières que prennent certaines actions, interactions et leur contexte peuvent être ramenées à trois principales catégories : le sentiment d'aliénation, l'attachement indéfectible et rigide à l'autorité d'une tradition et le sentiment d'iniquité ; en remettant en cause le sens de l'existence, elles affectent le bien-être des individus impliqués, aussi bien psychiquement que physiquement, et bloquent ou retardent les stratégies de résistance, et toute l'inventivité des procédures de détournement et de réappropriation symboliques. Mais la structure des contraintes matérielles n'annihile jamais complètement les capacités d'action : à la faiblesse individuelle peut se substituer la force collective en des formes diverses de mobilisation.

3.6 - Loin d'être contradictoires et exclusifs, ces modes successifs d'intelligibilité peuvent être mis en perspective : l'étude de situations localisées permet à la fois de se focaliser sur des interactions concrètes, leur contexte et le sens endogène que leur attribuent les acteurs, - ainsi que d'établir les régularités structurelles qui définissent les espaces de jeu au sein desquels les acteurs peuvent effectuer leurs interactions. Nous avons présenté quelques situations typiques

de ce point de vue : l'insistance sur le biographique ou le longitudinal tient tout particulièrement au fait que divers effets sur la santé ne sont pas immédiatement manifestes mais qu'ils opèrent de façon différée.

4 - Bien que l'amélioration de l'état de santé des populations des sociétés industrialisées soit incontestable, elle n'est pas partagée de la même manière par toutes ses parties ou tous ses membres. Les efforts de médicalisation, soutenus par la politique de protection sociale, se heurtent à des limites propres à la médecine (sans doute améliorables) mais plus encore à des effets proprement sociétaux qui lui échappent : les enjeux de santé publique ne sont réductibles ni au mode d'organisation des soins et de la prévention, ni à leur mode de financement ; il y va aussi d'une promotion de la santé qui vise à créer les conditions socio-économiques et socio-culturelles de son épanouissement autant qu'à offrir aux individus les ressources symboliques pour une réélaboration des significations de leurs interactions et de leur existence.

Parce que la santé publique a été prise historiquement au piège de la protection sociale, dont l'objectif premier a été ramené, à travers l'assurance-maladie, à l'accessibilité des soins pour tous et à la prévention biomédicale des pathologies, les mécanismes sociétaux que nous avons essayé d'élucider font rarement partie des référentiels propres aux politiques publiques en la matière, sinon éventuellement à titre rhétorique. Si l'intelligibilité sociologique de la division sociale de la santé constitue un enjeu pour la santé publique, c'est dans la mesure où elle peut contribuer à l'élargissement des référentiels publics habituels en la matière. Quelle politique pour quelle santé publique ? Passer de l'emprise de la division sociale sur la santé à sa déprise peut constituer un objectif de santé publique : il implique d'élaborer des politiques adéquates.

Dans le champ de la santé, pas plus qu'ailleurs, la sociologie ne saurait être une simple discipline d'appoint : les résultats de ses analyses en la matière peuvent constituer une contribution utile, mais non exclusive, au débat public sur le devenir du système de santé des sociétés de demain.

LISTE DES SCHÉMAS ET TABLEAUX

Les schémas et tableaux n'apparaissent pas dans cette version numérisée : voir le dossier HDR DRULHE 1994 Schémas et tableaux.

1.Évolution de l'espérance de vie à la naissance depuis 1740..... . 18
2. Cinquante ans de progrès médicaux..... 28
3.Évolution de l'espérance de vie à la naissance depuis le milieu du XVIIIème s. ... 56

4.Quotient de mortalité par âge en 1920, 1938, 1946, 1960, 1975 et 1989..... 59

5.Mortalité générale, par cancer des voies aéro-digestives supérieurs,
par alcoolisme et cirrhose du foie (année 1990), selon les régions , en France..... 68

6.Niveau de morbidité (déclarée)..... 82
7.Incapacités dans la vie quotidienne..... 83
8.Incapacités dans le travail..... 84

9.France : cartes de mortalité par régions
et carte des régions classées selon leur distance au panier standard..... 97

10.Trois approches des styles de vie des personnes âgées..... 328
11.Bilans de vie/bilans de santé, d'après F. Bouchayer..... 340

12.Baisse de la mortalité par coqueluche, rougeole, tuberculose
et introduction de leur vaccin respectif..... 372

BIBLIOGRAPHIE

AANONSEN A., (1959), Medical Problems of Shift-Work, *Industrial Medicine Surgery,* n° 28.
ABEL T., (1991), Measuring Health Lifestyles in A Comparative Analysis : Theorical Issues and Empirical Findings, *Social Science and Medicine,* Vol. 32, n° 8.
ABEL T., COCKERHAM W.C., LUESCHEN G. and KUNZ G., (1989), Health Lifestyles and Self-Direction in Employment among American Men : A Test of The Spillover Effect, *Social Science and Medicine,* Vol. 28, n° 12.
AÏACH P., (1981), Contenu de l'objet santé et variabilité des attitudes, in Les colloques de l'INSERM, *Conceptions, mesures et actions en santé publique,* Paris, INSERM, Vol. 104.
AÏACH P., (1986), Approche sociologique des données de morbidité, *Sciences sociales et santé,* Vol. 4, n° 1.
AÏACH P., (1989), Morbidité, in BRÜCKER G. et FASSIN D., *Santé Publique,* Paris, Ed. Ellipses.
AÏACH P., LECLERC A. et PHILIPPE A., (1980), Symptomatologie et recours au médecin : proposition pour une approche de la consommation médicale, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales,* XXème année, n° 4.
AÏACH P., AÏACH I., COLVEZ A., (1983), Motifs de consultation et diagnostics médicaux en matière de troubles mentaux : analyse de leurs correspondances, approche critique sur le plan épidémiologique, *Psychologie médicale,* Vol. 15, n° 4.
AÏACH P., CÈBE D., (1983), La perception dans les symptômes : variation dans les déclarations selon les différentes procédures, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales,* XXIIIème année, n° 1.
AÏACH P., CARR-HILL R., CURTIS S., ILLSLEY R., (1987), *Les inégalités de santé en France et en Grande-Bretagne. Analyse et étude comparative,* Paris, INSERM et La documentation française.
AÏACH P., KAUFMANN A., WAISSMAN R., (1989), *Vivre une maladie grave,* Paris, Ed. Méridiens-Klincksieck.
AÏACH P., CÈBE D., (1991), *Expression des symptômes et conduites de maladie. Facteurs socio-culturels et méthodologiques de différenciation,* Paris, Ed. de l'INSERM et Ed. Doin.
AÏACH P. et FASSIN D., (1992), *Sociologie des professions de santé,* La Garenne-Colombes, Ed. de l'Espace Européen.
AÏACH P., CÈBE D., (1994), Les inégalités sociales de santé, *La Recherche,* n° 261.
ALIAS F., (1991), *Le Comité consultatif national d'éthique et l'institutionnalisation d'un débat public relatif à l'éthique médicale. Approche critique,* Thèse pour le doctorat de sociologie (NR), Université de Toulouse-le-Mirail.
ALLAN G., (1977), Class Variations in Friendship Patterns,*The British Journal of Sociology,* Vol. XXVIII, n° 3.
ANDERSON N., (1993), *Le hobo. Sociologie du sans-abri,* Paris, Ed. Nathan, Coll. Essais et recherches.
ANDRÉANI E., (1975), Des instruments pour la politique de la santé, les indicateurs sociaux (1ère partie), *Économie et statistique,* n° 71, - et (2ème partie), *Économie et statistique,* n° 72.
ANDREWS A. and JEWSON N., (1993), Ethnicity and Infant Deaths : The Implications of Recent Statistical Evidence for Materialist Explanations, *Sociology of Health and Illness,* Vol. 15, n° 2.
ANSART P., (1990), *Les sociologies contemporaines,* Paris, Ed. du Seuil, Coll. Points.
ANSON O., (1988), Living Arrangements and Women's Health, *Social Science and Medicine,* Vol. 26, n° 2.
APEL K.O., (1988), Esquisse d'une théorie philosophique des types de rationalité, *Le débat,* n° 49.

ARBER S. and GINN J., (1991), The Invisibility of Age : Gender and Class in Later Life, *The Sociological Review,* Vol. 39, n° 2.
ARBER S. and GINN J., (1992), Research Note. Class and Caring : A Forgotten Dimension, *Sociology,* Vol. 26, n° 4.
ARBER S., (1991), Class, Paid Employment and Family Roles : Making Sense of Structural Disadvantage, Gender and Health Status, *Social Science and Medicine,* Vol. 32, n° 4.
ARLIAUD M., (1976), La démarche du sous-traitant. Une approche titubante de l'alcoolisme, *Sociologie du travail,* 18ème année, n° 4.
ARLIAUD M., (1987), *Les médecins,* Paris, Ed. La découverte, Coll. Repères.
ARMSTRONG D., (1983), *Political Anatomy of The Body. Medical Knowledge in Britain in The Twentieth Century,* Cambridge, Cambridge University Press.
ARONSON N., (1982), Nutrition as Social Problem : a Case Study of Entrepreneurial Strategy in Science, *Social Problems,* Vol. 29, n° 5.
ASKEVIS-LEHERPEUX F., (1990), Croyance au surnaturel et instruction. Examen critique de l'hypothèse intellectualiste, *Communications,* n° 52.
ATTIAS-DONFUT C., (1988), *Sociologie des générations. L'empreinte du temps,* Paris, PUF.
AUGÉ M., (1986), L'anthropologie de la maladie, *L'homme,* Vol. XXVI, n° 97-98.
AUGÉ M., HERZLICH C., (sous la direction de), (1984), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie,* Paris, Ed. des Archives Contemporaines.
AYMARD M., GRIGNON C., SABBAN F. (sous la direction de), (1993), *Le temps de manger. Alimentation, emplois du temps et rythmes sociaux,* Paris, Ed. de la MSH.
BACHELARD G., (1970), *Le rationalisme appliqué,* Paris, PUF, 4ème édition.
BALANDIER G. (sous la direction de), (1970), *Sociologie des mutations,* Paris, PUF.
BALANDIER G., (1974), *Anthropo-logiques,* Paris, PUF.
BALANDIER G., (1981), *Sens et puissance,* Paris, PUF, 2ème édition.
BANTA H.D., (1983), Social Science Research on Medical Technology : Utility and Limitations, *Social Science and Medicine,* Vol. 17, pp. 1363-1369.
BARRÈRE-MAURISSON M.-A., (1992), *La division familiale du travail. La vie en double,* Paris, PUF.
BARTHE J.-F., (1987), *Symptomatologie du profane,* 2 volumes, Toulouse, Thèse pour le doctorat de sociologie (NR), Université de Toulouse-le-Mirail.
BARTHE J.F., (1989), Représentations profanes de la santé : exemples d'implication dans la vie quotidienne, in Les colloques de l'INSERM, *Les représentations de la santé. Bilan actuel, nouveaux développements,* Paris, INSERM, Vol. 178.
BARTHE J.-F., DRULHE M., QUÉRALTO C., (1984), Symptômes dépressifs et trajectoires de désocialisation : une étude de cas dans le secteur tertiaire, in BEUF P. (coordonnateur), *La santé mentale comme observable,* Paris, Ed. de l'INSERM, Coll. Colloques de l'INSERM, Vol. 192.
BARTHE J.F., (1990), Connaissances profanes des symptômes et recours thérapeutiques, *Revue française de sociologie,* vol. XXXI, n° 2.
BARTHE J.-F., CLÉMENT S. et DRULHE M., (1990), Vieillesse ou veillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées, *Revue internationale d'action communautaire,* n° 23/63.
BARTOLI M., (1980), Travail et santé : l'enjeu, *Prévenir,* octobre.
BASTIDE R., (1965), *Sociologie des maladies mentales,* Paris, Ed. Flammarion, Coll. Champs.
BASTIN N., STIÉVENARD J.M., VINCHON M., (1977), Épilepsie et hémophilie : la lutte contre leurs effets de stigmatisation, *Revue française de sociologie,* Vol. XVIII, n° 4.

BASZANGER I., (1990), Émergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur, *Revue française de sociologie,* Vol. XXXI, n° 2.
BASZANGER I., (1992), Les chantiers d'un interactionniste américain, in STRAUSS A.L. (textes réunis et présentés par BASZANGER I.), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme,* Paris, Ed. L'Harmattan.
BAUDELOT C., ESTABLET R. et LAHLOU S., (1987), Le suicide, un fait social, *Données sociales,* INSEE.
BAUMAN M., BRIANÇON S., BLANCHARD F., (1988), Le système "réseau-support social" : concepts et axes de recherche en santé, *Cahiers de l'École Natiole de Santé Publique,* n° 2.
BEAUFILS B., (1993), La mesure de la dépendance et ses risques, *Revue française des affaires sociales,* 47ème année, n° 4.
BECKER H.S., (1985), *Outsiders. Étude de sociologie de la déviance,* Paris, Ed. A.M. Métailié.
BÉJIN A. et POLLACK M., (1977), La rationalisation de la sexualité, *Cahiers Internationaux de Sociologie,* Vol. LXII.
BELLOC B., MARC N. et MONCEAU C., (1987), Les femmes et l'emploi, *Données sociales,* INSEE.
BENECH J.-M., BOURRET P., CHANUT C., HUARD P., (1988), *Connaissance de la morbidité et structuration du corps médical. Une approche de l'utilisation des classifications,* Aix-en-Provence, Rapport du LEST-CNRS pour la MIRE.
BÉNÉTON P., (1978), Les frustrations de l'égalité. Contribution aux recherches sur la relativité des aspirations et la perception des inégalités, *Archives européennes de sociologie,* Vol. XIX, n° 1.
BENGUIGUI, (1990), Travail et classes moyennes, *Cahiers Internationaux de sociologie,* Vol. LXXXIX.
BÉRAUD C., (1992), La non-qualité médicale et économique du système de soins, *Le concours médical,* n° 114-30 et 114-31.
BERCÉ Y.-M., (1984), *Le chaudron et la lancette : croyances populaires et médecine préventive 1798-1830,* Paris, Presses de la Renaissance.
BERCKMAN L.F. and SYME L., (1979), Social Networks, Host Resistance, and Mortality : A Nine-Year Follow-Up Study of Alameda County Residents, *American Journal of Epidemiology,* Vol. 109, n° 2.
BERGER P. et LUCKMANN T., (1986), *La construction sociale de la réalité,* Paris, Ed. Méridiens-Klincksieck.
BERNARD-BÉCHARIES J.-F. et PINSON C., (1981), Mode de vie et style de vie.Quatre observations sur le fonctionnement des termes, *Consommation. Revue de socio-économie,* n° 4.
BERNIS (de) (Commission présidée par), (1982), *Propositions pour une politique de prévention,* Paris, La documentation française.
BERNOT L. et BLANCARD R., (1955), *Nouville, village français,* Paris, Institut d'ethnologie et Musée de l'homme.
BERSTEIN B., (1975), *Langage et classes sociales,* Paris, Ed. de Minuit.
BERTAUX D., (1977), *Destins personnels et structure de classe,* Paris, PUF.
BERTHELOT J.M., (1983), *Le piège scolaire,* Paris, PUF.
BERTHELOT J.M., (1988), Les règles de la méthode sociologique ou l'instauration du raisonnement expérimental en sociologie, in DURKHEIM É., *Les règles de la méthode sociologique,* Paris, Ed. Flammarion, Coll. Champs.
BERTHELOT J.M., (1990), *L'intelligence du social,* Paris, PUF.

BERTHELOT J.-M., CLÉMENT S., DRULHE M., FORNÉ J., MEMBRADO M., (1984), *Les alcoolismes féminins,* Toulouse, Rapport de recherche pour le HCEIA.
BERTHELOT J.M., DRULHE M., CLÉMENT S., FORNÉ J., M'BODJ G., (1985), Les sociologies et le corps, *Current Sociology,* Vol. 33, n° 2.
BERTHOD-WURMSER M., (1992), Protection sociale et santé des pays développés, in Cité des Sciences et de l'Industrie - La Villette, *L'homme et la santé,* Paris, Ed. du Seuil.
BESNARD P., (1976), Anti- ou anté-durkheimisme ? Contribution au débat sur les statistiques officielles du suicide, *Revue française de sociologie,* Vol. XVII, n° 2.
BIDART C., (1988), Sociabilités : quelques variables, *Revue française de sociologie,* Vol. XXIX, n° 4.
BILLEMAND B., (1990), De l'inégalité et de la vulnérabilité des personnes vis-à-vis de l'éthanol, in CARO G., *De l'alcoolisme au bien boire,* Paris, Ed. L'Harmattan.
BIRD C.E., FREMONT A.M., (1991), Gender, Time Use and Health, *The Journal of Health and Social Behavior,* Vol. 32, n° 2.
BLANCHET J.-P., DOYELLE A., (1980), La perception du temps chez les salariés, *Travail et emploi,* n° 3.
BLANE D., SMITH G.D. and BARTLEY M., (1993), Social Selection : What Does It Contribute to Differences in Health, *Sociology of Health and Illness,* Vol. 15, n° 1.
BLOOR M., SAMPHIER M. and PRIOR L., Artefacts Explanations of Inequalities in Health : An Assessment of The Evidence, *Sociology of Health and Illness,* Vol. 9, n°3.
BLUM A., HOUDAILLE J., (1989), Les inégalités devant la mort dans le passé, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales,* XXIXème année, n° 1.
BLUMER H., (1956), Sociological Analysis and The "Variable", *American Sociological Review,* Vol. 21, n° 6.
BLUMER H., (1962), Society as Symbolic Interaction, in ROSE A.M. (ed.), *Human Behavior and Social Processes. An Interactionnist Approach,* London, Routledge and Kegan Paul.
BOCOGNANO A., GRANDFILS N., LE FUR Ph., MIZRAHI An., MIZRAHI Ar., (1993), *Santé, soins et protection sociale en 1992,* Paris, CREDES, Biblio n° 982.
BOCQUET H. (et collaborateurs), (1987), Incapacités, santé subjective et mortalité à 3 ans dans une population rurale âgée, *Revue d'épidémiologie et de santé publique,* Vol. 35, n° 2.
BODY-GENDROT S., (1982), Luttes de classe et luttes ethniques dans le Lower East Side à Manhattan, *Revue française de science politique,* Vol. 32, n° 6.
BOISSELOT P., RÉMOND M.-C., (1994), Niveau de protection sociale et consommations de soins, *Solidarité Santé. Études statistiques,* n° 1.
BOLTANSKI L., (1971), Les usages sociaux du corps, *Annales (E.S.C.),* 26ème année, n° 1.
BOLTANSKI L., (1975), Les usages sociaux de l'automobile : concurrence pour l'espace et accidents, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 2.
BOLTANSKI L., (1982), *Les cadres. La formation d'un groupe social,* Paris, Ed. de Minuit.
BOLTANSKI L. avec DARRÉ Y. et SCHILTZ M.-A., (1984), La dénonciation, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 51.
BORELLY R., (1984), Faut-il faire l'analyse globale de la mortalité d'une population ?, *Sciences sociales et santé,* Vol. II, n° 2.
BOUCHAYER F., (1984), Les logique sociales des actions en éducation pour la santé, *Sciences sociales et santé,* Vol. 2, n° 3-4.
BOUCHAYER F., (1989), *Bilans de santé/bilans de vie. Rapports à la santé et trajectoires socio-culturelles,* Paris, Rapport à la MIRE.
BOUDON R., (1971), *Les mathématiques en sociologie,* Paris, PUF, Coll. Sup Le Sociologue.

BOUDON R., (1977), La logique de la frustration relative, *Archives européennes de sociologie,* Vol. XVIII, n° 1.
BOUDON R., (1979), *La logique du social,* Paris, Ed. Hachette, Coll. Pluriel.
BOUDON R., (1979), *Effets pervers et ordre social,* Paris, PUF, 2ème édition.
BOUDON R., (1984), Introduction. Les «Problèmes de la philosophie de l'Histoire» de Simmel : une théorie de l'objectivité en histoire et dans les sciences sociales, in SIMMEL G., *Les problèmes de philosophie de l'histoire,* Paris, PUF.
BOUDON R., (1984), *La place du désordre,* Paris, PUF.
BOUDON R. et LAZARSFELD P., (1971), *Le vocabulaire des sciences sociales,* Paris et La Haye, Ed. Mouton, 3ème édition.
BOUDON R. et BOURRICAUD F., (1982), *Dictionnaire critique de la sociologie,* Paris, PUF.
BOUDON R., BESNARD P., CHERKAOUI M. et LÉCUYER B.-P. (sous la direction de), (1989), *Dictionnaire de la sociologie,* Paris, Ed. Larousse, Coll. Essentiels.
BOURDIEU P., (1966), Condition de classe et position de classe, *Archives européennes de sociologie,* Tome VII, n° 2.
BOURDIEU P., (1976), Un jeu chinois. Notes pour une critique sociale du jugement, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 4.
BOURDIEU P., (1979), *La distinction. Critique sociale du jugement,* Paris, Ed. de Minuit.
BOURDIEU P., (1980), Le mort saisit le vif. Les relations entre l'histoire réifiée et l'histoire incorporée, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 32-33.
BOURDIEU P., (1982), Les rites d'institution, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 43.
BOURDIEU P. (sous la direction de), (1993), *La misère du monde,* Paris, Ed. du Seuil.
BOURDIEU P., CHAMBOREDON J.-C., PASSERON J.-C., (1968), *Le métier de sociologue,* Paris, Ed. Mouton.
BOURDILLON F., LOMBRAIL P., ANTONI M., BENREKESSA J., BENNEGADI R., LELOUP M., HURAUX-RENDU C. and SCOTTO J.C., (1991), La santé des populations d'origine étrangère en France, *Social Science and Medicine,* Vol. 32, n° 11.
BOURGET-DEVOUASSOUS J., (1992), Santé et inégalités, *Solidarité Santé. Études statistiques,* n° 2.
BOURGET-DEVOUASSOUS J. et VOLKOFF S., (1991), Bilans de carrières d'ouvriers, *Économie et statistique,* n° 242.
BOURGUIGNON O., (1984), La famille et la mort des enfants, *Informations sur les sciences sociales,* Vol. 23, n° 2.
BOURRET P. (1986), *Connaissance médicale et sociologie de la santé : problématique d'une nécessité,* Thèse pour le doctorat de l'Université d'Aix-en-Provence, mention Lettres et Sciences Humaines (NR).
BOUVERESSE J., (1980), Les positivistes, in *Encyclopædia Universalis,* Supplément, Tome 1.
BOUVIER P. et KOURCHID O. (avec la collaboration de LEROY J.), (1988), *France - USA. Les crises du travail et de la production,* Paris, Ed. Méridiens-Klincksieck.
BOUVIER-COLLE M.-H., (1987), Géographie de la mortalité en France, *Données sociales,* INSEE.
BOUVIER-COLLE M.-H., (1983), Mortalité et activité professionnelle chez les femmes, *Population,* 38ème, année, n° 1.
BOUVIER-COLLE M.-H., (1984), Politiques sociales et de santé, évolution de la mortalité : questions posées au cours d'un séminaire de démographie, *Sciences sociales et santé,* Vol. II, n° 2.

BOY D. et MICHELAT G., (1986), Croyances aux parasciences : dimensions sociales et culturelles, *Revue française de sociologie,* Vol XXVII, n° 2.
BOZON M., (1991), Le mariage : montée et déclin d'une instituion, in SINGLY (de) F., *La famille. L'état des savoirs,* Paris, Ed. La Découverte.
BRAHIMI M., (1980), La mortalité des étrangers en France, *Population,* 35ème année, n° 3.
BRENNER M.H., (1983), Mortality and Economic Instability : Detailed Analysis for Britain and Comparative Analysis for Selected Industrial Countries, *International Journal of Health Services,* Vol. 13, pp. 581-623.
BROCLAIN D., (1992), La «crise» de la médecine générale. Mythes et réalités, in AÏACH P. et FASSIN D., *Sociologie des professions de santé,* La Garenne-Colombes, Ed. de l'Espace Européen.
BRODA J., (1988), Le syndrome des «3 P» : pression horaire, pression hiérarchique, pas de perspective professionnelle, *Socilogie du travail,* Vol. XXX, n° 1.
BUCQUET D., COLVEZ A., HATTON F., (1984), La prévention en médecine générale, *Sciences sociales et santé,* Vol. II, n° 1.
BUNGENER M., (1982), L'épidémiologie prisonnière de la pratique médicale et de la fonction sociale de la médecine, *Sciences sociales et santé,* Vol. I, n° 1.
BUNGENER M., HORELLOU-LAFARGE C., (1988), *La production familiale de la santé : le cas de l'hospitalisation à domicile,* Paris, Publications du CTNERHI.
BUNGENER M., LAFARGE-HORELLOU C., LOUIS M.V., (1982), *Chômage et santé,* Paris, Ed. Economica.
BUNGENER M., PIERRET J., (1993), *Appréhender l'influence du chômage sur l'état de santé. Analyse seconde des données de l'INSEE "Étude des conditions de vie 1986-1987",* Paris, Rapport pour la MIRE, CERMES.
BURY M.R., (1986), Social Constructionism and The Development of Medical Sociology, *Sociology of Health and Illness,* Vol. 8, n° 2.
BURY M.R., (1987), Social Constructionism and Medical Sociology : a Rejoinder to Nicolson and McLaughlin, *Sociology of Health and Illness,* Vol. 9, n° 4.
CALOT G. et FEBVAY M. (assisté de QANG-CHI D.), (1965), La mortalité différentielle selon le milieu social. Présentation d'une méthode expérimentée en France sur la période 1955-1960, *Études et conjonctures,* n° 11.
CALZADA C., VOLOVITCH P., (1993), Protection sociale : le tournant des années quatre-vingt, *Données sociales,* INSEE.
CAMERON H.M. and McGOOGAN E., (1983), A Prospective Study of 1152 Hospital Autopsies : Inaccuracies in Death Certification, *Journal of Pathology,* n° 113.
CARRÉ J.-R., DUVAL H., FONTAINE H., LASSARRE S., (1993), Les usagers de la route : une exposition au risque inégale, *Données sociales,* INSEE.
CASSEL J., (1964), Social Science Theory as a Source of Hypotheses in Epidemiological Research, *American Journal of Public Health,* Vol. 17, pp. 242-304.
CASSEL J., (1976), The Contribution of The Social Environment to Host Resistance, *American Journal of Epidemiology,* n° 104, pp. 107-123.
CASTEL F., CASTEL R., LOVELL A., (1979), *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain,* Paris, Ed. Grasset.
CASTEL R., COSNIER J. et JOSEPH I. (sous la direction de), (1989), *Le parler frais d'Erving Goffman,* Paris, Ed. de Minuit.
CASTELAIN J.P., (1989), *Manières de vivre, manières de boire,* Paris, Ed. Imago.
CASTELLS M., (1970), Les nouvelles frontières de la méthodologie sociologique, *Information sur les sciences sociales,* Vol. IX, n° 6.

CÈBE D. et AÏACH P., (1989), *Symptômes et maladies déclarées. Essai de validation du questionnaire Santé de l'enquête de l'INSEE : Étude des conditions de vie 1986-1987,* Paris, INSERM, U. 164, Rapport pour la MIRE et l'INSEE.
CHABRUN-ROBERT C., (1989), L'espace en économie de la santé. Un entretien avec F. Tonnelier, *Le concours médical,* n° 111-31.
CHALMERS A.F., (1987), *Qu'est-ce que la science ? Récents développements en philosophie des sciences : Popper, Kuhn, Lakatos, Feyerabend,* Paris, Ed. La découverte, Coll. Sciences et Sociétés.
CHAMPAGNE P. avec MARCHETTI D., (1994), L'information médicale sous contrainte. À propos du «scandale du sang contaminé», *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 101-102.
CHANGEUX J.P. (sous la direction de), (1994), *Fondements naturels de l'éthique,* Paris, Ed. Odile Jacob.
CHANLAT J.-F., (1983), Usure différentielle au travail, classes sociales et santé : un aperçu des études épidémiologiques contemporaines, *Le mouvement social,* n° 124.
CHARLES N. and KERR M., (1986), Food for Feminist Thought, *The Sociological Review,* Vol. 34, n° 3.
CHARRAUD A. et CHOQUET O., (1984), L'inégalité devant les incapacités physiques, *Économie et statistique,* n° 170.
CHARRAUD A. et VALDELIÈVRE H., (1984), La taille et le poids, *Données sociales,* INSEE.
CHARRAUD A., MORMICHE P., (1986), *Disparités de consommation médicale. Enquête santé 1980-1981,* Les collections de l'INSEE, M 118.
CHARTIER R., (1993), Comment penser l'autocontrainte ? Entretien avec Roger Chartier sur l'œuvre de Norbert Élias, *Communications,* n° 56.
CHARUTY G., (1985), *Le couvent des fous,* Paris, Ed. Flammarion.
CHATELET-COLLIGNON N., LECOMTE T., et PÉQUIGNOT H., (1978), Comparaison de la date de commercialisation des médicaments et de la date de découverte des principes actifs, *Consommation. Revue de socio-économie,* n° 2.
CHAUVENET A., (1983), La loi et le corps, *Sciences sociales et santé,* Vol. I, n° 2.
CHAUVENET A., (1988), Les professions de santé publique de l'enfance : entre police administrative et éthique communicationnelle, *Sciences sociales et santé,* Vol. XX, n° 2.
CHENU A., (1988), Sexe et mortalité en France, 1906-1980, *Revue française de sociologie,* Vol. XXIX, n° 2.
CHENU A., (1990), *L'archipel des employés,* Paris, INSEE, Coll. Études.
CHERKAOUI M. et LINDSEY J., (1977), Mesure des classes sociales : des indices du status aux modèles d'analyse du rapport de classe, *Revue française de sociologie,* Vol. XVIII, n° 2.
CHESNAIS J.C., (1986), *La transition démographique. Étapes, formes, implications économiques : études des séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays,* Paris, PUF/INED, Coll. Travaux et documents n° 113.
CHOQUET M., LEDOUX S., MENKE H., (1987), Santé et comportements à risques, *Revue française des affaires sociales,* 41ème année, n° hors série : Les 15-25 ans.
CHOQUET O., MOREL B., (1990), La santé en France. Un secteur en mutation, *Données sociales,* INSEE.
CICOUREL A.V., (1964), *Method and measurement in sociology,* New-York, The Free Press of Glencoe.
CICOUREL A.V., (1968), *The social organization of juvenile justice,* Prentice Hall, 1968.
Cité des Sciences et de l'Industrie - La Villette, (1992), *L'homme et la santé,* Paris, Ed. du Seuil.

CLARKE J.N., (1983), Sexism, Feminism and Medicalism : a Decade Review of Literature on Gender and Illness, *Sociology of Health and Illness,* Vol. 5, n° 1.
CLATTS M.C., DERREN S. et TORTU S., (1991), What's in a name ? La construction sociale du risque de sida chez les consommateurs de drogue à Harlem, *Anthropologie et Sociétés,* Vol. 15, n° 2-3.
CLÉMENT S., (1987), D'un usage sociologique du corps, *Cahiers du Centre de Recherches Sociologiques,* n° 5.
CLÉMENT S., (1992), Je suis en bonne santé mais je suis vieille, vieille, *Empan,* n° 7.
CLÉMENT S., DRULHE M., (1992), De l'offre rationalisée à une demande polymorphe, in MIRE et SPPU, *Vieillir dans la ville,* Paris, Ed. L'Harmattan.
CLÉMENT S., MANTOVANI J., (1994), L'expertise sociologique entre savoir et pratique politique, *Sciences de la société. Les cahiers du LERASS,* n° 32.
COCHRANE A.L., (1977), *L'inflation médicale. Réflexions sur l'efficacité de la médecine,* Paris, Ed. Galilée.
COCKERHAM W.C., (1989), Medical Sociology, in SMELSER N.J. (ed.), *Handbook of Sociology,* London, Sage Publications.
COHEN F., LAZARUS R.S., (1982), Coping and Adaptation in Health and Illness, in MECHANIC D., *Handbook of Health, Health care and The Health Professions,* New-York, The Free Press.
Colloque organisé par le CREDES et la Commision de Géographie de la Santé, (1989), *Géographie et socio-économie de la santé. Paris, 23-26 janvier 1989,* 2 tomes, CREDES.
CONINCK (de) F., GODARD F., (1989), L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation. Les formes temporelles de la causalité, *Revue française de sociologie,* Vol. XXXI, n° 1.
CORDIER A., (1990), La santé est-elle un marché ?, *Problèmes économiques et sociaux,* n° 627.
CORNU R., (1982), Le vif saisit le mort : pratique sociale et mémoire collective, in L.E.S.T., *Séminaire d'économie et de sociologie du travail et de la santé. 1980-1981,* Aix-en-Provence, CNRS-LEST.
COSTES J.M., (1990), La toxicomanie : un difficile passage à l'âge adulte ?, *Données sociales,* INSEE.
COTTEREAU A., (1978), La tuberculose : maladie urbaine ou maladie de l'usure du travail ? Critique d'une épidémiologie officielle : le cas de Paris, *Sociologie du travail,* 20ème année, n° 2.
COTTEREAU A., (1983), L'usure au travail : interrogations et refoulements, *Le mouvement social,* n° 124.
COTTEREAU A., (1983), Usure au travail, destins masculins et destins féminins dans les cultures ouvrières, en France au XIXème siècle, *Le mouvement social,* n° 124.
CREDES, (1994), L'absence de couverture complémentaire freine l'accès aux soins de ville, *Échos de la santé,* n° hors série, juin.
CRIBIER F., (1983), Itinéraires professionnels et usure au travail : une génération de salariés parisiens, *Le mouvement social,* n° 124.
CRIBIER F., (1988), La mortalité différentielle des travailleurs après la retraite, *Gérontologie et société,* n° 45.
CRIBIER F., (1992), La cohabitation à l'époque de la retraite, *Sociétés contemporaines,* n° 10.
CRISTOFARI M.-F., (1990), Les risques professionnels, *Données sociales,* INSEE.
CROCHET S., (1992), Rituels d'hygiène. La savonnette, le perroquet et la Sécurité Sociale, *Ethnologie française,* Vol. XXII, n° 1.
CROZIER M., FRIEDBERG E., (1977), *L'acteur et le système,* Paris, Ed. du Seuil.

CUIN C.-H., (1993), *Les sociologues et la mobilité sociale,* Paris, PUF.
DABB W., GOLDBERG M., MENGUAL E., ROLLET C., (1993), *Décideurs tous risques. Du bon usage de l'épidémiologie,* Rennes et Paris, ENSP et Ed. Frison-Roche.
DAGOGNET F. (un entretien avec), (1993), "Plier l'homme à la nature est la pire des aliénations", *Le Monde,* 2 novembre.
DARBON S., LETOURMY A., (1989), Les services de généralistes dans le contexte de la commune, in Colloque organisé par le CREDES et la Commision de Géographie de la Santé, *Géographie et socio-économie de la santé. Texte des communications,* Tome 1, Paris, CREDES, Biblio n° 802.
DARMON D. et L'HARDY P. (1986), Les Français en l'an 2000. Consommation : santé et loisirs au premier plan, *Économie et statistique,* n° 190.
DARRAS, (1966), *Le partage des bénéfices,* Paris, Ed. de Minuit.
DAUM S. et STELLMAN J., (1979), *Perdre sa vie à la gagner,* Montréal, Ed. Parti-Pris.
DAVID-JOUGNEAU M., (1988), La dissidence institutionnelle : une approche sociologique, *Revue française de sociologie,* Vol. XXIX, n° 3.
DAVIS A. and HOROBIN G., (1977), *Medical Encounters. The Experience of Illness and Treatment,* London, Croom Helm.
DEAN K., (1989), Self-Care Components of Lifestyles : The Importance of Gender, Attitudes and The Social Situation, *Social Science and Medicine,* Vol. 29, n° 2.
DELAISI G., GAVARINI L., LABORIE F., MARCUS-STEIFF J., TESTARD J. et VIlAINE (de) M., (1987), Procréatique et désinformation, *Le Monde,* 17 décembre.
DELANOË J.-Y., DERUFFE L., DEVOUASSOUS-MÉRAKCHI J., (enquête présentée par), (1977), La morbidité en clientèle privée en 1973. Étude statistique à partir d'une enquête permanente sur les prescriptions médicales (I.D.R.E.M.), *Santé Sécurité sociale. Statistiques et commentaires,* Tome A, n° 4.
DELAPORTE Y., (1982), Teddies, rockers, puncks et Cie : quelques codes vestimentaires urbains, *L'homme,* Vol. XXII, n° 4.
DERAMON J., NAVELLOU E., (1992), 1970-1991, Vingt ans de consommation médicale dans les comptes de la santé, *Solidarité Santé - Études statistiques,* n° 4.
DESCARTES R., (1953), *Discours de la méthode,* Paris, Ed. Gallimard.
DESCHAMPS J.-P. (1981), Inégalités de recours et des itinéraires. Introduction à la discussion, in Les colloques de l'INSERM, *Conceptions, mesures et actions en santé publique,* Paris, INSERM, Vol. 104.
DESCHAMPS J.P., (1992), Médecine préventive et promotion de la santé, in Cité des Sciences et de l'Industrie - La Villette, *L'homme et la santé,* Paris, Ed. du Seuil.
DESMOND N., EENSCHOOTEN M., (1993), Logement : le rêve et la réalité, *Données sociales,* INSEE.
DESPLANQUES G., (1984), L'inégalité sociale devant la mort, *Économie et statistique,* n° 162.
DESPLANQUES G., (1984), *La mortalité des adultes. Résultats de deux études longitudinales (période 1955-1980),* Paris, INSEE, Les collections de l'INSEE D 102.
DESPLANQUES G., (1987), Calendrier des familles, *Données sociales,* INSEE.
DESROSIÈRES A., GOY A. et THÉVENOT L., (1983), L'identité sociale dans le travail statistique. La nouvelle nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles, *Économie et statistique,* n° 152.
DETAPE Y., (1984), L'absentéisme, *Données sociales,* INSEE.
DEVOUASSOUS J., MOREL B., (1986), Le diagnostic entre la pratique médicale et la collecte statistique, *Sciences sociales et santé,* Vol. IV, n° 1.
DEVOUASSOUS J., MOREL B., (1989), La consommation médicale, in BRÜCKER G. et FASSIN D., *Santé publique,* Paris, Ed. Ellipses.

DEVOUASSOUS-MÉRAKCHI J. et MOREL B., (étude réalisé par), (1982), Les diagnostics en médecine libérale en 1980. Résultats de l'enquête I.D.R.E.M. Mars 1980- avril 1981, *Santé Sécurité sociale. Statistiques et commentaires,* n° 5.
DIESING P., (1971), *Patterns of Discovery in The Social Sciences,* London, Routledge and Kegan Paul.
DING Q.C., (1987), La population française de 1950 à 2010, *Données sociales,* INSEE.
DING Q.C., (1990), Le relief social de la mortalité infantile, *Données sociales,* INSEE.
DODIER N. (1993), *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement,* Paris, Ed. A.M. Métailié.
DODIER N., (1985), La construction pratique des conditions de travail : préservation de la santé et vie quotidienne des ouvriers dans les ateliers, *Sciences sociales et santé,* Vol. 3, n° 3.
DODIER N., La maladie et le lieu de travail, *Revue française de sociologie,* Vol. XXIV, n° 2.
DORAY B. et RENNES J.M. (sous la direction de), (1993), *Regards sur la folie,* Paris, Ed. L'Harmattan.
Dossier (1990) : regards sur les inégalités sociales de santé, *Agora,* n° 13.
Dossier, (1992), 10 ans de protection sociale, *Solidarité Santé. Études statistiques,* n° 2.
DOUGLAS J., (1967), *The Social Meanings of Suicide,* Princeton, Princeton University Press.
DRUET P.-P., KEMP P. et THILL G., (1980), Le rôle social de l'expert et de l'expertise, *Esprit,* n° 10.
DRULHE M., (1981), *Vivre ou survivre ? Les centres d'hébergement pour personnes âgées,* Paris/Toulouse, Ed. du CNRS.
DRULHE M., (1985), Socialisation, situation, corps : esquisse d'une axiomatique, *Cahiers du Centre de Recherches Sociologiques,* n° 4.
DRULHE M., (1987), Rupture et transition : le devenir des pensionnaires d'un centre d'hébergement pour femmes battues, *Revue française de sociologie,* Vol. XXVIII, n° 4.
DRULHE M., (1987), L'incorporation, *Sociétés. Revue des sciences humaines et sociales,* n° 15.
DRULHE M., (1988), La maladie comme processus dans l'histoire corporelle, *Cahiers du Centre de Recherches Sociologiques,* n° 9.
DRULHE M., (1989), Vieillissements et activités, in GRAND A., GRAND-FILAIRE A., POUS J., BARTHE J.-F., CLÉMENT S., DRULHE M., *Modes de socialisation et handicaps dans une population âgée en milieu rural,* Toulouse, Rapport de fin de contrat INSERM et CTNERHI, LEEP, CeRS et CIEU.
DRULHE M., (1990), Le poids du passé, *Informations sociales,* n° 6-7.
DRULHE M., (1990), L'enseignement méthodologique de Raymond Ledrut, in *Raymond Ledrut : dits et inédits,* Toulouse, Presses Universitaires du Mirail.
DRULHE M., (1991), Présentation générale. Entre offre et demande sanitaire : enjeux de légitimité, *Cahiers du LERASS,* n° 22, "Sciences sociales et santé publique".
DRULHE M., (1993), Effets de la culture sur les représentations et les activités du corps vieillissant, in CLANET C., FOURASTÉ R., SUDRES J.-L. (sous la direction de), (1993), *Corps, cultures et thérapies,* Toulouse, Presses Universitaires du Mirail.
DRULHE M., (1994), Vieillesse-déficit ou vieillesse négociée : les conséquences méthodologiques d'un choix d'objet, in GUTH S., *L'insertion sociale,* Paris, Ed. L'Harmattan.
DRULHE M., CLÉMENT S., (1992), Transmission du patrimoine et prise en charge des parents âgés dans le Sud-ouest rural, *Sociétés contemporaines,* n° 10.

DRULHE M. et CLÉMENT S., (1994), Pour une sociologie de l'alcoolisme et des alcooliques, in HOUTAUD (d') A. et TALÉGHANI M., (1994),*Sciences sociales et alcoologie,* Paris, Ed. L'Harmattan (à paraître).
DUBOS R., (1961), *Mirage de la santé,* Paris, Ed. Denoël.
DUCLOS D., (1984), La santé au travail comme thème d'action militante : l'expérience des C.O.S.H. aux États-Unis, *Sociologie du travail,* 26ème année, n° 2.
DUCLOS D., (1984), *La santé et le travail,* Paris, Ed. La découverte, Coll. Repères.
DUCLOS D., (1987), La construction sociale du risque : le cas des ouvriers de la chimie face aux dangers industriels, *Revue française de sociologie,* Vol. XXVIII, n°1.
DUFRESNE J., DUMONT F., MARTIN Y. (sous la direction de), (1985), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie,* Québec et Lyon, Presses de l'Université de Québec et Presses Universitaires de Lyon.
DULONG R. (1984), La factualité comme phénomène, in Problèmes d'épistémologie en sciences sociales, *Arguments ethnométhodologiques,* Vol. III, CEMS.
DUMAZEDIER J., (1988), *Révolution culturelle du temps libre. 1968-1988,* Paris, Ed. Méridiens-Klincksieck.
DURAND C. (et alii), (1985), *Le travail et sa sociologie,* Paris, Ed. L'Harmattan.
DURAND J.-P., (1992), La réalité fordienne du post-fordisme, *Contradictions,* n° 69-70.
DURAND J.-P., MERRIEN F.-X., (sous la direction de), (1991), *Sortie de siècle. La France en mutation,* Paris, Ed. Vigot.
DURAND J.-P., WEIL R. (sous la direction de), (1989), *Sociologie contemporaine,* Paris, Ed. Vigot.
DURKHEIM É., (1985), *Les formes élémentaires de la vie religieuse,* Paris, PUF, Coll. Quadrige, 7ème édition.
DURKHEIM É., (1986), *Le suicide. Étude de sociologie,* Paris, PUF, Coll. Quadrige.
DURKHEIM É., (1988), *Les règles de la méthode sociologique,* Paris, Ed. Flammarion, Coll. Champs.
DURU G., ENGELBRECHT R., FLAGLE C.D., VAN EIMEREN W., (1988), *La science des systèmes dans le domaine de la santé,* 3 Volumes, Paris, Ed. Masson, Coll. de Médecine Légale et de Toxicologie Médicale.
EDELMAN B., (1994), Les dangers de la nature, *Le Monde,* 21 janvier.
EENSCHOOTEN M., (1988), Le logement de 1978 à 1984. Toujours plus grand et toujours mieux, *Économie et statistique,* n° 202.
EHRENBERG A., (sous la direction de), (1992), *Penser la drogue, penser les drogues,* 3 volumes, Paris, Ed. Descartes.
EHRENBERG A., (1992), Plaidoyer pour une réflexion politique sur les drogues, *Libération,* 30 novembre.
ÉLIAS N., (1973), *La civilisation des mœurs,* Paris, Ed. Calmann-Lévy.
ÉLIAS N., (1975), *La dynamique de l'Occident,* Paris, Ed.Calmann-Lévy.
ÉLIAS N., (1985), *La société de cour,* Paris, Ed. Flammarion.
ÉLIAS N., (1985), Remarques sur le commérage, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 60.
ÉLIAS N., (1991), *La société des individus,* Paris, Ed. Fayard.
EUZÉBY A., (1992), La protection sociale en Europe : tendances et défis. Les systèmes de protection sociale européens à l'épreuve de la compétition économique mondiale, *Futuribles,* n° 171.
FAINZANG S., (1992), *"L'intérieur des choses". Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina,* Paris, Ed. L'Harmattan.

FAINZANG S., (1989), *Pour une anthropologie de la maladie en France,* Paris, Ed. de l'EHESS.
FASSIN D., (1992), *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar,* Paris, PUF.
FAURE O., (1990), Les logiques contradictoires de la gestion sociale de la maladie (1850-1940), *Sciences sociales et santé,* Vol. VIII, n° 1.
FAVRE P., (1982), La relation sociale, in LENNEP J. (ed.), *Relation et relation. Contribution à l'étude de l'idée et de l'attitude relationnelle,* Crisnée (Belgique), Yellow Now.
FAVRET-SAADA J., (1977), *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage,* Paris, Ed. Gallimard.
FEBVAY M. et AUBENQUE A., (1957), La mortalité par catégorie socio-professionnelle, *Études et Statistiques (supplément au Bulletin mensuel de Statistiques),* n° 3.
FEHER M., (1989), Le nominalisme, le sujet et le corps, *Estetica news,* Anno II, n° 6.
FELLOUS M., (1988), *De l'état de fille à l'état de mère. Journal de travail,* Paris, Ed. Méridiens-Klincksieck.
FERRAND-NAGEL S., (1993), Médecine libérale, médecine sociale et régulation du système de santé. Les leçons de l'histoire de longue période, *Revue française des affaires sociales,* 47ème année, n° 2.
FERRÉOL G., CAUCHE P., DUPREZ J.-M., GADREY N., SIMON M., (1991), *Dictionnaire de sociologie,* Paris, Ed. Armand Colin.
FERRY J.-M., (1987), *Habermas. L'éthique de la communication,* Paris, PUF.
FINCH J. and MASON J., Divorce, remarriage and family obligations, *The Sociological Review,* Vol. 28, n° 2.
FISCHLER C., (1979), Gastro-nomie et gastro-anomie : sagesse du corps et crise bio-culturelle de l'alimentation moderne, *Communications,* n° 39.
FISCHLER C., (1980), Le combat de Richard Lewontin contre la sociobiologie, *Le Monde,* 28 septembre.
FISCHLER C., (1990), *L'homnivore,* Paris, Ed. Odile Jacob.
Fondation Marangopoulos, *Expérimentation médicale et droits de l'homme,* Paris, PUF.
FONDRIA J., (1992), Le triple défi. Entretien avec le Professeur Béraud, *Valeurs mutualistes MGEN,* novembre-décembre.
FOUCAULT M., (1963), *Naissance de la clinique,* Paris, PUF.
FOUCAULT M., (1975), *Surveiller et punir. La naissance de la prison,* Paris, Ed. Gallimard.
FOUCAULT M., (1976), *Histoire de la sexualité. I. La volonté de savoir,* Paris, Ed. Gallimard.
FOUCAULT M., (1984), What is Enlightment ?, in RABINOV P., *Foucault Reader,* New-York, Pantheon.
FOUCAULT M., (1991), Faire vivre et laisser mourir : la naissance du racisme, *Les temps modernes,* 46ème année, n° 535.
FOURNIER G., GLAUDE M. et REYNAUD E., (1984), Familles ouvrières et chômage : des budgets difficilement compressibles, *Économie et statistique,* n° 170.
FOX A.J., (1987), Socio-demographic mortality differentials : new longitudinal perspectives, *Revue d'épidémiologie et de santé publique,* Vol. 35, n° 1.
FOX N.J., (1991), Postmodernism, Rationality and The Evaluation of Health Care, *The Sociological Review,* Vol. 39, n° 4.
FOX R.C., (1977), The Medicalization and Demedicalization of American Society, *Dædalus,* winter.
FREIDSON E., (1984), *La profession médicale,* Paris, Ed. Payot, Coll. Médecine et Sociétés.
FREIDSON E., (1961-62), The Sociology of Medicine, *Current Socilogy,* Vol. X/XI, n° 3.

GABE J. and CALNAN M., (1989), The Limits of Medicine : Women's Perception of Medical Technology, *Social Science and Medicine,* Vol. 28, n° 3.
GABE J. and THOROGOOD N., (1986), Prescribed Drug Use and The Management of Everyday Life : The Experiences of Black and White Working-Class Women, *The Sociological Review,* Vol. 34, n° 4.
GALLAIS J.-L., (1992), Médecine générale individuelle et santé publique : deux disciplines et pratiques indissociables, *Revue du Praticien - Médecine générale,* Tome 6, n° 181, juin.
GALLAND O., (1987), Une nouvelle jeunesse ?, *Futuribles,* n° 109.
GALLAND O., (1991), *Sociologie de la jeunesse. L'entrée dans la vie active,* Paris, Ed. Armand Colin.
GARDEL B., (1982), Scandinavian research on stress in working life, *International Journal of Health Services,* Vol. 12, n° 1.
GARDENT H., (1988), *Dépendance des personnes âgées et charge de soins. Expérimentation de six grilles de dépendance,* Paris, Publications du CTNERHI.
GARIGUES P., (1990), Les Français et le sport, *Données sociales,* INSEE.
GAULEJAC (de) V., (1988), *La névrose de classe,* Paris, Hommes et groupes éditeurs.
GAULLIER X., (1988), *La deuxième carrière. Ages, emplois, retraites,* Paris, Ed. du Seuil.
GAULLIER X., (1990), La mutation des âges, *Le débat,* n° 61.
GENEST S., (1978), Introduction à l'ethnomédecine. Essai de synthèse, *Anthropologie et sociétés,* Vol. II, n° 3.
GERHART U., KIRCHGÄSSLER K., (1987), Analyse idéal-typique de carrières de patients, *Sciences sociales et santé,* Vol. V, n° 1.
GIBAUD B., (1990), Origines et conséquences de la présence de finalités commerciales dans le champ de la protection sociale complémentaire, *Sciences sociales et santé,* Vol. VIII, n° 1.
GIDDENS A., (1987), *La constitution de la société,* Paris, PUF.
GIMPEL J., (1992), *La fin de l'avenir. Le déclin technologique et la crise de l'Occident,* Paris, Ed. du Seuil.
GINSBURG F.D., (1990), La représentation de la fonction maternelle (nurturance) dans les mouvements féministes américains, *Actes de recherche en sciences sociales,* n° 84.
GLASER B.G., STRAUSS A.L., (1967), *The Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research,* New-York, Aldine Publishing Company.
GLAUDE M. et SINGLY (de) F., (1987), Les jeux de rôles conjugaux, *Données sociales,* INSEE.
GODIGNON A., THIRIET J.-L., (1992), Dialoguons, dialoguez ou le sophisme démocratique, *Le débat,* n° 68.
GOFFMAN E., (1974), *Les rites d'interaction,* Paris, Ed. de Minuit.
GOFFMAN E., (1975), *Stigmate,* Paris, Ed. de Minuit.
GOLDBERG M., (1982), Cet obscur objet de l'épidémiologie, *Sciences sociales et santé,* Vol. I, n° 1.
GOLDSMITH D.S. et FRIEDMAN S.R., (1991), La drogue, le sexe, le sida et la survie dans la rue. Les voix de cinq femmes, *Anthropologie et Sociétés,* Vol. 15, n° 2-3.
GOTTRAUX M., (1982), La construction sociale du champ de la prévention, *Sciences sociales et santé,* Vol. I, n° 1.
GOVE W.R., (1973), Sex, Marital Status and Mortality, *American Journal of Sociology,* Vol. 79, n° 1.
GOVE W.R., (1984), Gender Differences in Mental and Physical Illness : The Effects of Fixed Roles and Nurturants Roles, *Social Science and Medicine,* Vol. 19, n° 2.
GOVE W.R., HUGHES M., (1979), Possible Causes of The Apparent Sex Differences in Physical Health : an empirical investigation, *American Sociological Review,* Vol. 44, n° 1.

GOVE W.R., HUGHES M., GALLE O.R., (1979), Overcrowding in The Home : An Empirical Investigation of Its Possible Pathological Consequences, *American Sociological Review,* Vol. 44, n° 1.
GRAND A., (1991), *Représentations et pratiques de santé dans une population âgée en milieu rural,* 2 volumes, Toulouse, Thèse pour le doctorat de sociologie (NR), Université de Toulouse-le-Mirail.
GRANOVETTER M.S., (1973), The Strength of Weak Ties, *American Journal of Sociology,* Vol.78, n° 6.
GRAWITZ M., (1988), *Lexique des sciences sociales,* Paris, Ed. Dalloz, 4ème édition.
GRESLE F., (1977), Indépendance professionnelle et protection sociale. Pratiques de classe et fluctuation idéologique du petit patronat, *Revue française de sociologie,* Vol. XVIII, n° 4.
GRIGNON C. et C., (1984), Les pratiques alimentaires, *Données sociales,* INSEE.
GRIGNON C. et GRIGNON C., (1980), Styles d'alimentation et goûts populaires, *Revue française de sociologie,* Vol. XXI, n° 4.
GRIGNON C., PASSERON J.-C., (1989), *Le savant et le populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature,* Paris, Ed. Gallimard et Le Seuil.
GRMECK M., (1989), *Histoire du sida,* Paris, Ed. Payot.
GROS F., JACOB F. et ROYER P., (1979), *Sciences de la vie et société,* Paris, La documentation française.
GROS N., (1992), Alcool, tabac, tranquillisants, drogues illégales... Des consommateurs de plus en plus jeunes, in FÉRON F. et THORAVAL A. (sous la direction de), *L'état de l'Europe,* Paris, Ed. La découverte.
GROSSIN W., (1983), *Des résignés aux gagnants,* Nancy, Presses Universitairezs de Nancy.
GRUNOW-LUTTER V., GRUNOW D., (1987), «Self-help» et gestion de la maladie dans la vie quotidienne familiale, *Sciences sociales et santé,* Vol. V, n° 2.
GUIDEVAUX L., COLVEZ A., MICHEL É., HATTON F., (1975), *Les malades en médecine libérale. Qui sont-ils ? de quoi souffrent-ils ? Enquête nationale de morbidité. Statistiques de mortalité,* Paris, INSERM.
GUIGNON N., (1990), Alcool et tabac. Des plaisirs qui empoisonnent, *Données sociales,* INSEE.
GUILLEMARD A.-M., (1972), *La retraite : une mort sociale. Sociologie des conduites en situation de retraite,* Paris, La Haye, Ed. Mouton et EPHE (VIème section).
GUILLEMARD A.-M., (1986), *Le déclin du social. Formation et crise des politiques de la vieillesse,* Paris, PUF.
GUILLEMARD A.-M., (1992), Une rénovation culturelle : la mutation et la réorganisation des temps sociaux, in Actes du colloque, *L'économie du vieillisement. Mythes et réalités,* Limoges, Publication de l'Institut de l'Âge et du Conseil Général de la Vienne.
GUSFIELD J., (1976), The Literary Rhetoric of Science : Comedy and Pathos in Drinking Driver Research, *American Sociological Review,* Vol. 41, February.
GUYOT J.C., (1978), Besoins de santé et phénomènes de socialisation, in Colloque international de sociologie médicale, *Santé, médecine et sociologie,* Paris, Ed. du CNRS et INSERM.
GUYOT J.C., (1979), *Essai sur la définition et le contenu de la sociologie médicale,* Thèse pour le doctorat d'État, Paris, Université René Descartes.
GUYOT J.C., (1982), *Quelle médecine pour quelle société ?,* Toulouse, Ed. Privat.
GUYOT J.-C., (1985), *L'échec scolaire, ça se soigne,* Toulouse, Ed. Privat, Coll. Mésopé.
GUYOT J.-C., (1988), Les normalisations scolaires sociales et médico-sociales des jeunes handicapés, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales,* XXVIIème année, n° 2.

HABERMAS J., (1973), *La technique et la science comme «idéologie»,* Paris, Ed. Gallimard, Coll. Tel.
HALBWACHS M., (1930), *Les causes du suicide,* Paris, Ed.Félix Alcan.
HAMBURGER J., (1992), La révolution thérapeutique, *Le Monde,* 16 avril.
HAMMARSTRÖN A., JANLERT U., and THEORELL T., (1988), Youth Inemployment and Ill Health : Results from a 2- Year Follow-Up Study, *Social Science and Medicine,* Vol. 26, n° 10.
HATTON F., MICHEL E., LE TOULEC A., NICAUD V., (1990), Le sida en France, *Données sociales,* INSEE.
HATZFELD H., (1971), *Du paupérisme à la Sécurité ociale. Essai sur les origines de la Sécurité sociale en France 1850-1940,* Paris, Ed. Armand Colin.
HENRARD J.C., CRÉPY M.-N., (1989), Les comparaisons internationales des systèmes de santé, in BRÜCKER G. et FASSIN D., *Santé Publique,* Paris, Ed. Ellipses.
HÉRAN F., (1988), La sociabilité, une pratique culturelle, *Économie et statistique,* n° 216.
HÉRAN F., (1991), Pour en finir avec sociétal, *Revue française de sociologie,* Vol. XXXIII, n° 4.
HERKOVITS M.J., (1967), *Les bases de l'anthropologie culturelle,* Paris, Petite bibliothèque Payot.
HERPIN N., (1980), Comportements alimentaires et contraintes sur les emplois du temps, *Revue française de sociologie,* Vol. XXI, n° 4.
HERPIN N., (1980), Compte-rendu de *BOURDIEU (P.), La distinction. Critique sociale du jugement, Revue française de sociologie,* Vol. XXXI, n° 3.
HERPIN N., (1984), Alimentation et régionalisme, *Données sociales,* INSEE.
HERPIN N., (1986), Socio-style, *Revue française de sociologie,* Vol. XXVII, n° 2.
HERPIN N., CHOQUET O., KASPARIAN L. et VERGER D., (1988), Les conditions de vie des ouvriers. Un mode de vie ouvrier ?, *Économie et statistique,* n° 228.
HERPIN N., VERGER D., (1988), *La consommation des français,* Paris, Ed. La découverte.
HERZLICH C., (1969), *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale,* Paris et La Haye, Ed. Mouton.
HERZLICH C., (1970), *Médecine, maladie et société,* Paris et La Haye, Ed. Mouton.
HERZLICH C., (1981), Perceptions et représentations des usagers : santé, corps, handicap, in Les colloques de l'INSERM, *Conceptions, mesures et actions en santé publique,* Paris, INSERM, Vol. 104.
HERZLICH C., (1985), Sociology of Health and Illness in France, Retrospectively and Prospectively, *Social Science and Medicine,* Vol. 20, n° 2.
HERZLICH C., PIERRET J., (1989), *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui,* Paris, Ed. Payot.
HERZLICH C., BUNGENER M., PAICHELER G., ROUSSIN P., ZUBER M.-C., (1993), *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français. 1930-1980,* Paris, Ed. de l'INSERM et Ed. Doin.
HIBBARD J.H. and POPE C.R., (1991), Effect of Domestic and Occupationnal Roles on Morbidity and Mortality, *Social Science and Medicine,* Vol. 32, n° 7.
HOFFSAES C., (1982), Le système Gamin. Erreur technocratique ou premier pas vers un fichage généralisé ?, *Esprit,* n° 5.
HOGAN D.P. and ASTONE N.M., (1986), The Transition to Adulthood, *Annual Review of Sociology,* n° 12.
HOLOWAY S.W.F., JEWSON N.D. and MASON D.J., (1986), 'Reprofessionnalization' or 'Occupationnal Imperialism' ? : Some Reflections on Pharmacy in Britain, *Social Science and Medicine,* Vol. 23, n° 3.

HOUTAUD (d') A. et FIELD M.G., (1989), *La santé. Approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société,* Nancy, Presse Universitaires de Nancy.
HOUTAUD (d') A. et TALÉGHANI M. (sous la direction de), (1994), *Sciences sociales et alcoologie,* Paris, Ed. L'Harmattan (à paraître).
HOUTAUD (d') A., (1975), Sociologie de la médecine et sociologie de la santé, *Cahiers Internationaux de Sociologie,* Vol. LVIII.
HUBERT M., (1991), L'approche constructiviste appliquée à la sociologie des problèmes sociaux : éléments d'un débat, *Recherches sociologiques,* Vol. XXII, n° 1-2.
HUPPERT-LAUFFER J., (1982), *La féminité neutralisée ? Les femmes cadres dans l'entreprise,* Paris, Ed. Flammarion.
ILLITCH I., (1975), *Némésis médicale,* Paris, Ed. du Seuil.
INIZAN J. et BOUVIER-COLLE M.H., (1990), La mortalité des jeunes en Europe, *Données sociales,* INSEE.
ION J. et COLSON D., (1992), Les nomenclatures sociales : objet et instrument de normalisation, in FRITSCH P., *L'activité sociale normative,* Paris, CNRS éditions.
IRATA H. et ROGERAT C., (1988), Technologie, qualification et division sexuelle du travail, *Revue française de sociologie,* Vol. XXIX, n° 1.
IRIBARNE (d') P., (1991), Culture et «effet sociétal», *Revue française de sociologie,* Vol. XXII, n° 4.
IRIGARAY L., (1989), *Le temps de la différence,* Paris, Le livre de poche, Coll. Biblio essais.
IRLINGER P., LOUVEAU C., MÉTOUDI M., (1990), L'activité physique, une manière de soigner l'apparence ?, *Données sociales,* INSEE.
ISAMBERT F.-A., (1987), L'expérimentation sur l'homme comme pratique et comme représentation, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 68.
IVALDI M., BELLOC B., CRESTA J.-P., (1987), *Sécurité routière et formation à la conduite,* Rapport final du LEREM, Université de Toulouse 1.
JAEGER M., (1988), *La psychiatrie en France,* Paris, Ed. Syros.
JAMET M., (1991), *Le sport dans la société. Entre raison(s) et passion(s),* Paris, Ed. L'Harmattan.
JAMOUS H., (1969), *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières,* Paris , Ed. du CNRS.
JOBERT B., (1992), Représentations sociales, controverses et débats dans la conduite des politiques publiques, *Revue française de science politique,* Vol. 42, n° 2.
JOBERT B., STEFFEN M., (1988), Décisions et non-décisions en matière de politique de santé, Communication au Congrès de la Société Française de Santé Publique, *L'action de santé aujourd'hui : partenaires, pouvoirs et décisions,* Lyon, 16-17 mai.
JOFFE M., (1989), Social Inequalities in Low Weight : Timing of Effects and Selective Mobility, *Social Science and Medicine,* Vol. 28, n° 6.
JOUGLA E., GOLDBERG M., HATTON F., avec la collaboration de KLEIN N. et LETOULEC A., (1988), Relation entre l'évolution de l'état de santé et l'activité du système de santé dans les pays développés, *Revue d'épidémiologie et de santé publique,* Vol. 36, n° 6.
JUAN S., (1989), Quelques propriétés des enquêtes de sociographie «empirique» ou la disparition de l'acteur, *Cahiers Internationaux de Sociologie,* Vol. LXXXVI.
JUAN S., (1991), *Sociologie des genres de vie. Morphologie culturelle et dynamique des positions sociales,* Paris, PUF.
KALUSZYNSKI M., (1991), Les bonnes mœurs. Approche historique, in SINGLY (de) F., *La famille. L'état des savoirs,* Paris, Ed. La découverte.

KANDRACK M.-A., GRANT K.N., and SEGALL A., (1991), Gender Differences in Health Related Behaviour : Some Unanswered Questions, *Social Science and Medicine,* Vol. 32, n° 5.
KAPLAN G.A. and CAMACHO T., (1982), Perceived Health and Mortality : a Nine-Year Follow-Up of Human Population Laboratory Cohort, *American Journal of Epidemiology,* 72.
KARSENTY S., (1978), La production de la santé comme objectif de l'institution médicale, in Colloque international de sociologie médicale, *Santé, médecine et sociologie,* Paris, Ed. du CNRS et INSERM.
KASL S.V. and COBB S., (1966), Health Behavior, Illness Behavior and Sick-Role Behavior. Part I, *Archives of Environmental Health,* vol. 12, february ; Part II, *Archives of Environmental Health,* Vol. 12, april.
KATZ A.H., (1981), Self-Help and Mutual Aid : An Emerging Social Movement ?, *Annual Review of Sociology,* n° 7.
KELLERHALS J. (en collaboration avec GRETILLAT F., TROUTOT P.-Y. et WIRTH G.), (1981), Ambiguïtés normatives de l'échange conjugal : le problème de la norme d'équité, *Revue suisse de sociologie,* Vol. 7, n° 3.
KELLERHALS J., LALIVE d'ÉPINAY C. (Actes du Colloque de Genève publiés par), (1982), *Inégalités - différences. Contributions à l'analyse des stratifications,* Berne, Ed. Peter Lang.
KERVASDOUÉ (de) J. et POLTON D., (1989), Quelle égalité devant la santé ?, *Projet,* n° 220.
KERVASDOUÉ (de) J., (1992), La cohésion sociale, facteur-clé de l'égalité devant la santé, *Le Monde,* 2 juillet.
KHAN H. et WIENER A., (1967), *L'an 2000 : lignes de conjectures sur les trente-trois prochaines années,* Paris, Ed. Robert Laffont.
KITSUSE J.I., SPECTOR M., (1973) Toward a Sociology of Social Problems : Social conditions, Value-Judgements, and Social Problems, *Social Problems,* Vol. 20, pp. 407-418.
KNIBIELHER Y. (sous la direction de), (1984), *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française (1880-1980),* Paris, Ed. Hachette.
KNOWLES J.H., (1977), Responsability for Health (Editorial), *Science,* Vol. 198, n° 4322.
KRAMARZ F., (1987), Les conditions de travail des ouvriers, *Données sociales,* INSEE.
KRIEF Y. et LOISEAU M., (1979), Les styles de vie en question, *Stratégies,* n° 199.
KUTY O., (1983), Les innovations scientifiques dans le champ sanitaire (1750-1825), *Sciences sociales et santé,* n° 3-4.
LABOV W., (1978), *Le parler ordinaire,* Paris, Ed. de Minuit.
LACOSTE-DUJARDIN C., (1988), Être mère à l'étranger, *Migrations Santé,* n° 54/55.
LAGRANGE H., (1991), Un gramme cinq de latex ? (Les hétérosexuels face au risque du sida et la prévention), *Les temps modernes,* 46ème année, n° 536-537.
LALIVE d'ÉPINAY C., (1982), Persistance de la culture populaire dans les sociétés industrielles avancées, *Revue française de sociologie,* Vol. XXIII, n°1.
LALIVE d'ÉPINAY (et collaborateurs), (1983),*Vieillesse. Situations, itinéraires et modes de vie des personnes âgées aujourd'hui,* Saint-Saphorin (Suisse), Ed. Georgi.
LALIVE d'ÉPINAY C., (1991), *Vieillir ou la vie à inventer,* Paris, Ed. L'Harmattan.
LAPASSADE G., (1963), *L'entrée dans la vie,* Paris, Ed. de Minuit.
LAPORTE A., (1993), Le Sida en France : 1982-1992, *Données sociaales,* INSEE.
LAZARSFELD P., (1971), Des concepts aux indices empiriques, in BOUDON R. et LAZARSFELD P., *Le vocabulaire des sciences sociales,* Paris, La Haye et Paris, Ed. Mouton, 3ème édition.

LAZARSFELD P., JAHODA M., ZEISEL H., (1981), *Les chômeurs de Marienthal,* Paris, Ed. de Minuit.
LE BRAS H., (1983), L'interminable adolescence ou les ruses de la famille, *Le débat,* n° 25.
LE BRAS H., (1986), *Les trois France,* Paris, Ed. Odile Jacob.
LE BRETON D., (1985), Corps et individualisme, *Diogène,* n° 131.
LE BRETON D., (1985), *Corps et sociétés. Essai de sociologie et d'anthropologie du corps,* Paris, Librairie des Méridiens, Coll. Sociologies au quotidien.
LE BRETON D., (1988), Dualisme et Renaissance. Aux sources d'une représentation moderne du corps, *Diogène,* n° 142.
LE BRETON D., (1992), *La sociologie du corps,* Paris, PUF, Coll. Que sais-je ? n° 2678.
LE DISERT D., (1985), *La maladie : la part du social,* Paris, Ed. du CDSH.
LE GOFF J. et SOURNIA J.-C., (1985), *Les maladies ont une histoire,* Paris, Ed. du Seuil.
LE MAIRE P., (1981), «Styles de vie» et «courants socio-culturels» : pour quoi faire ?, *Consommation. Revue de socio-économie,* n° 4.
LE PEN C., (1993), Médicament et industrie pharmaceutique. Réflexions sur l'avenir, SOUBIE R. (Groupe «Prospective du système de santé» présidé par), *Santé 2010. Santé, maladies et technologies,* Paris, La documentation française.
LE TURDU M., (1992), Les décès en 1990, *INSEE PREMIÈRE,* n° 182.
LE WITTA B., (1988), *Ni vue, ni connue. Approche ethnographique de la culture bourgeoise,* Paris, Ed. de la Maison des Sciences de l'Homme.
LEBRUN F., (1983), *Médecins, saints et sorciers au 17ème et 18ème siècles : se soigner autrefois,* Paris, Ed. Temps actuels.
LECLERC G., (1979), *L'observation de l'homme. Une histoire des enquêtes sociales,* Paris, Ed. du Seuil.
LÉCUYER B.-P., (1983), Les maladies professionnelles dans les «Annales d'hygiène publique et de médecine légale» ou une première approche de l'usure au travail, *Le mouvement social,* n° 124.
LEDERMAN S., (1956 et 1964), *Alcool, alcoolisme et alcoolisation,* 2 volumes, Paris, PUF/INED.
LEDRUT R., (1966), *Sociologie du chômage,* Paris, PUF.
LEDRUT R., (1979), *La révolution cachée,* Paris, Ed. Casterman, 1979.
LEDRUT R. (sous la direction de), (1979), *L'évolution des pratiques alimentaires sous leurs aspects qualitatifs,* Toulouse, Rapport ronéo. de fin de contrat ATP CNRS n° 2765, Centre de Recherches Sociologiques.
LEMEL Y. et MERCIER M.-A., (1987), L'approvisionnement alimentaire, *Données sociales,* INSEE.
LENOIR R., (1980), La notion d'accident du travail : un enjeu de luttes. Note de recherche, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 32-33.
LENORMAND J.-M., (1994), Les laboratoires pharmaceutiques redoutent le développement des médicaments «génériques», *Le Monde,* 12 juillet.
LÉONARD J., (1977), Quand la médicalisation devint populaire, *Autrement,* n° 9.
LÉONARD J., (1981), *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs. Histoire intellectuelle de la médecine française au XIXème siècle,* Paris, Ed. Aubier-Montaigne.
LÉONARD M.-C., (1988), La relation enquêteur-enquêté et la notion d'aide, in FROSSARD M., JOURDAIN A., ENNUYER B., GUISSET M.-J., ROOS C., LÉONARD M.-C., EYNARD C., Travail familial, solidarité de voisinage et maintien à domicile des personnes âgées, *Cahiers de l'École Nationale de la Santé Publique,* n° 3.

LEPENIES W., (1990), *Les trois cultures. Entre science et littérature l'avènement de la sociologie,* Paris, Ed. de la MSH.
LEROUX D., LESDOS C., MOUQUET M.C., (1982), Statistiques de morbité dans les établissements d'hospitalisation publics. Années 1977 et 1978, *Santé Sécurité sociale. Statistiques et commentaires,* n° 2.
Les colloques de l'INSERM, (1981), *Conceptions, mesures et actions en santé publique,* Paris, INSERM, Vol. 104.
Les colloques de l'INSERM, (1989), *Les représentations de la santé. Bilan actuel, nouveaux développements,* Paris, INSERM, Vol. 178.
LESEMAN F. et MARTIN C. (sous la direction de), (1993), *Les personnes âgées. Dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales,* Paris, La documentation française.
LETOURMY A. et GIBERT F., (1974), *Santé, environnement et consommations médicales : un modèle et son estimation à partir des données de mortalité,* Paris, Rapport CEREBE.
LETOURMY A., (1982), Pratique quotidienne et comportements des médecins généralistes généraux, *Recherches économiques et sociales,* n° 2.
LEVINE S., FELDMAN J.J., ELINSON J., (1983), Does Medical Care Do Any Good ?, in MECHANIC D. (ed.), *Handbook of Health, Health Care and The Health Professions,* New-York, The Free Press.
LÉVI-STRAUSS C., (1983), *Le regard éloigné,* Paris, Ed. Plon.
LÉVY C. et VALLIN J., (1981), La mortalité par catégorie socio-professionnelle. Essai de calcul direct, *Population,* 36ème année, n° 4-5.
LEWIS O., (1959), *Five Families : Mexican Case Studies in The Culture of Poverty,* (Ill.) University of Illinois Press.
LEWIS O., (1963), *Les enfants de Sanchez,* Paris, Ed. Gallimard.
LION A. et MACLOUF P., (1982), *L'insécurité sociale,* Paris, Ed. Ouvrières.
LOUX F., (1974), Transmission culturelle chez les catholiques et les protestants : les soins corporels à Chardonneret, *Ethnologie française,* Vol. IV, n° 1-2.
LOUX F., (1990), *Traditions et soins d'aujourd'hui,* Paris, Ed. Interéditions, 2ème édition.
LUPTON D., DONALDSON C. and LLOYD P., (1991), Caveat Emptor or Blissful Ignorance ? Patients and The Consumerist Ethos, *Social Science and Medicine,* Vol. 33, n° 5.
LYOTARD J.-F., (1983), *La condition postmoderne. Rapport sur le savoir,* Paris, Ed. de Minuit.
MACINTYRE S., (1986), The Patterning of Health by Social Position in Contemporary Britain : directions for sociological research, *Social Science and Medicine,* Vol. 23, n° 4.
MAFFESOLI M., (1979), *La conquête du présent. Pour une sociologie de la vie quotidienne,* Paris, PUF.
MAISONNEUVE J., (1976), Le corps et le corporéisme aujourd'hui, *Revue française de sociologie,* Vol. XVII, n° 4.
MAÎTRE J., (1978), Médicalisation et démédicalisation, in Colloque international de sociologie médicale, *Santé, médecine et sociologie,* Paris, Ed. du CNRS et INSERM.
MAJNONI D'INTIGNANO B., (1993), *La protection sociale,* Paris, Le livre de poche.
MANNHEIM K., (1990), *Le problème des générations,* Postface de Gérard Mauger, Paris, Ed. Nathan, Coll. Essais et recherches.
MANTOVANI J., (1988), *Santé et maladie de la population agricole de l'Aude. Approche méthodologique dans le cadre de la mise en place d'une éducation sanitaire en milieu rural,* 2 volumes, Toulouse, Thèse pour le doctorat de 3ème Cycle, Université de Toulouse-le-Mirail.
MARCHAND O. et THÉLOT C., (1991), *Deux siècles de travail en France. Population et structure sociale, durée et productivité du travail,* Paris, INSEE, Coll. Études.

MARCOVITCH A., (1986), L'introduction de la vaccination jennérienne, un révélateur des idéologies et des politiques de santé, *L'année sociologique,* Vol. 36.
MARCUSE H., (1968), *L'homme unidimensionnel,* Paris, Ed. de Minuit.
MARMOT M.G., KOGEVINAS M. and ELSTON M.A., (1987, Social/Economic Status and Desease, *Annual Review of Public Health,* n° 8.
MARTUCELLI D., (1992), Lectures théoriques de la postmodernité, *Sociologie et sociétés,* Vol. XXIV, n° 1.
MARX K., (1965), *Œuvres,* 3 Tomes, Paris, Ed. Gallimard, Coll. La Pléiade.
MATHIEU N.-C., (1991), *L'anatomie politique : catégorisations et idéologies du sexe,* Paris, Ed. Côté-Femmes.
MAUGER G., BENDIT R. et VON VOLFERSDORFF C., (1994), *Jeunesses et sociétés. Perspectives de la recherche en France et en Allemagne,* Paris, Ed. Armand Colin.
MAUPÉOU-ABBOU (de) N., (1967), Présence et signification d'une conscience collective jeune, *Sociologie du travail,* 9ème année, n° 1.
MAURICE M., SELLIER F. et SYLVESTRE J.J., (1992), Analyse sociétale et cultures nationales. Réponse à Philippe d'Iribarne, *Revue française de sociologie,* Vol. XXXIII, n° 1.
MAUSS M., (1960), *Sociologie et anthropologie,* Paris, PUF, 7ème édition.
McINTOSH GRAY A., (1982), Inequalities in Health. The Black Report : a summary) and comment, *International Journal of Health Services,* Vol. 12, n° 3.
McKEOWN T., (1976), *The Role of Medicine : Dream, Mirage or Nemesis ?,* London, Nuffield Provincial Hospital Trust.
McKIMLAY J.B., McINLAY S.M. and BEAGLEHOLE R., (1989), A Review of Evidence Concerning The Impact of Medical Measures on Recent Mortality and Morbidity in the United States, *International Journal of Health Services,* Vol. 19, n° 2.
McPHERSON K., (1990), Variations entre pays de pratiques médicales, in OCDE, Les systèmes de santé : à la recherche d'efficacité, *Études de politique sociale,* n° 7.
McQUEEN D.V., (1987), A Research Program in Lifestyle and Health : Methodological and Theorical Considerations,*Revue d'épidémiologie et de santé publique,* Vol. 35, n° 1.
MECHANIC D. (ed.), (1983), *Handbook of Health, Health Care and The Health Professions,* New-York, The Free Press.
MECHANIC D., (1975), The Comparative Study of Health Care Delevery System, *Annual Review of Sociology,* n° 1.
Médecines et Société, (1990), *Actions et recherches Sociales. Revue interuniversitaire de Sciences et Pratiques Sociales,* n° 1.
MEMBRADO M., (1993), La construction médicale de la relation thérapeutique. Pour une définition des enjeux, *Ethnologie française,* Vol. XXIII, n° 4.
MENAHEM G., (1992), Troubles de la santé à l'âge adulte et difficultés familiales durant l'enfance, *Population,* 47ème année, n° 4.
MENAHEM G., (1994), *Problèmes de l'enfance, statut social et santé des adultes,* Paris, CREDES, Coll. Biblio n° 1010.
MENDRAS H., (1989), *La seconde révolution française. 1965-1984,* Paris, Ed. Gallimard.
MENDRAS H., FORSÉ M., (1983), *Le changement social,* Paris, Ed. Armand Colin.
MENNELL S., MURCOTT A., OTTERLOO (van) A.H., (1992), The Sociology of Food : Eating, Diet and Culture, *Current Sociology,* Vol. 40, n° 2.
MERLLIÉ D., (1983), Une nomenclature et sa mise en œuvre : les statistiques sur l'origine sociale des étudiants, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 50.
MERMET G., (1985), *Francoscopie. Les français : qui sont-ils ? où vont-ils ?,* Paris, Ed. Larousse.

MERRIEN F.X., (1990), État et politiques sociales : contribution à une théorie «néo-institutionnaliste», *Sociologie du travail,* Vol. XXXII, n° 3.
MERTON R.K., (1965), *Éléments de théorie et de méthode sociologique,* Paris, Ed. Plon.
MESLÉ F. et VALLIN J., (1988), Les composantes de la mortalité cardio-vasculaire en France depuis 1925 : résultats d'une reconstitution historique, *Population,* 43ème année, n° 2.
MESLÉ F. et VALLIN J., (1992), Santé et démographie : les conséquences du progrès de la médecine, in Cité des Sciences et de l'Industrie - La Villette, *L'homme et la santé,* Paris, Ed. du Seuil.
MESLÉ F., (1983), Cancer et alimentation : les cas des cancers de l'intestin et du rectum, *Population,* 38ème année, n° 4-5.
MÉTOUDI M., (1987), De nouveaux usages pour les sports d'hier, *Esprit,* n° 4.
MICHEL A., (1971), Rôles masculins et féminins dans la famille : examen de la théorie classique, *Informations sur les Sciences Sociales,* Vol. X, n° 1.
MICHEL É., (1993), Disparités régionales de la mortalité en France. Situation en 1990, *Solidarité Santé. Études statistiques,* n° 1.
Ministère de la Culture, (1982), *Pratiques culturelles des Français,* Paris, Ed. Dalloz.
Ministère de la Culture, (1990), *Les pratiques culturelles des Français. 1973-1989,* 2 volumes, Paris, Ed. La découverte et La documentation française.
MINVIEILLE D., AÍACH P., LECLERC A., CÈBE D., et PIESSET J., (1977), Problèmes de santé et inégalités sociales, *Santé Sécurité sociale. Statistiques et commentaires,* Tome A, n° 4.
MIROWSKY J., (1985), Depression and Marital Power : An Equity Model, *American Journal of Sociology,* Vol. 91, n° 3.
MIROWSKY J. and ROSS C.E., (1986), Social Patterns of Distress, *Annual Review of Sociology,* n° 12.
MIZRAHI A., MIZRAHI A., (1982), *La consommation médicale. Micro-économie,* Paris, PUF.
MIZRAHI A., MIZRAHI A., (1990), Les tendances à long terme de la consommation médicale, *Futuribles,* n° 147.
MOATTI J.-P., (1992), Médecine et économie de la santé : de la confrontation au rapprochement, in Cité des Sciences et de l'Industrie - La Villette, *L'homme et la santé,* Paris, Le Seuil.
MOATTI J.P., (1991), L'économie de la santé à la croisée des chemins, *Les cahiers du LERASS,* n° 22.
MOLINIÉ A.-F. et VOLKOFF S., (1984), Les accidents de travail, *Données sociales,* INSEE.
MONTES F. (1993), L'avenir de la protection sociale en France, *Études,* février.
MORELLE A., L'institution médicale en question. Retour sur l'affaire du sang contaminé, *Esprit,* n° 193.
MORIN E., (1984), *Sociologie,* Paris, Ed. Fayard.
MORMICHE P., (1994), Deux décennies d'évolution des consommations médicales, *Solidarité Santé. Études statistiques,* n° 1.
MOSSÉ P., (1982), *Une vue sur les sciences humaines de la santé. France 1975-1981,* Paris, Ed . du CDSH.
MOTTEZ B., (1976), Le médecin, le comptable et l'alcoolique, *Sociologie du travail,* 18ème année, n° 4.
MOUQUET M.C., (1986), Les malades traités à l'hôpital général public. 1er trimestre 1985, *Solidarité Santé. Études statistiques,* n°5.

MUKHOPADHYAY C.C., (1988), Anthropological Studies of Women's Status Revisited : 1977-1987, *Annual Review of Anthropology,* n° 17.
MURARD L. et ZYLBERMAN P., (1985), La raison de l'expert ou l'hygiène comme science sociale appliquée, *Archives européennes de sociologie,* Vol. XXVI, n° 1.
MURARD N., (1993), *La protection sociale,* Paris, Ed. La découverte, Coll. Repères.
MURNAGHAN J.H., (1981), Health Indicators and Information Systems for The Year 2000, *Annual Review of Public Health,* n° 2.
NAHOUM-GRAPPE V., (1993, Les jeux de rôle de la mondanité, *Esprit,* n° 11/196.
NATHANSON C.A., (1984), Sex differences in mortality, *Annual Review of Sociology,* n° 10.
NAU J.-Y., (1994), L'autopsie en danger de mort. Le texte de loi sur la bioéthique voté par le Sénat menace cette pratique scientifique fondamentale en médecine, *Le Monde,* 23 mars.
NAU J.-Y., (1994), Philippe Douste-Blazy incite les praticiens à mieux lutter contre la douleur, *Le Monde,* 23-24 janvier.
NAU J.Y., (1993), L'affaire exemplaire du sumatriptan, *Le Monde,* 31 mars.
NAU J.Y., (1994), La trop belle histoire du prozac, *Le Monde,* 4 mai.
NAULLEAU E., (1982), L'accouchement à domicile, *Économie et statistique,* n° 148.
NEVEU E., (1990), «Sociostyles»... Une fin de siècle sans classes, *Sociologie du travail,* Vol. XXXII, n° 2.
NICOLAS G., (1973), Fait "ethnique" et usages du concept d' "ethnie", *Cahiers Internationaux de Sociologie,* Vol. LIV.
NICOLSON M. and McLAUGHLIN C., (1987), Social Constructionism and Medical Sociology : a Reply to M.R. Bury, *Sociology of Health and Illness,* Vol. 9, n° 2.
NICOLSON S. and McLAUGHLIN C., (1988), Social Constructionism and Medical Sociology : a study of Vascular Theory of Multiple Sclerosis, *Sociology of Health and Illness,* Vol. 10, n° 3.
NISBET R.A., (1984), *La tradition sociologique,* Paris, PUF.
NIZARD A. et MUNOZ-PÉREZ F., (1993), Alcool, tabac et mortalité en France depuis 1950. Essai d'évaluation du nombre de décès dus à la consommation d'alcool et de tabac en 1986, *Population,* 48ème année, n° 3.
NIZARD A. et MUNOZ-PÉREZ F., (1993), Alcool, tabac et mortalité en France depuis 1950. Incidence de la consommation d'alcool et de tabac sur la mortalité, *Population,* 48ème année, n° 4.
NIZARD A. et VALLIN J., (1980), Les causes de décès en France. II. Couplage des 7ème et 8ème révisions de la classification internationale. Application à la période 1958-1974, *Population,* 35ème année, n° 6.
NOUCHI F., (1993), L'AZT n'aurait pas d'effets bénéfiques sur les personnes séropositives, *Le Monde,* 3 avril.
O'NEIL J., (1986), The disciplinary society : from Weber to Foucault, *The British Journal of Sociology,* Vol. XXXVII, n° 1.
O'NEILL M., (1991), Can Foie Gras Aid The Heart ? A French Scientist Says Yes, *The New-York Times,* Sunday, November 17.
OCDE, (1985), *La santé en chiffres, 1960-1983. Dépenses, coûts, résultats,* Paris, Études de politique sociale n° 2.
OGIEN A., (1989), *Le raisonnement psychiatrique,* Paris, Librairie des Méridiens.
OMRAN A.R., (1971), The Epidemiological Transition, *Mildbank Memorial Fund Quaterly,* Vol. 49, n° 1.
OOMMEN T.K., (1994), Les relations entre race, ethnicité et classe, *Revue internationale des sciences sociales,* n° 139.

PAGÈS-DELON M., (1989), *Le corps et ses apparences. L'envers du look,* Paris Ed. L'Harmattan.
PAGÈS-DELON M., (1985), Les apparences corporelles et la ritualisation de la séduction dans les petites annonces, *Cahiers du Centre de Recherches Sociologiques* (Toulouse), n° 4.
PAILLAT P. (sous la direction de), (1989), *Passages de la vie active à la retraite,* Paris, PUF.
PARADEISE C., (1980), Sociabilité et culture de classe, *Revue française de sociologie,* Vol. XXI, n° 4.
PARSONS T., (1955), *Éléments pour une sociologie de l'action,* Paris, Ed. Plon.
PASSERON J.-C., (1970), Présentation [à] HOGGART R., *La culture du pauvre. Étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre,* Paris, Ed. de Minuit.
PASSERON J.C., (1972), Présentation [à] SCHUMPETER J., *Impérialisme et classes sociales,* Paris, Ed. de Minuit.
PASSERON J.C., (1986), Hegel ou le passager clandestin. La reproduction sociale et l'Histoire, *Esprit,* n° 115.
PASSERON J.-C., (1991), *Le raisonnement sociologique. L'espace non-poppérien du raisonnement naturel,* Paris, Ed. Nathan, Coll. Essais et recherches.
PASSERON J.-C., SINGLY (de) F., (1984), Différence dans la différence : socialisation de classe et socialisation sexuelle, *Revue française de science politique,* Vol. 34, n° 1.
PATTON P., (1992), Le sujet de pouvoir chez Foucault, *Sociologie et sociétés,* Vol. XXIV, n° 1.
PAVÉ F. (sous la direction de), (1994), *L'analyse stratégique. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels. Autour de Michel Crozier,* Paris, Ed. du Seuil.
PEILLON M., (1979), Une stratégie sociologique pour l'étude de la structure de classe, *L'homme et la société,* n° 51-54.
PÉNEFF J., (1984), La fabrication statistique ou le métier du père, *Sociologie du travail,* 26ème année, n° 2.
PÉNEFF J., (1992), *L'hôpital en urgence,* Paris, Ed. Métailié.
PERCHERON A. (en collaboration avec CHICHE J.), (1988), Classes d'âge en question, *Revue française de science politique,* Vol. 38, n° 1.
PÉRILLEUX T., (1992), Santé et identité dans les organisations : une revue de la littérature, *Recherches sociologiques,* Vol. XXIII, n° 3.
PETER J.-P., (1987), Silence et cris. La médecine devant la douleur ou l'histoire d'une élision, *Le Genre humain,* n° 18.
PETER J.P., (1975-1976), Le grand rêve de l'ordre médical en 1770 et aujourd'hui, *Autrement,* n° 4.
PETITAT A., (1989), *Les infirmières. De la vocation à la profession,* Montréal, Ed. du Boréal.
PETITAT A., (1991), Les circuits du don : «kula», charité et assurances, *Cahiers Internationaux de Sociologie,* Vol. XC.
PETO D., RÉMY J., VAN CAMPENHOUT L. et HUBERT M., (1992), *Sida. L'amour face à la peur,* Paris, Ed. L'Harmattan.
PÉTONNET C., (1979), *On est tous dans le brouillard. Ethnologie des banlieues,* Paris, Ed. Galilée.
PHARO P., (1983), Soumission ou détournement : l'efficacité pratique des savoirs sociaux, *Critiques de l'économie politique,* n° 23/24.
PHARO P., (1985), La description des structures formelles de l'activité sociale, in ACKERMAN W., CONEIN B., GUIGUES C., QUÉRÉ L., VIDAL D., *Décrire : un impératif ? Description, explication, interprétation en Sciences Sociales,* Tome 2, Paris, EHESS.

PHARO P., (1985), Problèmes empiriques de la sociologie compréhensive, *Revue française de sociologie,* Vol.XXVI, n° 1.
PHARO P., (1986), Travail et mise en place sociale, *Sociologie du travail,* Vol. XXVIII, n° 2.
PHARO P., (1993), *Le sens de l'action et la compréhension d'autrui,* Paris, Ed. L'Harmattan.
PIAGET J. (sous la direction de), (1967), *Logique et connaissance scientifique,* Paris, Ed. Gallimard, Coll. La Pléiade.
PICHERAL H., (1978), Villes et cancers des voies respiratoires en France, *Bulletin de l'Association des Géographes Français,* n° 451.
PICHERAL H., (1989), Géographie de la transition épidémiologique, *Annales de géographie,* XCVIIIème année, n° 546.
PICKSTONE J.V. (ed.), (1992), *Medical Innovations in Historical Perspective,* London, Macmillan.
PIERRET J., (1984), La sécurité sociale dans les discours sur la santé, *Sciences sociales et santé,* Vol. II, n° 3-4.
PIGEAUD J., (1992), Maladie et santé dans la médecine hippocratique, in Cité des Sciences et de l'Industrie - La Villette, *L'homme et la santé,* Paris, Ed. du Seuil.
PINÇON M. et PINÇON-CHARLOT M., (1989), *Dans les beaux quartiers,* Paris, Ed. du Seuil.
PINELL P., ZAFIROPOULOS M., (1978), La médicalisation de l'échec scolaire. De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 24.
PISIER É., (1988), Vous avez dit indépendantes ? Réflexions sur les AAI, *Pouvoirs,* n° 46.
POHL R., (1987), Le parc locatif et ses occupants, *Économie et statistique,* n° 202.
POIRIER J., (1990), *Histoire des mœurs. I. Les coordonnées de l'homme et de la matière,* Paris, Ed. Gallimard, Coll. La Pléiade.
POLLACK M. avec SCHILTZ M.-A., (1987), Identité sociale et construction d'un risque de santé. Les homosexuels face au sida, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 68.
POLLACK M., (1988), *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie,* Paris, Ed. A.M. Métailié.
POLLACK M., (1990), *L'expérience concentrationnaire. Essai sur le maintien de l'identité sociale,* Paris, Ed. A.M. Métailié.
POLTON D., (1984), La décentralisation du système de santé. Analyse de l'expérience britannique, *Revue française des affaires sociales,* n° 1.
POMIAN K., (1990), Le déterminisme : histoire d'une problématique, in AMSTERDAMSKI S., ATLAN H., DANCHIN A., EKELAND I., LARGEAULT J., MORIN E., PETITOT J., POMIAN K., PRIGOGYNE I., RUELLE D., STENGERS I., THOM R., (1990), *La querelle du déterminisme. Philosophie de la science d'aujourd'hui,* Paris, Ed. Gallimard, coll. Le débat.
POPPER K., (1984), *La logique de la découverte scientifique,* Paris, Ed. Payot.
POULANTZAS N., (1978), *L'État, le pouvoir, le socialisme,* Paris, PUF.
POUVOURVILLE (de) G., (1993), Un scénario de régulation du système de soins en France : principes de base et architecture, in Raymond SOUBIE (Groupe «Prospective du système de santé» présidé par), *Santé 2010. Équité et efficiacité du système. Travaux d'atelier,* Paris, La documentation française.
PRÉMEL G., (1992), *Le poids social de l'alcool à Morlaix,* Rennes, LARESS, Rapport de fin d'étude pour le CCAS de la ville de Morlaix, 102 p.
RADENAC H., (1985), Les origines de la médecine du travail en France : approche sociologique et historique, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales,* Vol. XXV, n° 3.

RAMOGNINO N., (1984), *Intervention et action sociales. Un exemple : les interventions préventives en matière de santé,* Conférence faite lors des Journées Nationales de l'A.N.C.M.P.P., Aix-en Provence, CERCOM.
RÉGNIER A., (1974), Les sondages et leurs dangers, *L'homme et la société,* n° 33-34.
RÉMY J., VOYÉ L., (1981), *Milieu : rapport social et conflit,* Louvain-la-Neuve (Belgique), Document ronéo.
RENAUD M., (1987), De l'épidémiologie sociale à la sociologie de la prévention : 15 ans de recherche sur l'étiologie sociale de la maladie, *Revue d'épidémiologie et de santé publique,* Vol. 35, n° 1.
RENAUD M., (1991), The Future : Hygeia Versus Panakeia ? in *Population Health Program,* Canadian Institute for Advanced Research, october.
RESTIER-MELLERAY C., (1990), Experts et expertise scientifique. Le cas de la France, *Revue française de science politique,* Vol. 40, n° 4.
RETEL-LAURENTIN A., (1987), *Étiologie et perception de la maladie,* Paris, Ed. L'Harmattan.
REY R., (1993), Hygiène et souci de soi dans la pensée médicale des Lumières, *Communications,* n° 56.
REYNAUD J.D. et BOURDIEU P. (1966), Une sociologie de l'action est-elle possible ?, *Revue française de sociologie,* Vol. VII, n° 4.
ROBIN F. et NATIVI F., (1987), *Enquête sur l'erreur médicale,* Paris, Ed. de la découverte.
ROBINE J.-M., (1994), L'espérance de santé s'améliore : pourquoi ? comment ? Communication au colloque scientifique organisé par l'INSEE, la CNAMTS, le CREDES, la MIRE et le SESI, *Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1991-1992,* Paris, 20 juin 1994.
ROBINE J.-M., MORMICHE P., (1994), Estimation de l'espérance de vie sans incapacité en France en 1991, *Solidarité Santé. Études statistiques,* n° 1, 1994.
ROBINSON R.V. and GARNIER M.A., (1985), Class Reproduction among Men and Women in France : Reproduction Theory and Its Home Ground, *American Journal of Sociology,* Vol. 91, n° 2.
ROCHEFORT R. et MEYER C., (1993), Les inégalités sociales de santé. Rapport de l'atelier n° 2, in SOUBIE R. (Groupe «Prospective du système de santé» présidé par), *Santé 2010. Équité et efficacité du système,* Paris, La documentation française.
ROEMER M.I., (1985), Politiques sociales et systèmes de santé : leurs effets sur la mortalité et la morbidité dans les pays développés, in VALLIN J. et LOPEZ A. (avec la collaboration de BEHM H.), *La lutte contre la mort. Influence des politiques sociales et des politiques de santé sur l'évolution de la mortalité,* Paris, PUF/INED, Cahier de l'INED n° 108.
ROMANUCCI-ROSS L., MOERMAN D.E., TANCREDI L.R. (eds.), (1991), *The Anthropology of Medicine. From Culture to Method,* New-York and London, Bergin and Garvey.
ROSSOWSKY O. (Dr.), (1994), Au fondement du pouvoir médical : la classification internationale des maladies, *Panoramiques,* n° 17.
ROUÉ M., La Punkitude, ou un certain dandysme, *Anthropologie et sociétés,* Vol. 10, n° 2.
ROUSSE H. et ROY C., Activités ménagères et cycle de vie, *Économie et statistique,* n° 131.
ROUSSEAU J.J., (1986), *Émile ou de l'éducation,* Paris, Ed. Garnier-Flammarion.
SAGAN L.A., (1987), *The Health of Nations,* New-York, Basic Books.
SAILLANT F., (1990, Fabriquer le sens : le réseau sémantique du cancer, *Sciences sociales et santé,* Vol. VIII, n° 3.
SAINSAULIEU R., (1977), *L'identité au travail*, Paris, Presses de la Fondation de Sciences Politiques.

SANDIER S., (1987), L'organisation des systèmes de santé dans quelques pays, in *Les politiques de santé étrangères,* Paris, La documentation française.
SCAMBLER G., (1989), *Epilepsy,* London, Tavistock-Routledge.
SCARDIGLI V., (1983), *La consommation, culture au quotidien,* Paris, PUF.
SCARDIGLI V., (1992), *Le sens de la technique,* Paris, PUF.
SCHARF B.R., (1977), Sexual Stratification and Social Stratification, *The British Journal of Sociology,* Vol. XXVIII, n° 4.
SCHEFF Th.J., (1970), Règles de décision, types d'erreurs et leurs conséquences sur le diagnostic médical, in HERZLICH C., *Médecine, maladie et société,* Paris et La Haye, Ed Mouton.
SCHES C., (1980), Hygiène publique et ordre social (Essai d'interprétation historique), *Les temps modernes,* 36ème année, n° 142.
SCHNAPPER D., (1990), Défense et illustration des «Sages», *Pouvoirs,* n° 52.
SCHNEIDER J.W., (1985), Social Problems Theory : The constructionist View, *Annual Review of Sociology,* n° 11.
SCHUTZ A., (1987), *Le chercheur et le quotidien. Phénoménologie des sciences sociales,* Paris, Ed. Méridiens-Klincksieck.
SCHWARTZ O., (1993), L'empirisme irréductible. Postface à ANDERSON N., *Le Hobo. Sociologie du sans-abri,* Paris, Ed. Nathan, Coll. Essais et recherches.
SCHWARZ D., Peut-on évaluer les médecines douces ?, *Sciences sociales et santé* , Vol. IV, n° 2.
SEEMAN M., (1959), On The Meaning of Alienation, *American Sociological Review,* Vol. 24, pp. 783-791.
SELLIER F., (1970), Le rôle des organisations et des institutions dans le développement des besoins sociaux. Le cas du besoin de santé et de l'assurance maladie, *Sociologie du travail,* 12ème année, n° 1.
SELYE H., (1974), *Stress without distress,* Philadelphia, Lippincott.
SETBON M., (1993), *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède,* Paris, Ed. du Seuil.
SETBON M., (1993), Quand punir n'explique rien, *Le Monde,* 6 mai.
SÉVIGNY R., (1969), Pour un théorie psycho-sociologique de l'aliénation, *Sociologie et sociétés,* Vol. 1, n° 2.
SHEPERD M., CLARE A., (1981), *Psychiatric Illness in General Practice,* New-York and Toronto, Oxford University Press, Second Impression.
SHRYOCK R.H., (1956), *Histoire de la médecine moderne,* Paris, Ed. Armand Colin.
SIMMEL G., (1979), Digressions sur l'étranger, in GRAFMEYER Y. et JOSEPH I., *L'école de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine,* Paris, Ed. Champ Urbain.
SINGLY (de) F., (1984), Les manœuvres de séduction : une analyse des annonces matrimoniales, *Revue française de sociologie,* Vol. XXV, n° 4.
SINGLY (de) F., (1986), Étude de styles de vie, *Universalia*..
SINGLY (de) F., (1990), L'homme dual. Raison utilitaire, raison humanitaire, *Le débat,* n° 61.
SKOCPOL T. and AMENTA E., (1986), States and Social Policies, *Annual Review of Sociology,* n° 12.
SKRABANEK p., McKORMICK J., (1992), *Idées folles, idées fausses en médecine,* Paris, Ed. du Seuil.
Sociologie de la médecine, (1973), *Revue française de sociologie,* n° spécial.
SONTAG S., (1979), *La maladie comme métaphore,* Paris, Ed. du Seuil.
SONTAG S., (1989), *Le sida et ses métaphores,* Paris Ed. Christian Bourgois.

SORIANO, M., (1973), Traditions populaires et société de consommation : la situation en France, *Cultures,* n° 2.
SOURNIA J.-C., (1992), *Histoire de la médecine,* Paris, Ed. La découverte, Coll. Histoire des sciences.
SOURTY-LE GUELLEC M.J., (1994), *Enquête sur les hospitalisés 1991-1992. Qui sont les hospitalisés ? Où sont-ils ? Depuis combien de temps ?,* Paris, CREDES, Biblio n° 996.
SPIRA A., BOJOS N. et le groupe ACSF, (1993), *Les comportements sexuels en France,* Paris, La documentation française.
STEFFEN M., (1987), Les médecins et l'État en France, *Politiques et management public,* Vol. 5, n° 3.
STEFFEN M., (1988), La frontière entre le social et le médical dans la politique de santé en France, Communication au XIIIème Colloque de l'AISLF, *Le lien social,* Genève, 29 août- 2 septembre.
STEFFEN M., (1988), Les médecins et la référence communautaire en France, *Revue Internationale d'Action Communautaire,* n° 59.
STEUDLER F., (1972), *Sociologie médicale,* Paris, Ed. Armand Colin, Coll. U2.
STRAUSS A.L., (1992), Une perspective en termes de monde social, in STRAUSS A.L. (textes réunis et présentés par BAZSANGER I.), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme,* Paris, Ed. L'Harmattan.
STRAUSS A.L. and GLASER B., (1975), *Chronic Illness and the quality of life,* Saint-Louis, C.V. Mosby Co.
STRAUSS A., FAGERHAUGH S., SUCZEK B., and WIENER C., (1985), *Social Organization of Medical Work,* Chicago and London, The University of Chicago Press.
SULKUNEN P., (1992), *The European New Middle Class. Individuality and Tribalism in Mass Society,* Aldershot, Avebury.
SYLVESTRE D., LEGUIL F., LINARD F., (1989), Le SIDA, une rupture pour le sujet, *Sciences socales et santé,* Vol. VII, n° 1.
TABARD N., (1987), Espace et classes sociales, *Données sociales,* INSEE.
TAYLOR R. and FORD G., (1981), Lifestyle and Ageing. Three Traditions in Lifestyle Research, *Ageing and Society,* Vol. 1, n° 3.
TEIGER C., LAVILLE A., et LORTIE M. (1980), *Morbidité, mortalité différentielles et conditions de vie dans les métiers ouvriers de la presse parisienne,* Paris, Rapport ronéo., Laboratoire de Physiologie du Travail et d'Ergonomie du CNAM.
TESTART A., (1992), La question de l'évolutionnisme dans l'anthropologie sociale, *Revue française de sociologie,* Vol. XXXIII, n° 2.
THÉ G. et HUBERT A., (1988), *Modes de vie et cancers,* Paris, Ed. Robert Laffont, Coll. Pluriel.
THEBAUD-MONY A., (1991), *La reconnaissance des maladies professionnelles,* Paris, Ministère de l'emploi et de la formation professionelle, et La documentation française.
THÉVENET A., (1992), *Les institutions sanitaires et sociales de la France,* PUF, Coll. Que sais-je ? n° 2319, 2ème édition.
THOMAS L., (1977), On The Science and Technology of Medicine, *Dædalus,* winter.
THUILLIER P., (1981), Bible et science : Darwin en procès, *La Recherche,* n° 123.
THUILLIER P., (1981), Le «scandale» du British Museum, *La Recherche,* n° 125.
TONNELIER F., (1990), *Géographie des soins, géographie économiqie. Étude de divers contours géographiques en France,* Paris, CREDES, Biblio n° 850.
TONNELIER F., (1992), *Inégalités géographiques et santé : évolution depuis le XIXème siècle en France,* Paris, CREDES.
TOULEMON L., (1990), La contraception médicale est devenue une pratique courante, *Données sociales,* INSEE.

TOURAINE A., (1976), Huit manières de se débarasser de la sociologie de l'action, *Information sur les Sciences Sociales,* Vol. 15, n° 6.
TOURAINE A., (1978), *La voix et le regard,* Paris, Le Seuil, Coll. Sociologie permanente.
TOWNSEND P., DAVIDSON N., (1982), *Inequalities in Health,* New-York, Random House.
TRÉANTON J.R., (1991), Plaidoyer pour un bâtard, *Revue française de sociologie,* Vol. XXXIII, n° 4.
TRIOMPHE A., (1991), *Les personnes handicapées en France. Données sociales,* Paris INSERM et Publications du CTNERHI.
TUMIN M., (1971), *La stratification sociale,* Gembloux (Belgique), Ed. Duculot.
TURNER B.S., (1982), The government of the body : medical regimens and the rationalization of diet, *The British Journal of Sociology,* Vol. XXXIII, n° 2.
TWADDLE A.C., (1982), From Medical Sociology to The Sociology of Health : Some Changing Concerns in The Sociological Study of Sickness and Treatment, in BOTTOMORE T., NOWACK S. and SOKALOWSKA M., *Sociology. The State of Art,* London, Sage Publications.
VÅGERÖ D., (1991), Inequality in Health - Some Theoretical and Empirical Problems, *Social Science and Medicine,* Vol. 32, n° 4.
VALETTE-FLORENCE P., (1986), Les démarches de style de vie : champs d'investigation et problèmes actuels, *Recherche et applicatiions en marketing,* n° 1.
VALLET L.-A., (1986), Activité professionnelle de la femme mariée et détermination de la position sociale de la famille. Un test empirique : La France entre 1962 et 1982, *Revue française de sociologie,* Vol. XXVII, n° 4.
VALLIN J., (1973), *La mortalité par génération en France depuis 1899,* Paris, PUF/INED.
VALLIN J., (1979), Morbidité dans la région parisienne : apport et intérêt des statistiques de la Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie, *Population,* 34ème année, n° 1.
VALLIN J., (1981), La mortalité maternelle en France, *Population,* 36ème année, n° 4-5.
VALLIN J., (1983), Tendances récentes de la mortalité française, *Population,* 38ème année, n° 1.
VALLIN J., (1984), Politiques de santé et mortalité dans les pays industrialisés, *Espace Populations Sociétés,* n° III.
VALLIN J., (1990), Quand les variations géographiques de la surmortalité masculine contredisent son évolution dans le temps, *Espace Populations Sociétés,* n° 3.
VALLIN J., (1993), Évolution de la mortalité depuis 1920, *Données sociales,* INSEE.
VALLIN J. et NIZARD A., (1977), La mortalité par état matrimonial. Mariage sélection ou mariage protection, *Population,* n° spécial.
VALLIN J. et NIZARD A., (1978), Les causes de décès en France. I. Pour une typologie simple et homogène ; application à la période 1968-1974, *Population,* 33ème année, n° 3.
VAN GENNEP A., (1909), *Les rites de passage,* Paris, Ed. Noury.
VANDELAC L. (et alii), (1985), *Du travail et de l'amour. Les dessous de la production domestique,* Montréal, Ed. Saint-Martin.
VATIMBELLA A., (1993), *Santé et économie,* Paris, Ed. Syros, Coll. Alternative économique.
VEDELAGO F., (1991), Système de santé et crise de légitimation, *Sociologie Santé,* n° 5.
VERBRUGGE L.M., (1984), How Physicians Treat Mentally Distressed Men and Women, *Social Science and Medicine,* Vol. 18, n° 1.
VERDIER Y., (1979), *Façons de dire, façons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière,* Paris, Ed. Gallimard.

VERRET M., (1988), *La culture ouvrière,* Saint-Sébastien, ACL éditions.
VIGARELLO G., (1985), *Le propre et le sale,* Paris, Ed. du Seuil.
VIGARELLO G., (1993), *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen-Âge*, Paris, Ed. du Seuil.
VIGARELLO G., (1993), Vers une neutralisation des genres ?, *Esprit,* n° 196/11.
VILLAC M., (1993), Présentation générale. Les dépenses de santé des français, *Économie et statistique,* n° 265.
VILLENEUVE A., (1984), Construire un indicateur de précarité : les étapes d'une démarche empirique, *Économie et statistique,* n° 168.
VILLETTE M., (1992), L'ingénierie sociale : une forme de la sociabilité d'entreprise, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 91-92.
VOLKOFF S., (1987), Conditions de travail et santé, *Données sociales,* INSEE.
VULPIAN (DE) A., (1984), Changement socio-culturel et démocratie, *Futuribles,* n° 82.
WACQUANT L.J.D., CALHOUN C.J., (1989), Intérêt, rationalité et culture. À propos d'un récent débat sur la théorie de l'action, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 78.
WAITZKIN H., (1978), Regressive Policy Implications of The "Medicalization" and "Self-Care" Concepts : The New Reductionism in Health Care Research, in Colloque international de sociologie médicale, *Santé, maladie et sociologie,* Paris, Ed. du CNRS et INSERM.
WARDLLE J. and STEPTOE A., (1991), The European Health and Behaviour Survey : Rationale, Methods and Initial Results from The United Kingdom, *Social Science and Medicine,* Vol. 33, N° 8.
WARNER L.W., (1957), The Study of Social Stratification, *Review of Sociology,* pp. 221-258.
WATZLAWICK P., (1988), *L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme,* Paris, Ed. du Seuil.
WATZLAWICK P., BEAVIN J.N., JACKSON D. (Don), (1972), *Une logique de la communication,* Paris, Ed. du Seuil, Coll. Points.
WEBER F., (1989), *Le travail à côté. Étude d'ethnographie ouvrière,* Paris, INRA et Ed. de l'EHESS.
WEBER M., (1964), *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme,* Paris, Ed. Plon.
WEBER M., (1971), *Économie et société,* Paris , Ed. Plon.
WELMANN B. and BERKOWITS D. (eds.), (1988), *Social Structures. A Network Approach,* Cambridge, Cambridge University Press.
WEST P., (1991), Rethinking the Health Selection Explanation for Health Inequalities, *Social Science and Medicine,* Vol. 32, n° 4.
WEST P., MACINTYRE S., ANNANDALE E. and HUNT K., (1990), Social Class and Health in Youth : Findings from The West of Scotland Twenty -07 Study, *Social Science and Medicine,* Vol. 30, n° 6.
WESTBROOK M.T. and VINEY L.L., (1983), Age and Sex Differences in Patients' Reactions to Illness, *Journal of Health and Social Behavior,* Vol. 24, n° 4.
WHITE K., (1991), The Sociology of Health and Illness, *Current Sociology,* Vol. 39, n° 2.
WHITESIDE N., (1988), Unemployment and Health : An Historical Perspective, *Journal of Social Policy,* Vol. 17, n° 2.
WHITING J., KLUCKHOHN R. and ANTHONY A., (1972), La fonction des cérémonies d'initiation des mâles à la puberté, in LÉVY A., *Psychologie sociale. Textes fondamentaux anglais et américains,* Paris, Ed. Dunod.
WIENER C., STRAUSS A., FAGERHAUGH S., SUCZEK B., (1979), Trajectories, Biographies and The Evolving Medical Technology Scene : Labor and Delivery and The Intensive Care Nursery, *Sociology of Health and Illness,* Vol. 1, n° 3.
WILLIS P., (1977), *Learning to Labour,* Farnborough, Saxon House.

WILLIS P., (1978), L'école des ouvriers, *Actes de la recherche en Sciences Sociales,* n° 24.
WINGARD D.L., (1984), The Sex Differentials in Morbidity, Mortality, and Lifestyle, *Annual Review of Public Health,* n° 5.
WINKIN Y. (textes recueillis et présentés par), (1981), *La nouvelle communication,* Paris, Ed. du Seuil, Coll. Points.
WRIGHT MILLS C., (1967), *L'imagination sociologique,* Paris, Ed. François Maspéro.
WRIGHT P. and TREACHER A. (eds.), (1982), *The Problem of Medical Knowledge : Examining The Social Constructionism of Medicine,* Edinburgh, Edinburgh University Press.
XIBERRAS M., (1989), *La société intoxiquée,* Paris, Ed. Méridiens-Klincksieck.
YONNET P., (1983), Rock, pop, punck ? Masques et vertiges du peuple adolescent, *Le débat,* n° 25.
YONNET P., (1985), *Jeux, modes et masses. 1945-1985,* Paris, Ed. Gallimard.
YOUNG A., (1982), The Anthropologies of Illness and Sickness, *Annual Review of Anthropology,* n° 11.