



**HAL**  
open science

## Séminaire desociologie de la santé

Marc Loriol

► **To cite this version:**

Marc Loriol. Séminaire desociologie de la santé. Engineering school. Ecole du service de santé des Armées2007-2008, 2006, pp.62. cel-00362588

**HAL Id: cel-00362588**

**<https://cel.hal.science/cel-00362588v1>**

Submitted on 18 Feb 2009

**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.

FORMATION OCTASSA - 2007 / 2008

\*\*\*

*Séminaire de  
sociologie de la santé*



Marc LORIOL (Paris I / laboratoire Georges Friedmann-CNRS)  
16 Bd. Carnot, 92 360 Bourg-La-Reine ; Marc.loriol@orange.fr

\*

## Programme des grands thèmes

Séance 1 : La maladie et la santé comme faits sociaux : des déterminants sociaux de la santé à la construction sociale de la maladie.

Séance 2 : Maladie, savoir médical et régulation sociale : Foucault et Parsons.

Séance 3 : Sociologie des organisations et fonctionnement des institutions de santé.

Séance 4 : Professions, stratégies professionnelles et systèmes de santé.

Séance 5 : De l'étude des facteurs sociaux de l'augmentation des dépenses de santé à l'analyse de la médicalisation de la société.

Séance 6 : Le débat Etat-médecins sur la maîtrise des dépenses de santé.

Séance 7 : Les difficultés dans la mise en œuvre des politiques de santé publique : principes d'analyse et études de cas : lutte contre le tabagisme et la toxicomanie, le sida et l'amiante.

## Bibliographie commentée du cours

### a) Mise à niveau en sociologie :

- \* J.M. Berthelot, *La construction de la sociologie*, 1991, PUF, « Que sais-je ? » [bonne histoire rapide de la discipline, riche et simple].
- \*\* J. Etienne, *Dictionnaire de sociologie*, 1998 (nouvelle édition), Hatier [Les bases élémentaires et indispensables].
- \* P. Champagne et autres, *Initiation à la pratique sociologique*, 1990, Dunod [Pour comprendre « l'esprit » de la recherche sociologique, notamment sur les politiques sociales].
- \* P. Bernoux, *La sociologie des organisations*, 1985, Point Seuil [très pédagogique].

### b) Manuels et ouvrages généraux de sociologie de la santé :

- \*\*\* P. Adam et C. Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, 1994, Nathan, coll. 128. [le plus clair et synthétique disponible en français]
- \*\* D.Carricaburu et M. Ménoret, 2004, *Sociologie de la santé*, col « U », Armand Colin . [le plus clair complet disponible en français]
- \*\* A. Aït Abdelmalek et A. Gérard, *Sciences humaines et soins*, 1994, Interéditions [destiné aux infirmières ; présente clairement les concepts sociologiques nécessaires à l'analyse de la médecine et de la santé, moins spécialisé que le précédant, utile pour les débutants en sociologie].
- \* M. Arliaud, *Les médecins*, 1987, La découverte, « Repères ».
- \*\* R. Massé, *Culture et santé publique*, 1995, Gaëtan Morin [panorama (trop ?) complet des acquis de l'anthropologie médicale nord américaine].
- \* B. Jobert, « Les politiques sanitaires et sociales », Dans le *Traité de sciences politiques* (tome IV), 1985, PUF.
- \* J.C. Henrard et J. Ankri, *Systèmes et politiques de santé*, 1996, ed°. ENSP.
- \* C. Chevandier, *Les métiers de l'hôpital*, 1997, La Découverte, col. « Repères ».
- \*\* Marc Lorient, 2002, *L'impossible politique de santé publique en France*, Erès, col ; « Action santé », 168 pages [défend la thèse de la domination du curatif sur le préventif et présente de nombreuses recherches sur les politiques sanitaires].

### c) Quelques ouvrages classiques :

- \* E. Durkheim, *Le suicide*, PUF, Coll. Quadrige [datant de 1898, il s'agit de la première étude sociologique utilisant de façon systématique les statistiques ; analyse intéressante d'une « pathologie sociale »].
- \*\* N. Elias, *La civilisation des mœurs* (tome I) et *La dynamique de l'occident* (tome II), Press Pocket, Agora [1<sup>ère</sup> ed° en 1939, comment l'intérêt pour les bonnes manières et la santé vont de pair avec le développement des sociétés, utile pour comprendre les phénomènes de médicalisation].
- \* T. Parsons, *Eléments pour une théorie de l'action*, 1955, Plon [partie sur le rôle et la fonction de la médecine dans les sociétés modernes].
- \*\* E. Goffman, *Asile. Etude sur la condition sociale des malades mentaux*, 1968, Ed. de Minuit [étude précise sur les stratégies et les carrières des soignants et des malades et leurs interactions].
- \*\* E. Freidson, *La profession Médicale*, 1984, Payot [synthèse sur le pouvoir et l'organisation sociale de la médecine].
- \* A. Chauvenet, *Médecines au choix, médecines de classe*, PUF, 1978 [comment et pourquoi les patients de l'hôpital public sont traités différemment suivant leur origine sociale].

- \*\* H. Jamous, *Sociologie de la décision : la réforme des études médicales et hospitalières*, 1969, éd° du CNRS [bonne étude de cas sur la loi de 1958].
- \* J.G. Padioleau, *L'Etat au concret*, 1982, PUF [ouvrage important sur la prise de décision publique avec notamment les exemples de la légalisation de l'avortement de et la lutte contre le tabac].

#### d) Etudes et recherches récentes :

##### *i- La santé comme phénomène social et politique :*

- \* M. Druhle, *Santé et société*, 1996, PUF, Coll. Sociologie d'aujourd'hui [comment la société façonne la santé].
- \* Didier Fassin, et Thierry Lang (sous la direction de), 2000, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/INSERM [gros ouvrage collectif présentant l'état des connaissances sur le sujet].
- \* S. Fainzang, 2001, *Médicaments et Société*, Paris, PUF [comment la culture oriente notre rapport aux traitements et à la prescription du médecin].
- \* P. Aiach et D. Delanoë, *L'ère de la médicalisation*, 1998, Anthropos [ouvrage collectif sur la montée de la valeur « santé » dans les sociétés contemporaines].
- \* Michel Callon et Pierre Lascoume, 2001, *Agir dans un monde incertain*, Paris, Le Seuil, col. « La couleur des idées », 358 p. [sur l'intérêt et les difficultés de faire participer les citoyens aux décisions sur les problèmes sanitaires et environnementaux : OGM, nucléaire...]
- \* N. Dodier, *L'expertise médicale*, 1993, Métailié [étude sur la façon dont les médecins du travail construisent leur jugement].
- \* B. Hours, *L'idéologie humanitaire*, 1998, L'Harmattan [critique et analyse de l'action des ONG].
- \* D. Fassin, *L'espace politique de la santé*, 1996, PUF [comment la santé révèle les rapports de forces propres à chaque type de société].
- \*\*\* P. Hassenteufel, *Les médecins face à l'Etat*, 1997, Presses de Science Po [pour tout comprendre sur les politiques de maîtrise des dépenses de santé].
- \* Daniel Benamouzig, 2005, *La santé au miroir de l'économie : Une histoire de l'économie de la santé en France*, PUF.

##### *ii) L'hôpital et les autres institutions médicales*

- \*\* F. Gonnet, *L'hôpital en questions*, 1992, Lamarre [bonne application de la sociologie des organisations].
- \* M. Binst, *Du mandarin au manager hospitalier*, 1990, L'Harmattan [étude, inspirée par la sociologie des organisations, de l'évolution du rôle des chefs de service].
- \*\* J. Peneff, *L'hôpital en urgence*, 1992, A.M. Métailié [sociologie du travail à l'hôpital à travers une observation participante].
- \* J. Peneff, *Les malades des urgences*, 2000, A.M. Métailié [pourquoi sont-ils si nombreux et avec des problèmes pas toujours très « urgents », riche, mais un peu « brouillon »].
- \* P. Mossé, *Le lit de procuste. Hôpital : impératifs économiques et missions sociales*, 1997, ERES [sur les conséquences d'une certaine logique gestionnaire à l'hôpital].
- \* Denis Labayle, 2002, *Tempête sur l'hôpital*, Le Seuil, 274 pages [une critique de la gestion hospitalière par un médecin ; une observation sociologique qui s'ignore].
- \* A. Vega, 2000, *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Ed. des archives contemporaines [analyse fine des routines et représentations des soignants].
- \* A.M. Arborio, 2001, *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, Anthropos [combine de façon intéressante approche historique, étude des rapports sociaux dans les services et présentation du travail quotidien].

\*\* Michel Castra, 2003, *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*, Paris, PUF, col. « Le lien social », 365 p. [une analyse du travail dans ces services si particuliers au sein de l'univers hospitalier].

\* B. Milly, 2001, *Soigner en prison*, PUF [très didactique sur les relations entre deux institutions très codifiées et perçues parfois comme incompatibles]

\* Isabelle Parizot, 2003, *Soigner les exclus*, Paris, PUF, col. « Le lien social », 295 p. [recherches menée dans les PASS et les consultations précarité de Médecins du monde].

### iii) Etudes de cas par maladies ou problèmes de santé

\* P. Pinell, *Naissance d'un fléau. La lutte contre le cancer en France, 1890-1940*, 1992, A.M. Métailié [étude sociologique et historique sur la naissance d'une spécialité médicale].

\*\* H. Bergeron, *L'Etat face à la toxicomanie (1970-1996)*, 1999, PUF, Coll. « Sociologie » [bonne étude d'une action en santé publique].

\*\* M. Setbon, *Pouvoir contre sida*, 1993, Le seuil, col. « sociologie » [bonne étude d'une action en santé publique et comparaison entre la France, la GB et la Suède].

\* S. Rosman, *Sida et précarité. Une double vulnérabilité*, 1999, L'Harmattan, col. « Le travail du social » [étude d'une association d'aide aux malades SDF].

\* Epstein S., 2001, *Histoire du sida*, Le Seuil, « Les empêcheurs de penser en rond », 277 p. [passionnant pour qui s'intéresse aux liens entre connaissances scientifiques et enjeux sociaux].

\* I. Baszanger, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, 1995, Seuil [étude sur l'invention et les différentes formes de traitement du syndrome de douleur chronique].

\* D.Carricaburu, *L'hémophilie au risque de la médecine*, 2000, Anthropos [les rapports entre l'association des malades, la médecine et l'Etat].

\* Muriel Darmon, 2003, *Devenir anorexique*, La Découverte - Textes à l'appui, 350 pages [un exemple de construction sociale plus centré sur le parcours, le diagnostic].

\* M. Loriol, *Le temps de la fatigue*, 2000, Anthropos [un exemple détaillé de construction sociale d'un problème de santé, plus centré sur les catégories].

\* Annie Thébaud-Mony, *Travailler peut nuire gravement à votre santé : Sous-traitance des risques, Mise en danger d'autrui, Atteintes à la dignité, Violences physiques et morales, Cancres professionnels*, La Découverte, 2007

\* Anne Paillet, *Sauver la vie, donner la mort : Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, La Dispute, 2007.

N.B. : L'intérêt du livre, pour l'enseignement proposé, est proportionnel au nombre d'étoiles (\*). Les étudiants peuvent lire également avec intérêt les revues *Prévenir* et *Sciences sociales et santé*. Seuls les livres du d) peuvent faire l'objet d'une fiche de lecture.

## \*\*\*\* SUPPORT DU COURS \*\*\*\*

### Séance 1 : La maladie, un fait social ?

La littérature médicale et psychologique sur la santé est riche d'informations concernant ses causes sociales ou plus largement environnementales. Le bruit, la vitesse, la pollution, l'individualisation de la société, le chômage, etc., seraient ainsi responsables de nombreux problèmes. La sociologie peut alors être sollicitée pour mettre en évidence les liens de causalité qui mènent de tel ou tel phénomène social à un risque pour la santé. Mais trop souvent un seul des deux bouts de la chaîne est considéré comme relevant de la compétence du sociologue, celui qui concerne les "phénomènes sociaux". La maladie, quant à elle reste en dehors de l'analyse, comme s'il s'agissait d'un phénomène trop naturel, trop évident, n'ayant pas besoin d'être questionné et cela d'autant plus qu'elle a souvent été mise en forme par le savoir médical. Cette approche centrée uniquement sur l'environnement social de la maladie laisse donc volontairement de côté une partie de son objet au profit des théories médicales. A l'opposé de cette approche, certaines analyses se sont focalisées sur le travail de rationalisation et de production de connaissances réalisé par la médecine ou la savoir commun. On parle alors de construction sociale de la maladie.

#### I - Les approches environnementalistes<sup>1</sup>

L'idée que l'environnement et l'organisation sociale puissent jouer un rôle important dans l'origine ou la diffusion des maladies et des différents problèmes de santé est à la fois la plus évidente et la plus ancienne. L'étude des effets de l'environnement social sur l'état de santé des populations a d'ailleurs été entamée par un certain nombre de médecins avant même que la sociologie ne soit constituée comme discipline autonome. Les travaux célèbres du docteur Louis René Villermé (1840) sont tout à fait exemplaires de ce type d'approche. A partir de ses observations personnelles et de données statistiques sur les jeunes hommes réformés pour inaptitude physique au service militaire, il constate une morbidité supérieure et une espérance de vie inférieure pour les populations ouvrières. Il écrit, par exemple, à propos des enfants des quartiers ouvriers qu'il a visités, "*pâles, éternés, lents dans leurs mouvements, tranquilles dans les jeux, ils offrent un extérieur de misère, de souffrance, d'abattement, qui contraste avec le teint fleuri, l'embonpoint, la pétulance et tous les signes d'une brillante santé qu'on remarque chez les enfants du même âge chaque fois que l'on quitte un lieu de manufacture pour entrer dans un canton agricole*". C'est également pour souligner l'impact de l'environnement social sur la maladie que le médecin allemand Rudolph Virchow (1821-1902) déclare, en conclusion d'une étude sur la variole, "*la médecine est une science politique*" (cité par Herzlich). Les effets de l'organisation sociale sur la santé et la maladie, notamment la maladie mentale, ont aussi été des sujets de préoccupation pour les pères fondateurs de la sociologie. Ainsi, Karl Marx et Max Weber se sont tous deux intéressés aux effets pathogènes du travail industriel. De son côté, Durkheim, à travers ses études sur le suicide ou sur la division du travail social, a fourni les bases d'une analyse des liens entre société moderne et souffrance sociale, dont l'augmentation du taux de suicide peut être une des manifestations.

Les remarques de Marx sur les effets néfastes du travail industriel capitaliste sur l'homme peuvent être regroupées dans deux catégories distinctes : des données éparses mais nombreuses, issues le plus souvent "d'enquêtes sociales" menées à titre privé ou pour les autorités publiques par des philanthropes bourgeois, sur les conséquences de l'allongement et de l'intensification de la journée de travail, d'une part, et, d'autre part, une réflexion théorique sur l'aliénation du travail ouvrier dans les économies capitalistes. Dans *Le capital* (livre I, rédigé en 1867) Marx montre, à partir d'un raisonnement économique, comment le capitaliste est poussé, pour faire face à la concurrence et à la baisse tendancielle du taux de profit, à accroître la durée du travail et surtout son intensification. Afin de

---

<sup>1</sup> Les dénominations proposées ici ne correspondent bien évidemment pas à des écoles de pensée constituées mais ne sont qu'un moyen utilisé pour mettre un petit peu d'ordre dans les deux approches.

rendre compte des effets dévastateurs d'un tel processus sur les conditions de vie des ouvriers, l'auteur cite très abondamment les travaux de nombreux "observateurs sociaux", parmi lesquels un grand nombre de médecins. La mortalité plus importante des ouvriers de certaines industries -par exemple les tailleurs de pierre et les imprimeurs dont le taux de mortalité des 45-55 ans est deux fois supérieur à celui des agriculteurs des mêmes âges- constitue la meilleure illustration de l'exploitation extrême de la force de travail. La logique sanguinaire du capitalisme conduit ainsi à un épuisement et à une mort prématurée. Citant le docteur Richardson, Marx (p. 194) écrit : *"Travailler à mort, tel est l'ordre du jour, non seulement dans les magasins des modistes, mais encore dans n'importe quel métier. Si on en croit les poètes, il n'y a pas d'homme plus robuste, plus débordant de vie et de gaieté que le forgeron. Il mange et boit et dort comme pas un. Au point de vue physique, il se trouve en fait, si son travail est modéré, dans une des meilleures conditions humaines. Mais suivons- le à la ville et examinons quel poids de travail est chargé sur cet homme fort et quel rang il occupe sur la liste de mortalité de notre pays. A Marylbone (un des plus grands quartiers de Londres), les forgerons meurent dans la proportion de trente et un sur mille annuellement, chiffre qui dépasse de onze la moyenne de mortalité des adultes en Angleterre. Cette occupation, un art presque instinctif de l'humanité, devient, de par la simple exagération du travail, destructrice de l'homme. Il peut frapper par jour tant de coup de marteau, faire tant de pas, respirer tant de fois, exécuter tant de travail et vivre jusqu'à cinquante ans. On le force à frapper tant de coups de plus, à faire un si grand nombre de pas en plus, à respirer tant de fois davantage, et le tout pris ensemble à augmenter d'un quart sa dépense de vie quotidienne. Il l'essaie, quel en est le résultat ? C'est que pour une période limitée il accomplit un quart de plus de travail et meurt à trente sept ans au lieu de cinquante"*. Dans le même esprit, les effets du travail de nuit, de l'automatisation du travail manuel, etc., sont dénoncés comme des conséquences des stratégies des capitalistes pour maintenir le niveau de plus-value. Si Marx rassemble un grand nombre de données pouvant servir de base à une médecine du travail industriel, il s'en tient aux résultats produits par les quelques médecins de son époque qui se sont intéressés à la question ; ces recherches ne sont mobilisées que pour étayer sa théorie économique et politique générale. Les fondements d'une approche spécifiquement sociologique de la maladie ne sont pas encore acquis.

Emile Durkheim, dans son étude sur le suicide (1898), affine sans-doute un peu plus l'étude sociologique des liens entre organisation sociale et un phénomène pathologique tel que l'augmentation du suicide anémique. Distinguant plusieurs types de suicides en fonction de son origine, il fait du "suicide égoïste" le résultat d'une individualisation excessive des sociétés et des groupes sociaux, tandis que le "suicide anémique", lié à l'absence de règles et de normes venant fixer les attentes des individus source de déception liée à l'écart entre les satisfactions et les aspirations, est la conséquence d'un "état pathologique de la division du travail". Durkheim conclue ainsi que le taux de suicide d'un groupe donné varie en fonction inverse de son niveau d'intégration. Mais dans cette étude, Durkheim ne questionne que peu les entités pathologiques qu'il manie. Ainsi, s'il rejette l'explication du suicide par la neurasthénie<sup>2</sup>, il ne remet pas en cause le statut de maladie de cette dernière. Il la traite en fait comme une sorte de boîte noire que le sociologue n'a pas à ouvrir. Bien que la neurasthénie soit déjà, en 1898, considérée par certains médecins comme une maladie "à la mode" voire comme une étiquette pratique mais peu sérieuse, Durkheim accepte cette notion comme s'il s'agissait d'un état objectif : *"Entre l'aliénation mentale proprement dite et le parfait équilibre de l'intelligence, il existe toute une série d'intermédiaires : ce sont les anomalies diverses que l'on réunit sous le nom de neurasthénie [...]. La neurasthénie est une sorte de folie rudimentaire ; elle doit donc en partie avoir les mêmes effets. Or, elle est un état beaucoup plus répandu que la véspanie ; elle va même de plus en plus en se généralisant [...]. Les neurasthéniques sont, par leur tempérament, comme prédestinés à la souffrance. On sait, en effet, que la souffrance, en général, résulte d'un ébranlement trop fort du système nerveux ; une onde nerveuse trop intense est le plus souvent douloureuse. Mais cette intensité maxima au-delà de laquelle commence la douleur varie selon les individus ; elle est plus élevée chez ceux dont les nerfs sont plus résistants, moindre chez les autres. Par conséquent, chez ces derniers, la zone de douleur commence plus tôt. Pour le névropathe, toute impression est une cause de malaise, tout mouvement est une fatigue"* (Durkheim, 1993, pp. 33 et 34). La méfiance prônée par l'auteur des règles

<sup>2</sup> L'auteur déplore le fait qu'il n'y ait pas de statistiques disponibles sur le lien entre suicide et neurasthénie. Il pose cependant que cette dernière est de même nature, mais d'intensité moindre, que la folie, ce qui lui permet d'étudier l'effet de la neurasthénie à partir des statistiques sur l'aliénation.



de la méthode sociologique à l'égard des notions qui ne sont pas forgées spécifiquement par le sociologue disparaît donc devant les théories médicales de la neurasthénies, reprises sans aucun recul critique.

L'approche de la maladie par son environnement social est donc historiquement la première à avoir été imaginée par les sociologues. Cette voie est toujours aujourd'hui dynamique et fructueuse pour comprendre les processus complexes à l'œuvre dans le façonnement sociétal de la santé et de la maladie. Il s'agit aussi d'une réalité qui, si elle est complexe, peut néanmoins être facilement observée dans les faits. La principale conséquence de la pénibilité des conditions de vie ouvrières, par exemple, est une usure précoce dont la manifestation la plus évidente est l'inégalité devant la mort. Ainsi, le taux standard de mortalité, égal à 100 pour l'ensemble de la population, pour les hommes entre 35 et 65 ans, est de 164 pour les manœuvres et OS des mines, 142 pour l'ensemble des manœuvres, 129 pour les OS de la métallurgie, contre 54 pour les ingénieurs (*Données sociales*, 1987).

Une synthèse récente de nombreux travaux épidémiologiques et sociologiques sur les différenciations sociales liées à la santé (Druhle, 1996) illustre bien l'importance et la complexité des liens entre la santé et l'environnement matériel et social, liens qui sont pour une part médiatisés par la dimension symbolique attribuée à cet environnement. Ainsi, pour l'analyse des liens entre travail et santé, la pénibilité matérielle des conditions de travail est un facteur central dans l'explication, mais il faut aussi prendre en compte, à partir de la théorie du stress et du support social, la possibilité pour les individus de "faire face" grâce notamment à la plus ou moins grande marge de manœuvre dont ils peuvent disposer. Le stress est d'autant plus pathogène que celui qui le subit se sent dans l'impossibilité de réagir contre les facteurs de stress. Les dynamiques identitaires et culturelles viennent également brouiller le lien entre pénibilité des conditions de travail et atteinte à la santé. Par exemple, les femmes qui travaillent semblent avoir une durée de vie supérieure à celle des femmes qui ne travaillent pas. Ce résultat s'inverse pour les femmes mariées exerçant une activité peu valorisée, mais pas pour celles qui ne sont pas mariées! Si l'intérêt du travail et la fierté d'avoir un emploi sont des facteurs de santé, la contradiction entre les rôles domestiques et le travail ainsi que l'addition des "usures" liées à chacune de ces deux activités peuvent - surtout dans le cas où l'intérêt du travail est faible et où l'activité domestique et maternelle offre un support identitaire alternatif - réduire à néant les effets bénéfiques du travail sur la santé. Mais d'autres explications sont aussi à prendre en compte : les "effets de sélection" (pour trouver du travail, il faut être en bonne santé), l'intériorisation des contraintes (les activités les plus pénibles, pour être acceptées, doivent pouvoir être valorisées sous certains aspects), etc.

Insister sur l'origine sociale de certains troubles ou problèmes de santé est nécessaire et il est évident que, dans le cas de la fatigue, l'organisation du travail et les modes de vie expliquent pour une bonne part les plaintes de fatigue qui peuvent s'exprimer. Mais ce type d'approche - qui correspond en fait à ce que le médecin attend généralement du sociologue - est loin d'épuiser la question de l'aspect irréductiblement social du savoir médical. Leonard Pearlman (1989) estime ainsi que toute sociologie du stress doit prendre en compte simultanément trois dimensions : le rôle des différentes structures sociales sur l'exposition à tel ou tel agent stressant ; les formes de *coping*<sup>3</sup> et de mobilisation du support social selon la position dans la structure sociale et les formes d'expression des symptômes (physiques ou psychiques) du stress. L'approche environmentaliste ne s'intéresse en fait qu'à la première dimension et oublie que la maladie est aussi un objet social.

## II- La construction sociale de la maladie

Les remarques précédentes suggèrent que le savoir médical n'est ni une simple lecture d'une réalité totalement donnée ni une interprétation idéologique imposée par les médecins, mais plutôt une construction sociale conjointe qui fait intervenir à la fois l'environnement social et l'interprétation qu'en ont les différents types d'acteurs. L'idée que les maladies et les problèmes de santé ne sont pas de

---

<sup>3</sup> Pour l'auteur, toute stratégie de *coping* vise soit à changer la situation dont résultent les facteurs stressants, soit à gérer le sens de la situation de manière à réduire la menace qu'elle représente, soit à limiter les symptômes du stress à des proportions acceptables.

simples données naturelles, mais sont, pour une part, également le produit ou la conséquence de processus sociaux n'est pas nouvelle et se retrouve formulée de très nombreuses façons dans divers travaux de sociologues, d'historiens, de médecins et de philosophes. Un aperçu rapide et organisé de ces recherches peut sembler utile à l'élaboration d'un modèle qui se veut synthétique. De plus, certains des auteurs présentés ci-dessous ont abordé, parmi les phénomènes pathologiques étudiés, différents aspects de la fatigue. Ces travaux, bien que fragmentaires, peuvent être de précieux guides pour l'élaboration d'une problématique plus générale. La maladie peut tout d'abord être analysée comme une construction sociale dans la mesure où une même catégorie clinique peut être perçue différemment d'une culture ou d'une personne à l'autre. Les catégories construites par les médecins comme les traitements proposés peuvent également être influencés par le contexte social, économique, ou culturel de leur production.

*a) La construction profane de la maladie :*

Plusieurs raisons autorisent le sociologue à parler de construction profane de la maladie : tout d'abord, chacun ne ressent pas de la même façon les différentes manifestations corporelles (fatigue, douleur, etc.) qui constituent les symptômes subjectifs de la maladie ; celle-ci risque donc d'être perçue de façon différente d'un contexte social à l'autre. Ensuite, les représentations que les acteurs se font de la santé et la maladie peuvent être considérées comme des modèles collectifs qui structurent le vécu pathologique de façon spécifique.

i) Le conditionnement social des perceptions corporelles : Les symptômes et les sensations corporelles ne sont pas des données extra-sociales, mais sont perçues de manière très variable en fonction du sens qui leur sera attribué par la culture, ou de celui qui se construit au cours des interactions sociales. Ce phénomène a été mis de nombreuses fois en lumière. Ainsi, en ce qui concerne le conditionnement culturel, les études sur la perception de la douleur sont significatives. Par exemple, Mark Zborowski (1952, cité dans Herzlich, 1994) montre comment des patients américains d'origines ethniques différentes vont se plaindre, auprès du médecin, de façon variable : les italiens d'origine se plaignent ainsi plus de la douleur et d'un plus grand nombre de symptômes, pour une même maladie, que les "américains de souche". Une autre étude d'Irving Zola (1962 cité dans Herzlich, 1994) a montré que ces différences culturelles se retrouvaient dans la façon dont les patients présentent leurs symptômes au médecin. Le conditionnement culturel n'est pas le seul facteur à prendre en compte. Les interactions et les renforcements culturels au sein du groupe social peuvent également contribuer à façonner la façon dont un individu peut percevoir certaines sensations corporelles. Ainsi, le fumeur de marijuana, étudié par Becker (1985, p. 70 à 80) doit effectuer tout un "apprentissage" des effets de la drogue. Le fumeur novice ne ressent que des effets ambigus, voire désagréables. Ce n'est que par le contact avec les fumeurs expérimentés et le récit de ce que ressent celui "qui plane" que le novice apprend à définir comme agréables les sensations qu'il éprouve et ainsi "à planer". "Le plaisir de fumer est engendré par la définition des impressions en termes favorables qui est transmise par les autres" (idem, p. 78).

Dans notre société où la connaissance médicale est de plus en plus diffusée et vulgarisée, les savoirs médicaux intériorisés par les profanes jouent un rôle important dans le conditionnement des perceptions corporelles. A travers les entretiens qu'il a menés sur la pratique du bronzage, le sociologue Jean-Claude Kaufmann (1995) a ainsi montré comment les changements dans les opinions médicales sur les effets du soleil pour la santé avaient contribué à transformer, chez certains, la sensation provoquée par le soleil sur la peau. A propos de la grande attraction, à partir des années 1950-1960, pour le bronzage et les bains de soleil, l'auteur note (p. 31) : "La représentation positive du bronzage crée en effet des dispositions favorables à la perception de sensations agréables (à l'époque du rejet du soleil, on ressentait surtout ses brûlures)". Depuis les années 1980, la dénonciation par un grand nombre de médecins des risques de cancer de la peau a participé à un léger recul du goût pour le soleil : "Caroline aussi est de celles qui ont complètement changé d'idées : "C'est terminé, je ne veux plus bronzer ! Maintenant, à chaque fois, je pense au rosbif". Elle pense au rosbif car le changement est venu d'un coup, à la suite d'un violent coup de soleil. Il ne s'agit pas d'un cas particulier. L'enquête a ainsi révélé que la plupart des changements de comportement avaient lieu après des incidents (coup de soleil ou cancer du sein dans l'entourage), comme si le discours médical était entendu mais tenu à distance tant qu'un événement ne l'inscrivait pas dans la chair d'une réalité plus personnelle" (idem, p.

33). Cet exemple montre que le savoir médical est un facteur parmi d'autres dans le conditionnement social des perceptions corporelles.

Si le savoir médical conditionne les perceptions corporelles, il aura donc également une influence sur les symptômes que le malade va présenter au médecin. Chaque époque et chaque aire culturelle propose un certain nombre de tableaux cliniques qui peuvent être légitimement présentés au médecin (Shorter, 1992). Par exemple, à travers une étude comparative sur la Chine et les Etats-Unis, le psychiatre et anthropologue Kleinmann (1986) a parfaitement illustré cette thèse. Alors que l'entité "neurasthénie" n'est pratiquement plus utilisée par les médecins américains, elle reste d'usage courant en Chine où les troubles d'ordre strictement psychologique sont mal acceptés ; notamment parce qu'ils peuvent constituer une critique implicite du régime et une forme de désengagement politique. Le patient chinois, qui aux Etats-Unis serait qualifié de dépressif, est plutôt étiqueté "neurasthénique". Mais la différence ne portera pas que sur les termes car le neurasthénique chinois présentera un nombre plus important de symptômes physiques (trouble de l'appétit, du sommeil, des rythmes cardiaques, maux de tête...) que le dépressif américain dont la symptomatologie sera surtout d'ordre psychique. Dans ce cas, l'expression même de la maladie, y compris dans ses aspects somatiques, se trouve, pour une part, conditionnée par le savoir médical ; ce dernier s'inscrivant lui aussi dans un cadre culturel et idéologique qui en explique certaines caractéristiques. Si le savoir médical s'inscrit dans un environnement culturel et social qui oriente son contenu et sa forme, il contribue également en retour à structurer les perceptions profanes des symptômes et donc les tableaux cliniques qui seront présentés au médecin.

Enfin, si la perception des sensations corporelles est orientée par la culture et, au sein de celle-ci, par les connaissances médicales intériorisées, le sens que l'individu attribue à la situation participe également au façonnement du sensible. Cela est particulièrement vrai pour la fatigue qui exprime les limites, physiques mais aussi psychiques, de l'engagement dans l'action ; la sensation de fatigue dépend fortement du sens que l'individu donne à son action. Le travail domestique est un bon exemple pour illustrer cette idée dans la mesure où la contrainte sociale s'y exprime essentiellement de façon indirecte : contrairement à ce qui se passe pour le travail salarié, l'individu fixe relativement "librement" (en fonction des habitudes et des normes intériorisées, de ses choix et de son histoire personnelle, etc.) son niveau d'exigence en matière d'organisation, d'ordre et de propreté de son "chez soi". Dès lors, le sentiment de pénibilité ou au contraire l'entrain à l'ouvrage dépendent largement de la valeur, souvent variable, qui est donnée au résultat de l'action ménagère, comme le montre bien une recherche de Jean-Claude Kaufmann (1997, pp. 147-148) : "L'enquête montre que les tâches les plus pénibles ne sont pas celles que l'on croit, que ce qui est pénible pour l'un n'est pas pénible pour l'autre ; que la pénibilité est le résultat d'une construction sociale. Les sensations physiques parfois intenses seraient-elles pure invention ? Non, bien entendu. Mais elles sont à replacer dans l'ensemble qui les produit et qui les explique. Pour Constance, il est inutile de chercher plus loin : si le repassage est pénible, c'est pour des raisons physiques : *"Ca me fatigue, j'ai mal au dos après être deux heures debout"*. Christelle développe une analyse plus complexe. Certes elle ressent de la fatigue. Mais elle remarque qu'elle est mélangée à un agacement, un trouble dans les idées : le fait qu'elle pense à sa fatigue, qu'elle s'interroge sur le bien fondé de la continuation du repassage, augmente en retour le poids de la fatigue. Son corps devient plus lourd à la fois parce qu'il s'épuise et parce que Christelle perd sa motivation. Si les gestes ont un sens clair pour celui qui les met en oeuvre, si l'esprit des gestes fait corps avec leur mise en mouvement, si le repassage apparaît comme important et évident, il y a toutes les chances pour qu'il se déroule avec aisance, voire avec plaisir, que la fatigue soit repoussée très loin. Si au contraire la question du pourquoi (pourquoi le repassage de ceci ? pourquoi moi ? pourquoi maintenant ?) crée une distance entre les idées et les gestes, si le repassage est considéré comme une corvée dont il convient de se débarrasser rapidement, il y a toutes les chances qu'il devienne pénible et que les douleurs occupent très vite un premier plan. La fatigue et la douleur ne doivent pas être isolées du contexte social qui les module. Prenons l'exemple de deux tâches très liées : le repassage et le rangement du linge qui s'ensuit. Certaines femmes aiment le premier et détestent le second (ou l'inverse). Le rapport entre les deux types de sensations n'est pas aléatoire : c'est parce qu'une tâche n'est pas appréciée que la fatigue est ressentie. Francine aime le rangement du linge mais déteste le repassage : elle ressent fatigue et douleur dès qu'elle a le fer à la main. Elle n'est d'ailleurs pas dupe et analyse avec clairvoyance la disposition mentale dans laquelle elle se place elle-même : *"Je me trouve des maux, que j'ai mal au bras, je sais que je me trouve des excuses parce que j'aime*

pas". Pour Maïté, au contraire, c'est le rangement qui est le plus désagréable : "*Ca me fatigue autant mentalement que physiquement*". Bien qu'elle soit ressentie physiquement, la fatigue n'est pas purement physiologique : le contexte de l'activité et sa représentation jouent un rôle essentiel".

La culture, les connaissances médicales intériorisées et le sens donné à l'action orientent donc la perception de la fatigue, y compris de la fatigue physique. Les trois sont d'ailleurs intimement imbriqués : la "bonne fatigue" ressentie après avoir fait un jogging, par exemple, est fortement redevable aux discours médicaux sur la nécessité de pratiquer un sport, mais la volonté même d'entreprendre l'effort de courir dépend du sens que l'individu donne à son acte, ce sens étant lui-même lié à l'intériorisation des messages médicaux et à la prégnance d'une culture qui valorise l'épanouissement et la responsabilité individuelle. A un autre niveau, ces trois éléments, lorsqu'ils se pérennisent dans des combinaisons plus stables, contribuent à la formation de représentations sociales de la maladie ou de la fatigue. Ces dernières orientent alors de façon plus collective et plus permanente la perception et l'expression de la fatigue.

ii) Les représentations sociales de la maladie et de la fatigue : Si les professionnels sont ceux qui détiennent le pouvoir de définir "officiellement" la santé et la maladie, cela n'empêche pas les profanes de développer leurs propres interprétations. L'homme, face à l'angoisse et à l'inconnu que représente la maladie, ne peut s'empêcher de donner un sens à ce qui lui arrive. Ce sens n'est pas seulement individuel mais il est pour une grande part partagé par un groupe d'individus qui possèdent un certain nombre de convictions et de valeurs idéologiques communes. C'est ce que l'on appelle les "représentations sociales"<sup>4</sup> de la maladie si l'on considère que ce sens est relativement partagé au sein d'une collectivité ou les "réseaux de signification"<sup>5</sup> dans le cas où le sens s'inscrirait plutôt dans une expérience personnelle.

Par exemple, à partir de 80 entretiens menés sur le thème de la santé et de la maladie auprès de cadres et professions libérales, ainsi que de membres des professions intermédiaires (ou de leurs épouses), Claudine Herzlich (1969) a mis en évidence le fait que la structure sous-jacente des représentations sociales de l'étiologie de la plupart des maladies, dans les sociétés industrielles occidentales, pouvait se résumer à l'idée d'agression de l'individu, présumé sain, par la société (pollution, bruits, rythmes de vie...), perçue comme malsaine.

Les représentations sociales étant des schèmes cognitifs relativement partagés au sein d'un groupe social, il est possible de relier, pour une part, les représentations sociales de la santé et de la maladie à la position occupée dans la hiérarchie sociale. Des principales études menées en ce sens (Boltanski, 1968 ; Pierret, 1984 ; Aballéa, 1987 ; d'Houtaud et Field, 1989), il est possible de dégager une opposition entre les représentations des membres des catégories sociales les plus favorisées et celles des membres des classes populaires, notamment des ouvriers. Sans entrer dans les détails ou les petites divergences, les milieux aisés auraient plutôt une vision de la santé centrée sur le bien-être, l'harmonie, l'équilibre, le bonheur tandis que les milieux populaires insisteraient plus sur l'absence de maladie, la capacité de poursuivre ses activités, la force de travail. Dès lors, les premiers insisteraient plus sur la fatigue intellectuelle, l'ennui, le manque de motivation, les contraintes qui empêcheraient "d'être en harmonie avec soi-même", tandis que les seconds auraient une représentation plus "physique" de la fatigue comme usure du corps. Pour les ouvriers interrogés par François Aballéa (1987), même la fatigue nerveuse est perçue sous cette forme : ce sont les nerfs qui, à force d'être "tendus", finissent par "craquer". Le modèle de la "mauvaise fatigue" serait donc une représentation plus répandue dans les classes moyennes et supérieures que dans les classes populaires. Pour certains, une moins grande

---

<sup>4</sup> Denise Jodelet (1993) définit une représentation sociale comme "une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Egalement désignée comme savoir de sens commun ou encore savoir naïf, cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique [...]. Les représentations sociales, en tant que système d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres, orientent et organisent les conduites et les communications sociales".

<sup>5</sup> "En tant que configuration de significations, le réseau sémantique lie des symboles clefs d'une culture à la fois aux valeurs véhiculées par la société (dimension sociale) et aux émotions ressenties par l'individu dans le vécu d'un épisode donné de maladie (dimension personnelle) [...]. Bref, il permet de lier le symbolique à l'affectif et au physiologique, l'expérience sociale à la maladie" (Massé, 1995).

familiarité des classes populaires avec le raisonnement et le savoir psychologique expliquerait ces différences (Boltanski, 1968 ; Aballéa, 1987).

En fait, le lien entre conditions de vie, compétences cognitives en matière de santé et représentations de la santé n'est pas si simple. Une étude menée au Canada anglo-saxon auprès de femmes de différents milieux sociaux sur la perception de leurs problèmes (Walters et Denton, 1997) montre que les différentes formes de mauvaise fatigue sont les problèmes les plus souvent cités, mais pas avec les mêmes termes ni de la même façon suivant les milieux sociaux. Pour résumer, les femmes des classes supérieures parlent plutôt de stress, les femmes des classes moyennes de fatigue et celles des classes populaires, de dépression. Pour les deux premières catégories ce qui pose le plus problème semble être de concilier la vie professionnelle et la vie familiale, surtout lorsqu'il y a de jeunes enfants à la maison. Pour les femmes des milieux populaires c'est la solitude qui apparaît comme le principal facteur aggravant pour expliquer la double journée de travail. Dans l'interprétation de ces résultats deux facteurs peuvent être mis en avant : d'une part, les femmes des classes populaires semblent accepter et reprendre à leur compte le diagnostic médical de dépression souvent donné à bon compte par les médecins en cas de plainte de fatigue anormale ; les femmes ayant un niveau d'étude supérieur seraient plus sûres d'elles pour contester un diagnostic jugé peu satisfaisant. D'autre part, chacune de ces trois formes d'expression de la mauvaise fatigue peut relever de "vécus" différents : pour les femmes ayant une situation sociale élevée, la possibilité de faire appel à une aide rémunérée pour le travail domestique permet de mieux vivre le modèle de la femme active et épanouie, le principal problème restant celui du manque de temps, d'où l'impression de stress. Pour les femmes des classes moyennes se pose essentiellement le problème du conflit interne entre les deux modèles féminins également valorisés de la femme active et de la bonne ménagère ; cette contradiction interne et la double journée de travail sans délégation expliquent alors le sentiment de fatigue. Enfin pour les femmes des catégories populaires, le rôle féminin domestique reste valorisé, à condition que le travail domestique soit reconnu et valorisé, au moins implicitement, par le conjoint et les enfants (Kaufmann, 1997) ; mais quand il n'y a pas de famille pour justifier et donner un sens à ce rôle, le risque est élevé de tomber dans la dévalorisation de soi, principale caractéristique de la dépression. Cet exemple montre donc que les représentations profanes de la fatigue ne peuvent être dissociées ni des conditions concrètes d'existence ni des interactions avec les représentations des professionnels de santé consultés. Il convient donc maintenant de s'intéresser à ces dernières.

#### *b) La construction professionnelle de la maladie*

La plupart des travaux de sociologie médicale portant sur le thème de la construction de la maladie se sont en fait centrés sur les conditions sociales de la production du savoir médical par les professionnels. Le travail scientifique est un travail humain et à ce titre il ne peut totalement échapper aux influences du milieu et aux contraintes de toute action collective, même si l'idéal de la science reste de les éviter au maximum - ce qui est moins important dans le savoir profane. De plus, le regard critique des autres chercheurs et les controverses scientifiques obligent le producteur de faits scientifiques à faire preuve d'une bien plus grande rigueur logique et méthodologique que le sens commun. Mais la complexité du monde la multiplicité des niveaux d'études possibles et l'existence "d'écoles de pensée" font que certaines marges de liberté sont laissées à la subjectivité des chercheurs, ne serait-ce que dans le choix, c'est-à-dire la construction, de leur objet.

i) Une "morphologie sociale" de la connaissance médicale : Après avoir rappelé comment la profession médicale possède, collectivement, le droit et le pouvoir de déterminer ce qui constitue ou non la maladie, le sociologue Eliot Freidson (1986) a montré dans quelles mesures les théories médicales pouvaient s'écarter des états physiologiques et/ou psychologiques réels qui les sous-tendent. L'idée principale est que la connaissance médicale peut être "déformée" par certains des préjugés du médecin qui la produit, ces préjugés étant eux-mêmes le résultat des conditions et du milieu dans lequel le praticien exerce son art. Le premier de ces préjugés est ce que Freidson appelle "le parti pris en faveur de la maladie", c'est-à-dire la tendance à surestimer le nombre et la gravité des phénomènes pathologiques. Cette tendance serait plus forte chez le spécialiste hospitalier, toujours à la recherche d'une "nouvelle maladie" que chez le médecin de famille, plus soucieux de ne pas affoler pour rien son patient. Le type de relation avec la clientèle, l'expérience personnelle du praticien, l'école de pensée à laquelle il se rattache, etc., vont ainsi influencer, selon Freidson, le diagnostic du médecin. L'étude

des appréhensions différentes d'un même type de problème par des catégories hétérogènes de médecins - Anselm Strauss (1992) parle de "segments" - offre une bonne illustration de cette idée : pour le médecin du travail, une fatigue durable est d'abord perçue comme la conséquence d'un surmenage, pour le psychiatre il s'agit soit du symptôme d'une dépression, soit du résultat d'un conflit intra-psychique tandis que pour le rhumatologue, certains dysfonctionnements musculaires peuvent être observés<sup>6</sup>.

ii) La constitution d'un fait scientifique : A partir d'une vision plus dynamique du fait scientifique, qui n'est plus simplement perçu comme le produit de ses conditions de production, les sociologues des sciences Michel Callon (1986) et Bruno Latour (1995) ont développé un modèle stratégique visant à décrire le travail de l'inventeur d'un "fait scientifique" (une nouvelle machine, une théorie économique ou une nouvelle maladie). Pour qu'un fait scientifique soit socialement reconnu, il est nécessaire qu'il soit repris comme une réalité indiscutable, les auteurs parlent de "boîte noire", par les autres scientifiques ainsi que par les profanes qui devront agir comme si le fait était une réalité. Ainsi, pour que la théorie du Syndrome de Fatigue Chronique (SFC) existe socialement, il faut qu'il y ait des malades qui soient persuadés d'en souffrir. Le travail du scientifique ne consiste donc pas seulement en une simple lecture du réel, il doit également enrôler tout un ensemble d'acteurs dans un réseau qui va supporter et faire exister le fait. Dans ce réseau, d'après Callon et Latour il faut prendre en compte tous les acteurs, y-compris les "non-humains". Ainsi, une machine permettant de mesurer la fatigue peut venir renforcer la réalité de la théorie biomédicale de la fatigue, tout comme le post-virus du SFC, s'il pouvait être découvert, c'est-à-dire "enrôlé", viendrait renforcer la réalité de la maladie. Cette proposition quelque peu étonnante peut être comprise comme un moyen de dépasser l'opposition entre le positivisme et le relativisme puisque les mesures, les objets concrets comme les machines ou les microbes, les observations... ne sont pas niés, mais au contraire intégrés totalement au raisonnement sociologique lui-même.

iii) La mise en place d'un traitement, d'un nouveau mode de prise en charge : Le travail accompli par les médecins pour promouvoir un nouveau type de traitement ou de prise en charge d'un problème de santé constitue également un bon moyen pour faire exister ce problème et d'enrôler un certain nombre "d'acteurs". L'exemple du travail d'Isabelle Baszanger (1995) sur la douleur peut être cité ici : il ne s'agit pas d'étudier les attitudes ou l'opinion des médecins vis-à-vis de la douleur, mais de retracer l'apparition d'une nouvelle entité pathologique, la douleur chronique. L'histoire de cette notion commence avec les travaux de l'américain John Bonica qui, lors de son expérience d'anesthésiste dans un hôpital militaire en 1944, "découvre" l'existence de douleurs complexes et durables auxquelles la médecine ne semble pouvoir apporter de réponse. Ce constat l'amène, après la guerre, à mettre en place des structures d'étude et de prise en charge pluridisciplinaire de ces douleurs. Les travaux de recherche et de constitution d'un monde de la douleur (rédaction d'ouvrages de références, constitution de groupes de travail regroupant des médecins de différentes spécialités et des psychologues, organisation de congrès...) qui suivent se fédèrent autour d'une nouvelle représentation de la douleur (théorie de la porte) : "la douleur n'est pas la simple sonnerie d'un système d'alarme central", il existe "un mécanisme qui permet la modulation de l'influx avant que la douleur soit ressentie" (p. 99). Lutter contre la douleur, c'est alors tenter d'agir sur ces différents moyens de contrôle (p 101) par une action pluridisciplinaire dans des "*pain clinics*". Dans un deuxième temps, Isabelle Baszanger s'intéresse à la construction pratique, au cours notamment des interactions entre médecins et malades dans différents centres de la douleur en France, de la douleur chronique et de son traitement. Malgré des postulats communs (prise en charge de la douleur chronique, pluridisciplinarité, théorie de la porte...), l'étude du travail des différents centres met au jour l'existence de voies différentes de gestion du problème. Dans une première logique, qualifiée de logique de la démonstration, l'on cherche à établir la situation de douleur du malade, c'est à dire si l'on peut trouver "quelque chose" (lésion ou déficit organique) derrière la douleur ou "rien" (qui serait en fait un état dépressif conscient ou non). Dans le premier cas, le médecin va représenter la douleur dans le corps du malade afin de démontrer la pertinence de la stratégie thérapeutique tandis que dans le deuxième cas il s'agit de démontrer au malade que sa douleur

---

<sup>6</sup> Ces trois exemples sont inspirés de la lecture de manuels médicaux. Ces trois diagnostics pourraient être faits pour un même patient et ils seraient probablement justes, chacun dans leur domaine, chaque praticien ayant choisi de ne considérer qu'une dimension de la réalité.

vient de lui-même, de sa personne et non de son corps. On est là, en fait, très proche de la démarche clinique traditionnelle. Une deuxième logique, dite de conviction, plus innovante, consiste à traiter la douleur chronique, quelque soit son origine, comme un comportement pathologique construit au cours d'une longue histoire de douleur. Il s'agit alors plus de gérer que de soigner. Il faut convaincre le patient de modifier sa perception et ses réactions à la douleur, "à la voir comme un des éléments de réponse à des situations problématiques" (p.276). La construction pratique d'un même problème, la douleur chronique, peut donc prendre des formes très différentes d'un lieu à un autre.

L'étude de Patrice Pinel (1987) sur la cancérologie montre que ce type d'approche ne concerne pas que des entités pathologiques de type "psychosomatique" comme la douleur chronique ou la fatigue chronique. Avant le milieu du XIXe siècle, le cancer n'est généralement pas considéré comme une maladie curable et la prise en charge des malades est quasi inexistante. Ce n'est qu'à la fin du siècle et au début du siècle suivant que la lutte contre le cancer devient un objet de préoccupation médicale. Dans ce mouvement, l'action des ligues contre le cancer, la mobilisation d'élites médicales et sociales ont joué un rôle encore plus important que le progrès des moyens thérapeutiques qui apparaît plus comme la conséquence de cette évolution plutôt que comme sa cause. Le domaine de la fatigue et du stress offre également des exemples de syndromes qui se sont pour une part constitués à travers leur traitement et leur prise en charge : ainsi, le *Seasonal Affective Disorder* n'existerait probablement pas sans la photothérapie, de même que l'institutionnalisation du syndrome de stress post-traumatique doit beaucoup à la mise en place de cliniques spécialisées dans la prise en charge d'anciens vétérans du Viêt-nam (Young, 1995). Dans ce dernier cas, les enjeux dépassaient pour une part la recherche de nouveaux débouchés pour quelques psychiatres spécialisés et le financement de ces cliniques participait de la gestion de la mauvaise conscience de l'Amérique à l'égard de cette guerre. La perception médicale du problème ouvre la voie à une certaine forme de régulation sociale.

### c) La notion de construction sociale : importante mais complexe

L'expression « construction sociale » est à la mode en sociologie, mais fait trop rarement l'objet d'une définition précise. Du coup, elle renvoie, suivant les textes, à des analyses très diverses. Pour schématiser, trois grandes approches peuvent être regroupées sous cette expression. Dans la première, que l'on pourrait qualifier de façon plus précise de « production sociale d'une situation », l'analyse porte sur la façon dont un ensemble d'évolutions, de stratégies et de mécanismes sociaux a-priori distincts convergent et se combinent pour faire apparaître une situation nouvelle<sup>7</sup>. Le recours au terme de construction sociale a pour but, dans ce cas, de souligner le caractère contingent des phénomènes étudiés qui apparaissent comme des effets émergents, non voulus par aucun des acteurs impliqués, mais résultat de l'agrégation de leurs stratégies. Par exemple et pour rester dans mon sujet, la réduction des durées de séjour, la complexification des technologies médicales et paramédicales, les problèmes d'effectifs, les moindres possibilités de reconversion, la montée en puissance des incivilités et des agressions se conjuguent dans beaucoup de services hospitaliers et favorisent l'apparition d'un malaise et de plaintes parmi le personnel. Cette approche n'est pas très éloignée de la démarche de certains ergonomes qui souhaitent traiter la situation de travail dans son ensemble et dans son contexte, même si la notion de contexte est plus extensive en sociologie.

La deuxième approche, qu'il conviendrait d'appeler « construction sociale des catégories de perception de la réalité » porte quant à elle sur les processus à l'œuvre dans l'émergence d'une nouvelle étiquette permettant de catégoriser et caractériser un phénomène particulier<sup>8</sup> : maladie, risque social, problème politique, catégorie d'action ou d'analyse : âge, sexe, PCS, etc. On peut ainsi, par exemple, parler de l'invention de la catégorie de chômeur ou de la notion de chômage (Salais, 1999 ; Topalov, 1994) ou évoquer la façon dont un tableau de maladie professionnelle est négocié. Dans cet esprit, il serait possible d'étudier l'apparition, la diffusion et l'usage qui est fait de la catégorie de *burn*

---

<sup>7</sup> A titre d'exemple de ce type d'approche, on peut citer, dans le domaine de la santé au travail, l'article fondateur d'Edwin Lemert (1967) sur la paranoïa et les phénomènes de harcèlement, les travaux de Gary Dworkin (2001) sur le *burn out* des enseignants américains, l'étude de Françoise Piotet (2001) sur le syndrome du canal carpien chez des cableuses, etc.

<sup>8</sup> A.E Dembe (1996) développe ainsi les exemples des surdités professionnelles, du mal de dos et des lésions d'effort. De même, Brian Martin et Gabriele Bammer (1992) ont rendu compte de la façon dont les troubles musculo-squelettiques ont été reconnus en Australie.

out (ou épuisement professionnel) dans le travail soignant. Le malaise ressenti par certaines infirmières est mis en forme et étiqueté à travers la référence à cette nouvelle catégorie de la psychologie du travail. Cela ne veut pas dire que la souffrance, le mal-être, n'existaient pas avant que ne soit utilisé le terme de « burn out » -bien au contraire-, mais que le psychisme humain possède une certaine plasticité et une complexité qui rendent possibles différentes lectures de cette souffrance.

Enfin, l'expression « construction sociale » a également été utilisée pour rendre compte du moment de la coproduction d'un diagnostic<sup>9</sup> : comment une infirmière prend conscience d'une souffrance ou d'un mal-être dans le travail, pourquoi elle décide de chercher de l'aide auprès d'un professionnel de santé (médecin, psychologue, etc.), comment celui-ci, en interaction avec l'infirmière, pose son diagnostic et enfin, comment le diagnostic se traduit concrètement par l'actualisation d'un « rôle » de malade particulier.

Ces trois approches sont bien évidemment plus complémentaires qu'opposées ; les niveaux de réalité étudiés étant parfaitement imbriqués. C'est la situation dans laquelle se trouve l'infirmière qui explique son mal-être et la recherche de sens et d'aide pour y faire face, le diagnostic suppose l'existence d'une étiquette qui puisse être légitimement apposée à cette souffrance. Il reste toutefois important de les distinguer afin d'éviter les confusions qui pourraient conduire à des analyses caricaturales ou un constructionnisme radical et ridicule qui reviendrait à nier les difficultés rencontrées par les infirmières ou n'en ferait que de simples conventions sociales.

Pour illustrer l'imbrication des différents niveaux de construction, il est possible de développer l'exemple des TMS : L'exemple des TMS, qui constitue la première maladie professionnelle permet bien d'illustrer les liens complexes entre conditions de travail et atteintes à la santé. Depuis 1991, les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont reconnus et comptabilisés et de 1991 à 1994 leur nombre a été multiplié par trois. Avec près de 11100 cas reconnus en 1999, soit 70% du total des maladies professionnelles reconnues, et une progression de l'ordre de 20% par an, les TMS constituent une question majeure de santé au travail en France. Ils résultent de la combinaison de quatre facteurs : un mouvement répétitif des membres supérieurs, une tension liée à la précision des gestes demandés, une mauvaise posture, et des cadences élevées sans variations des tâches. Les TMS sont surtout fréquents dans l'industrie agro-alimentaire, le textile, les sous-traitants automobiles, le bâtiment, mais aussi parmi les caissières de supermarché, les cableurs et les opérateurs de saisie informatique.

Si les TMS frappe particulièrement les femmes appartenant aux catégories professionnelles les plus basses, c'est qu'elles sont également celles qui sont le plus soumises à des tâches répétitives et peu valorisées, assorties d'un fort contrôle extérieur sur la qualité et la productivité. L'habileté étant souvent perçue par les employeurs comme une qualité féminine naturelle tandis que les évolutions de carrières sont plutôt réservées aux hommes plus haut placés, une femme a plus de risque de passer toute sa vie à répéter les mêmes gestes dans une ambiance peu stimulante et avec peu de marge de manœuvre pour adopter les postures et les cadences les plus favorables à la préservation de soi. La détermination sociale des conditions de travail déborde donc le cadre strictement professionnel et renvoie, dans cet exemple, aux relations homme/femmes, aux arbitrages avec la vie privée, etc.

De même, l'augmentation du chômage fait que les salariés hésitent de plus en plus à quitter leur emploi, même s'ils souffrent au travail alors que le ralentissement des embauches dans beaucoup d'entreprises et le fait que les premiers licenciés sont souvent les jeunes conduit à un vieillissement tout à fait nouveau dans les postes pénibles et répétitifs alors qu'avant ceux-ci étaient plutôt occupés en début de vie active, avant d'aller vers des postes plus « doux ».

Si la très forte croissance dans les statistiques des TMS est liée pour une part à l'augmentation des contraintes de temps et de précision, à la diminution, du fait du chômage, du turn over (approches environnementales ou sens 1), elle est aussi liée à la plus grande attention qui est portée à ces questions (sens 1 et trois de la notion de construction). C'est le cas depuis la reconnaissance en maladie professionnelle. Avant, de nombreuses raisons expliquaient une sous déclaration :

---

<sup>9</sup> Pour la reconnaissance des maladies professionnelles en France, il est possible d'évoquer l'étude d'Annie Thébaud-Mony (1991). De façon plus générale, la sociologie de la médecine a largement développé cette voie : par exemple pour le cas des maladies mentales, les travaux de Thomas Scheff (1994).



- survenue après de nombreuses années de travail alors que le premier signe, la douleur, est souvent intériorisé comme une contrainte normale du métier
- méconnaissance du problème par les médecins (lien avec le travail souvent ignoré : maladie du pianiste, tennis-elbow).
- Absence d'intérêt à la reconnaissance (et même risque de licenciement en cas de mise en inaptitude).

Après 1991, les avantages liés à la reconnaissance en MP, les campagnes d'information et de prévention lancées par les syndicats et les directions des grandes entreprises, l'intérêt accru porté aux questions de souffrance au travail font que les TMS sont devenues des maladies de plus en plus prises au sérieux. Ce mouvement n'est d'ailleurs probablement pas achevé. En effet, si 110 000 cas sont reconnus aujourd'hui en MP, les spécialistes estiment à 500 000 le nombre de cas « réels », mal diagnostiqués.

### Le suicide. *Étude de sociologie* (1897). Par Emile Durkheim (1858-1917) (Extrait)

Les conditions individuelles dont on pourrait, *a priori*, supposer que le suicide dépend, sont de deux sortes.

Il y a d'abord la situation extérieure dans laquelle se trouve placé l'agent. Tantôt les hommes qui se tuent ont éprouvé des chagrins de famille ou des déceptions d'amour-propre, tantôt ils ont eu à souffrir de la misère ou de la maladie, tantôt encore ils ont à se reprocher quelque faute morale, etc. Mais nous avons vu que ces particularités individuelles ne sauraient expliquer le taux social des suicides ; car il varie dans des proportions considérables, alors que les diverses combinaisons de circonstances, qui servent ainsi d'antécédents immédiats aux suicides particuliers, gardent à peu près la même fréquence relative. C'est donc qu'elles ne sont pas les causes déterminantes de l'acte qu'elles précèdent. Le rôle important qu'elles jouent parfois dans la délibération n'est pas une preuve de leur efficacité. On sait, en effet, que les délibérations humaines, telles que les atteint la conscience réfléchie, ne sont souvent que de pure forme et n'ont d'autre objet que de corroborer une résolution déjà prise pour des raisons que la conscience ne connaît pas.

D'ailleurs, les circonstances qui passent pour causer le suicide parce qu'elles l'accompagnent assez fréquemment, sont en nombre presque infini. L'un se tue dans l'aisance, et l'autre dans la pauvreté ; l'un était malheureux en ménage et l'autre venait de rompre par le divorce un mariage qui le rendait malheureux. Ici, un soldat renonce à la vie après avoir été puni pour une faute qu'il n'a pas commise ; là, un criminel se frappe dont le crime est resté impuni. Les événements de la vie les plus divers et même les plus contradictoires peuvent également servir de prétextes au suicide. C'est donc qu'aucun d'eux n'en est la cause spécifique. Pourrions-nous du moins attribuer cette causalité aux caractères qui leur sont communs à tous ? Mais en est-il ? Tout au plus peut-on dire qu'ils consistent généralement en contrariétés, en chagrins, mais sans qu'il soit possible de déterminer quelle intensité la douleur doit atteindre pour avoir cette tragique conséquence. Il n'est pas de mécompte dans la vie, si insignifiant soit-il, dont on puisse dire par avance qu'il ne saurait, en aucun cas, rendre l'existence intolérable ; il n'en est pas davantage qui ait cet effet nécessairement. Nous voyons des hommes résister à d'épouvantables malheurs, tandis que d'autres se suicident après de légers ennuis. Et d'ailleurs, nous avons montré que les sujets qui peinent le plus ne sont pas ceux qui se tuent le plus. C'est plutôt la trop grande aisance qui arme l'homme contre lui-même. C'est aux époques et dans les classes où la vie est le moins rude qu'on s'en défait le plus facilement. Du moins, si vraiment il arrive que la situation personnelle de la victime soit la cause efficiente de sa résolution, ces cas sont certainement très rares et, par conséquent, on ne saurait expliquer ainsi le taux social des suicides.

Aussi ceux-là mêmes qui ont attribué le plus d'influence aux conditions individuelles les ont-ils moins cherchées dans ces incidents extérieurs que dans la nature intrinsèque du sujet, c'est-à-dire dans sa constitution biologique et parmi les concomitants physiques dont elle dépend. Le suicide a été ainsi présente comme le produit d'un certain tempérament, comme un épisode de la neurasthénie, soumis à l'action des mêmes facteurs qu'elle. Mais nous n'avons découvert aucun rapport immédiat et régulier entre la neurasthénie et le taux social des suicides. Il arrive même que ces deux faits varient en raison inverse l'un de l'autre et que l'un est à son minimum au même moment et dans les mêmes lieux où

l'autre est à son apogée. Nous n'avons pas trouvé davantage de relations définies entre le mouvement des suicides et les états du milieu physique qui passent pour avoir sur le système nerveux le plus d'action, comme la race, le climat, la température. C'est que, si le névropathe peut, dans de certaines conditions, manifester quelque disposition pour le suicide, il n'est pas prédestiné à se tuer nécessairement ; et l'action des facteurs cosmiques ne suffit pas à déterminer dans ce sens précis les tendances très générales de sa nature.

Tout autres sont les résultats que nous avons obtenus quand, laissant de côté l'individu, nous avons cherché dans la nature des sociétés elles-mêmes les causes de l'aptitude que chacune d'elles a pour le suicide. Autant les rapports du suicide avec les faits de l'ordre biologique et de l'ordre physique étaient équivoques et douteux, autant ils sont immédiats et constants avec certains états du milieu social. Cette fois, nous nous sommes enfin trouvé en présence de lois véritables, qui nous ont permis d'essayer une classification méthodique des types de suicides. Les causes sociologiques que nous avons ainsi déterminées nous ont même expliqué ces concordances diverses que l'on a souvent attribuées à l'influence de causes matérielles, et où l'on a voulu voir une preuve de cette influence. Si la femme se tue beaucoup moins que l'homme, c'est qu'elle est beaucoup moins engagée que lui dans la vie collective ; elle en sent donc moins fortement l'action bonne ou mauvaise. Il en est de même du vieillard et de l'enfant, quoique pour d'autres raisons. Enfin, si le suicide croît de janvier à juin pour décroître ensuite, c'est que l'activité sociale passe par les mêmes variations saisonnières. Il est donc naturel que les différents effets qu'elle produit soient soumis au même rythme et, par suite, soient plus marqués pendant la première de ces deux périodes : or, le suicide est l'un d'eux.

De tous ces faits il résulte que le taux social des suicides ne s'explique que sociologiquement. C'est la constitution morale de la société qui fixe à chaque instant le contingent des morts volontaires. Il existe donc pour chaque peuple une force collective, d'une énergie déterminée, qui pousse les hommes à se tuer. Les mouvements que le patient accomplit et qui, au premier abord, paraissent n'exprimer que son tempérament personnel, sont, en réalité, la suite et le prolongement d'un état social qu'ils manifestent extérieurement.

## Séance 2 : Savoir médical et régulation sociale

Si la maladie peut-être pensée comme une construction sociale, ce n'est pas seulement du fait de l'existence de marges d'interprétation partiellement conditionnées par l'environnement social des profanes et des professionnels, mais également parce que le savoir et la pratique médicale participent au fonctionnement de la société. Le savoir sur le corps et la maladie, en effet, peut s'analyser non plus au niveau des individus, malades ou médecins, mais au niveau plus global de la fonction sociale de la médecine. Deux approches théoriques relèvent de ce type d'analyse, celle de Michel Foucault et celle de Talcott Parsons. Robert King Merton, quant à lui, s'est plutôt intéressé aux formes individuelles d'adaptation à des régulations sociales parfois contradictoires ; son approche est alors parfaitement complémentaire des deux premières.

### I - Michel Foucault (Né en 1926 à Poitiers, mort en 1984) et la normalisation

Les travaux de FOUCAULT portent sur les liens historiques qui se nouent entre la constitution de tout savoir et les phénomènes de pouvoir et de normalisation. Le double sens du mot discipline est à cet égard révélateur. Ainsi, le savoir médical qui devient dominant à partir du XVIII<sup>e</sup> siècle, peut s'analyser comme un moyen de plier les corps et les esprits aux besoins des différentes institutions (Etat, capitalisme industriel, famille, école, prisons, etc.) ; l'ordre médical relayant et remplaçant ainsi l'ordre religieux et l'ordre juridique. Par exemple, l'asile où l'on enferme le malade mental ne sert pas seulement à protéger la collectivité de l'aliéné mais offre aussi le spectacle pédagogique des conséquences négatives auxquelles pourraient être exposés ceux qui ne respecteraient pas la raison et la morale bourgeoise. Pour FOUCAULT, le pouvoir est diffus et ne se limite pas au pouvoir d'Etat ; il consiste en rapports de force multiples qui ne relèvent pas d'une détermination unique (comme la figure symbolique du père des psychanalystes ou la domination de classe des marxistes).

Le lien entre savoir (en tant que volonté de domination) et luttes de pouvoir explique que la pensée ne suit pas un processus continu et cumulatif mais est structurée par des cadres, appelés « épistémès » (proches des paradigmes de KUHN) qui se succèdent. Chaque société possède son propre régime de vérité, de discours tenu pour vrai. Le Moyen Age et la renaissance, marqué par la religion, ont une pensée de la ressemblance (forme de message adressé par Dieu qu'il faut lire dans la nature comme dans un livre) : le saule a les pieds dans l'eau, donc son écorce doit soigner les maladies liées à l'humidité comme les rhumatismes. L'âge classique, à partir du XVIIe, est celui de la raison où domine la volonté de classement : les « fous » sont séparés des « normaux », les plantes, les maladies, etc. sont classées en catégories abstraites. Enfin, l'époque moderne, à partir du XIXe, est celle de la recherche de la vérité cachée de l'histoire et de l'homme (par exemple la maladie cachée au cœur des tissus) pour mieux le dominer, avec une violence moins apparente. L'histoire n'est donc pas guidée par les progrès de l'humanité et de la rationalité mais est faite de ruptures, de discontinuités.

La forme dominante du pouvoir au Moyen Age et à l'âge classique était la loi qui distingue le permis du défendu. Les sociétés modernes, au contraire, fonctionnent sur le principe de la norme qui tente d'atteindre la totalité et l'intérieur de l'individu. Elle est insidieuse et prend la forme du savoir scientifique qui prétend agir pour le bien de l'individu (par exemple l'homosexuel qualifié de « malade », d'anormal). Les travaux de FOUCAULT sur la folie, la médecine, la prison ou la sexualité ne visent pas un renversement de l'ordre établi (qui serait alors remplacé par un autre), mais plus simplement à nous faire réfléchir sur les catégories que nous utilisons pour penser le social.

La maladie, et notamment la maladie mentale, sont alors des moyens pour asservir et stigmatiser, au nom de la raison, ceux qui ne se plient pas aux normes, aux nécessités de l'ordre social, aux impératifs de reproduction de leur groupe : la masturbation est condamnée comme forme de gaspillage et devient la cause de nombreuses maladies ; de même, la théorie de l'hystérie féminine contribue à la normalisation de la sexualité de la femme (Foucault, 1976). La théorie médicale des vapeurs, de la femme "nerveuse" vise la femme oisive des classes bourgeoise dont on craint la sexualité et la fragilité qui pourraient l'éloigner de ses obligations de mère et d'épouse. Postuler le caractère intrinsèquement hystérique du corps de la femme légitime la mise en place, dans le discours médical, d'un contrôle accru de sa sexualité et de sa santé. "Quant à l'adolescent gaspillant dans des plaisirs secrets sa future substance, l'enfant onaniste qui a tant préoccupé et les éducateurs depuis la fin du XIXe siècle, ce n'était pas l'enfant du peuple, le futur ouvrier auquel il aurait fallu enseigner les disciplines du corps ; c'était le collégien, l'enfant entouré de domestiques, de précepteurs et de gouvernantes, et qui risquait de compromettre moins une force physique que des capacités intellectuelles, un devoir moral et l'obligation de conserver à sa classe et à sa famille une descendance saine" (Foucault, 1976, p. 160). Là encore, postuler que presque tous les enfants sont susceptibles de se livrer à cette activité jugée répréhensible et néfaste pour la santé est un moyen de justifier une surveillance médicale et pédagogique. Pour Foucault, c'est d'abord sur leurs propres membres que les milieux sociaux les plus favorisés ont exercé l'autocontrôle.

## **II – Talcott Parsons (Né aux Etats-Unis en 1902, mort en 1979) et le rôle de malade**

L'œuvre de PARSONS, essentiellement théorique, s'appuie sur la lecture de WEBER, DURKHEIM et FREUD ainsi que sur les recherches en cybernétique (étude des systèmes autorégulés, comme le thermostat).

Le point de départ est une théorie de l'action humaine envisagée dans sa totalité c'est-à-dire impliquant à la fois quatre niveaux d'analyse. Dans un ordre croissant de complexité, ils s'agit des niveaux : biologique, psychologique (la personnalité), social (interactions entre individus et groupes) et culturel (valeurs et idéologie). Chaque science de l'homme met l'accent plus particulièrement sur l'un d'eux, mais ils restent en réalité indissociables, d'autant que pour PARSONS, les quatre niveaux sont hiérarchisés, les plus complexes servant de mécanismes de contrôle aux plus simples. Ainsi, la personnalité psychologique est orientée par les interactions sociales, elles-mêmes structurées par les valeurs culturelles. La sociologie s'intéresse particulièrement à ce dernier point : comment le symbolique impose sa marque aux relations sociales concrètes ? Comment, par exemple, la valeur générale de justice se traduit en règles de conduite effectives, en institutions (tribunaux, police), en

actes (procès...) ? Ce sont les quatre composantes structurales du système social qui assurent le relais : les rôles, les collectivités, les normes et les valeurs. Les rôles sont des modèles qui indiquent comment se comporter dans telle ou telle situation sociale (rôle de père, de professeur...). Ils ont pour fonction l'adaptation à un environnement qui n'est pas fixe : par exemple, les rôles de malade et de médecin permettent aux deux protagonistes de régler leurs actions réciproques dans différentes circonstances. Les collectivités (organisation, famille...) ont pour tâche la fixation d'objectifs collectifs. Les normes ont une fonction d'intégration en poussant chaque partie à agir pour la bonne marche de l'ensemble, enfin, les valeurs garantissent la stabilité du système en définissant les orientations désirables pour l'ensemble de la société.

Un tel ensemble de concepts permet de combiner une analyse des structures et une théorie du changement social. Pour PARSONS, l'évolution des sociétés est commandée par l'impératif d'adaptation et qui conduit à une spécialisation croissante des différentes composantes structurales de la société. Par exemple, dans les sociétés traditionnelles la famille est à la fois le lieu de production économique, de socialisation, de formation, de contrôle social... Avec la division du travail, famille et lieu de production se séparent progressivement et la famille ne peut plus assurer efficacement sa fonction de formation (les enfants ne feront plus exactement le même travail que leurs parents) et un système éducatif distinct de la famille doit se mettre en place (nouvelles collectivités, nouveaux rôles, nouvelles normes...). L'apparition de l'écriture (qui stabilise les croyances et des idéologies) et du droit (qui stabilise les interactions) ont été des éléments très importants dans l'évolution des sociétés.

Avec la notion de rôle de malade, Talcott Parsons (1955) développe une idée assez complémentaire de celle de FOUCAULT : il ne s'agit plus de dénoncer des formes méconnues d'asservissement mais au contraire d'expliquer la fonction sociale de la médecine. Dans les sociétés contemporaines tournées vers la production de biens et de services en dehors de la sphère familiale, la maladie représente une déviance potentielle dans le sens où, tout en n'étant pas directement imputable à la volonté et à la responsabilité de l'individu malade, elle permet à ce dernier de se dégager de ses obligations habituelles. Pour éviter tout "abus" (Parsons, ayant lu Freud, élargit cette notion à la prolongation inconsciente de la maladie) il est nécessaire d'encadrer la maladie, grâce notamment à l'institution médicale. Le rôle de malade offre des avantages : ne pas être tenu pour responsable de son état et être dégagé de certaines des obligations sociales courantes. Mais il comporte également des contraintes : considérer l'état de maladie comme indésirable, rechercher et respecter les conseils des médecins pour aller mieux. Le travail du médecin est donc de remettre dans le droit chemin le "déviant". Pour cela, le monopole de la médecine, la neutralité affective, et la dépersonnalisation du malade sont nécessaires pour éviter toute contestation et rendre véritablement indésirable la maladie. En d'autres termes, le malade ne doit pas être trop choyé afin que les bénéfices secondaires associés à la maladie ne soient pas trop importants. Un aspect moins exploré que la modélisation des relations médecin-malades des travaux de Parsons concerne l'intérêt qu'il y a, pour le fonctionnement des politiques publiques, à traiter en termes de maladie un problème social qui ne peut pas être résolu autrement. L'origine du succès des qualifications de fatigue ou de stress pour les personnes rendues inadaptées par l'évolution des normes et des exigences du système productif n'est-elle pas à rechercher dans ce type d'explications ? Le "mal-être des jeunes en difficulté" devient alors un sujet de préoccupation des structures d'insertion comme les missions locales ou les permanences d'accueil et d'orientation (PAIO) qui proposent des consultations chez un médecin ou un psychologue faute de proposer un emploi.

### **III - Robert King Merton : la maladie comme forme d'adaptation individuelle à l'ordre social**

Si la notion de "rôle de malade" de Parsons permet de comprendre comment le traitement de la déviance sous cette forme particulière que représente la maladie peut jouer un rôle fonctionnel, les travaux de Robert Merton (1965), l'autre grand auteur de la sociologie fonctionnaliste américaine, apportent un éclairage complémentaire sur l'adaptation individuelle à la structure sociale. Le modèle que propose Merton pour rendre compte de la déviance permet de dépasser l'interprétation psychologique limitée à l'étude de la personnalité de celui qui commet l'acte déviant. L'idée centrale est de séparer, pour l'analyse, les buts, les intérêts définis par la civilisation, c'est-à-dire "les objectifs légitimes proposés par la société à ses membres", des moyens légitimes, dans une même société, pour atteindre ces buts. Si, comme cela est partiellement le cas dans la société américaine étudiée par

Merton, les fins sont plus valorisées que les moyens, perçus comme des questions de technique plus que de normes, la structure sociale peut inciter certains de ses membres à des comportements déviants, indépendamment de leurs caractéristiques psychologiques. Le modèle à deux dimensions de Merton permet de dégager non pas quatre mais cinq comportements types. Le conformisme correspond à la situation de celui qui respecte à la fois les buts et les moyens prescrits par sa société. L'exemple type, pour la société américaine, serait celui de l'homme d'affaire qui a réussi par son travail et son intelligence tout en respectant les règles légales et déontologiques du commerce. L'innovation consiste à mettre en oeuvre des moyens illicites ou peu valorisés pour atteindre les objectifs assignés par la société. L'homme d'affaire "marron" ou le gangster représentent des cas d'adaptation de ce type. Le ritualisme est la situation où les moyens légitimes sont scrupuleusement respectés alors même que l'individu ne cherche pas à atteindre les objectifs socialement valorisés. Merton donne l'exemple du bureaucrate zélé qui applique à la lettre le règlement de son administration sans chercher spécialement à faire carrière. Le retrait ou l'évasion - suivant les traductions - s'observe lorsque l'individu rejette aussi bien les objectifs que les moyens légitimes. Le malade mental, le vagabond en seraient des illustrations. Enfin, la rébellion, qui est plutôt une stratégie collective qu'individuelle consiste à remettre en cause les objectifs et les moyens légitimes. Les mouvements révolutionnaires représentent bien ce type de stratégie. Pour conclure, Merton note que l'accès aux moyens légitimes de réussite, tout comme l'inculcation du désir de réussite sont inégalement répartis dans la société américaine ; ce qui fait que chaque groupe social oriente préférentiellement ses membres vers tel ou tel type d'adaptation plutôt que tel autre.

Pour illustrer et étayer deux de ces cinq types de comportement, Merton fait appel à plusieurs reprises à des notions -forgées par la théologie, la médecine ou la psychiatrie. A propos du ritualisme, Merton écrit : "Cette forme d'adaptation est surtout répandue dans une société où la position sociale de chacun dépend en grande partie de sa réussite. Car la compétition incessante provoque l'anxiété, qu'on soulage en réduisant ses aspirations. La peur suscite l'inaction, ou plus précisément rend l'action routinière" (p. 184). A l'appui de cette idée, Merton cite, en notes, les travaux de Pierre Janet sur l'inhibition de l'action et la psychasthénie. Il ajoute, "c'est, en somme, le mode d'adaptation de ceux qui cherchent une porte de sortie individuelle pour échapper aux périls et aux frustrations liées à l'ambition" (p. 185). Pour l'auteur, le ritualisme serait plus fréquent parmi les membres des "classes moyennes inférieures" ; celles-ci, en effet, valorisent à la fois la réussite sociale et le respect des normes morales et légales alors même qu'elles ont de faibles chances d'accès aux moyens légitimes d'ascension sociale. Si Merton cite les travaux de Janet pour rendre compte du ritualisme, c'est surtout à propos du retrait que sont mobilisées des entités et des concepts précurseurs de notre notion de mauvaise fatigue<sup>10</sup>. Dans un autre chapitre<sup>11</sup>, Merton estime que des formes de retrait ont été diagnostiquées depuis des siècles sous le nom d'acédie au moyen âge ou de mélancolie à la renaissance. Ces questions ont donc depuis longtemps attiré l'attention des théologiens, des médecins ou des hommes de lettres mais pratiquement pas des sociologues. Merton explique ce désintérêt par la difficulté de quantifier ce type de phénomène qu'il définit comme une sorte de nostalgie, une attirance pour le passé qui se traduit par une apathie dans le présent (Lepenies, 1992).

Comme le remarque Merton, le passage d'un type à l'autre ne doit pas être exclu et peut même relever de processus "psychodynamiques". Le passage du conformisme au ritualisme est lié à l'anxiété de l'échec face à une situation de faibles chances objectives de réussite : l'individu ritualiste transpose son désir de réussite en une attention extrême aux moyens plutôt qu'aux fins. Mais s'il se rend compte que ce comportement ne le mène nulle part, il risque de passer à un comportement de retrait (Lepenies, 1992), ce qui accentue encore l'inhibition de l'action et aggrave sensiblement la perte de sens, le sentiment d'apathie. Ce sentiment de fatigue n'est plus la conséquence normale de l'action -la bonne fatigue- mais précède l'action, la vide de son sens pour l'individu qui ne trouve plus la motivation, l'intérêt, l'énergie ou la volonté pour agir -la mauvaise fatigue. Le modèle de Merton, en mettant l'accent sur la contradiction potentielle comprise dans la valorisation de buts inaccessibles pour

---

<sup>10</sup> Pour une présentation des notions d'acédie, de mélancolie ou de psychasthénie, voir *Le temps de la fatigue* (Loriot 2000), chapitre 2.

<sup>11</sup> "Continuities in the theory of social structure and anomie", non repris dans la traduction française du livre de Merton (*Social Theory and Social Structure*).

certaines par les moyens socialement légitimes, ouvre la voie à une analyse sociologique de la souffrance mentale.

## Interview de Michel Foucault

Il m'a semblé que la folie était un phénomène de civilisation aussi variable, aussi flottant que n'importe quel autre phénomène de culture, et c'est au fond en lisant des livres américains sur la manière dont certaines populations primitives réagissent au phénomène de la folie que je me suis demandé s'il ne serait pas intéressant de voir comment notre propre culture réagit à ce phénomène.

Il y a des civilisations qui l'ont célébrée, d'autres qui l'ont tenue à l'écart; il y en a d'autres qui l'ont soignée, mais ce sur quoi je voulais insister c'est précisément sur le fait que soigner le fou n'est pas la seule réaction possible au phénomène de la folie. Je crois que parmi les fous il y a des gens aussi intéressants que chez les normaux et également autant qui sont inintéressants. Il n'y a pas de culture sans folie et c'est ce problème absolument général des rapports d'une culture avec la folie que j'ai voulu étudier sur un cas précis, c'est-à-dire sur les réactions de la culture classique à ce phénomène qui paraît si opposé au rationalisme du XVII<sup>e</sup> siècle et du XVIII<sup>e</sup> siècle et qui est la folie.

Je crois que le XVII<sup>e</sup> siècle représente précisément un tournant: avant le XVII<sup>e</sup>, en tout cas jusqu'au début du XVII<sup>e</sup>, jusqu'à l'âge baroque à peu près, le fou a une existence entièrement libre. Il était en quelque sorte à la surface de la culture et il y vivait d'une présence extraordinairement visible. Il y avait des fêtes des fous, il y avait tout un théâtre consacré à la folie, le fou lui-même avait une place dans la littérature, il y avait une iconographie de la folie, c'est Jérôme Bosch, c'est Bruegel également; bref, on peut dire que le XVI<sup>e</sup> siècle et le début du XVII<sup>e</sup> siècle ont été surplombés par le thème de la folie comme la fin du XIV<sup>e</sup> et le début du XV<sup>e</sup> l'avaient été par la hantise de la mort. A ce moment-là, la folie était un phénomène tellement institutionnel et reconnu que certains fous, et l'un d'entre eux en particulier qui s'appelait Bluet d'Arbères, ont publié leurs oeuvres, ou plutôt des gens ont publié pour eux des textes tout à fait extraordinaires, absolument illisibles d'ailleurs, et qui servaient de distractions. C'étaient des poèmes, c'étaient des histoires, c'étaient des romans et au fond jusqu'à un certain point, le Don Quichotte de Cervantes peut s'inscrire dans toute cette grande tradition de la littérature de la folie ou de la littérature sur la folie.

Et je crois que toutes les familles ont toujours été de tous temps très ennuyées d'avoir des fous. Chaque village, chaque quartier, les villes, avaient leurs fous qui étaient entretenus, qui étaient soignés, qui étaient jusqu'à un certain point honorés. Mais justement je crois que ce qui a commencé à faire changer le statut du fou, c'est à partir du moment où la famille sous sa forme bourgeoise a pris dans la société une grande importance.

Et c'est au XVII<sup>e</sup> siècle, quand les normes économiques de la vie ont changé, à l'époque du mercantilisme, que le fou, personnage oisif, personnage qui dépensait de l'argent et qui ne rapportait rien, le fou est devenu terriblement encombrant. Et la sensibilité sociale à la folie a changé en fonction, me semble-t-il, de ces phénomènes économiques.

A notre époque, notre culture est une culture dans laquelle tout le phénomène de la folie a été confisqué par la médecine. Pour nous, un fou c'est un malade mental. Or cela n'a pas été vrai de tous temps. Le fou, au XVII<sup>e</sup> et au XVIII<sup>e</sup> siècles, n'était pas un malade mental, c'était avant tout un asocial. On enfermait les fous avec d'ailleurs bien d'autres asociaux dans des sortes d'asiles. C'étaient les hôpitaux généraux en France et là, on les faisait travailler. On les faisait travailler à de grandes entreprises, à des manufactures où on leur faisait fabriquer par exemple de la toile, de la corde, etc. et ils avaient un rôle réel dans la vie économique. Cela a changé, là encore, pour beaucoup de raisons; avant tout, je crois pour des raisons économiques, quand on s'est aperçu que ces grandes institutions où l'on enfermait les fous avec tous les oisifs, tous les pauvres, tous les mendiants, tous les vagabonds, avec les libertins, les homosexuels, avec les prostituées, etc., quand on s'est aperçu que ces vastes institutions ne correspondaient au fond à aucune utilité véritable. On s'est aperçu qu'elles coûtaient de l'argent, qu'elles retiraient de la circulation une main d'œuvre qui était utilisable, alors à partir de ce moment-là on a supprimé toutes ces institutions, ou plutôt on en a chassé tous ceux qui n'étaient pas fous. Et maintenant les fous occupent les asiles, c'est-à-dire qu'ils sont maintenant les seuls à résider dans ces lieux d'internement qui avaient été aménagés pour bien d'autres aux XVII<sup>e</sup> et au XVIII<sup>e</sup>.

Je crois qu'actuellement il y a un phénomène très important qui se passe depuis Nietzsche, depuis Raymond Roussel, depuis Van Gogh, depuis Artaud surtout, la folie est redevenue ou commence à redevenir ce qu'elle était aux XV<sup>e</sup> et au XVI<sup>e</sup> siècles, c'est-à-dire un phénomène de civilisation extraordinairement important. Et, de même que la folie avait été au XVI<sup>e</sup> siècle, début du XVII<sup>e</sup> siècle, chargée de porter en quelque sorte la vérité, de l'exprimer dramatiquement, eh bien il semble que maintenant la folie retrouve un petit peu de cette mission, et qu'après tout, une part de la vérité contemporaine, de la vérité de la culture contemporaine, a été proférée par des gens qui étaient à la limite de la folie ou qui faisaient de la folie l'expérience la plus profonde comme Roussel, Artaud.

### **Séance 3 : De l'étude des facteurs sociaux de l'augmentation des dépenses de santé à l'analyse de la médicalisation de la société.**

#### **I - DEFINITION DE LA MEDICALISATION**

Le terme de médicalisation est généralement employé par les sociologues pour rendre compte de la prise en charge par des médecins d'un nouveau domaine d'intervention. Pourtant, la signification de ce terme peut varier suivant le contexte dans lequel il est utilisé, si bien que le même mot peut parfois recouvrir des tendances presque opposées sous certains aspects. C'est le cas lorsque l'on parle de "médicalisation des problèmes sociaux", d'une part, et de "médicalisation" de tel ou tel secteur de la médecine, d'autre part.

Dans le premier cas, il y a extension du domaine d'application de la médecine à des questions qui se posent dans le monde social, dans l'univers des normes régissant les conduites et les modes de vie, le travail... Cela peut tout d'abord résulter de la recherche de solutions -à des problèmes ou à des contradictions sociales- qui ne remettraient pas fondamentalement en cause l'ordre établi. Pour Jacques Maître (1976, p. 359), "dans la médicalisation des besoins sociaux, on transfère -du moins partiellement- au système médical la réponse à des demandes sociales qui résultent de demandes engendrées par le fonctionnement concret d'autres systèmes ; la logique de ce transfert est de permettre à ces derniers de continuer à fonctionner sans changement radical, en limitant seulement la production ou les effets de ces nuisances". Ce mouvement est rendu possible par la croyance dans l'efficacité croissante de la médecine, mais aussi du fait de la recherche par certains médecins de nouveaux secteurs d'investigation, de nouveaux débouchés. Comme le remarque Michel Arliaud (1987), "que ne demande-t-on parfois aujourd'hui au médecin, dès lors qu'un problème de vie, professionnelle ou personnelle, entrave l'accomplissement à une profonde conformité sociale ? Mais de quelle puissance indue ne l'investit-on pas en le sollicitant ainsi de porter remède jusqu'aux effets les plus évidents des agressions et des sanctions de la vie sociale ? Bien que parfois gênée, voire irritée, par une telle méprise, la profession ne cherche pas toujours à la dissiper. Pour certains -la plupart sans doute- ce serait faillir à leur mission globale d'assistance que de refuser, en l'absence de réponses spécifiquement médicales, ne fut-ce qu'une simple écoute. Mais d'autres, beaucoup plus hardiment, développent l'appareil et l'apparat (institutions, concepts, méthodes) de leur pratique et, partant, fondent parfois l'illusion de la légitimité de l'action médicale dans des domaines où son incertitude est quasi totale".

Dans la deuxième acceptation du terme il faut au contraire entendre la médicalisation dans le sens d'un certain retour aux connaissances les plus légitimes de la médecine. C'est le cas par exemple lorsque Robert Castel traite de "la médicalisation de la médecine mentale" (1981, chapitre 2). Il s'agit là, d'après l'auteur, d'un mouvement visant à rapprocher la médecine mentale des méthodes les plus centrales de la médecine dominante par la montée en force des références au fonctionnement biochimique du cerveau, notamment avec l'étude de l'action des médicaments, et par le retour de "l'objectivisme médical" lié aux théories comportementalistes. Contrairement à la première forme présentée, il n'y a pas ouverture à la médecine d'un nouveau domaine d'investigation et de soins, mais retour d'un secteur auparavant un peu en marge de la pratique médicale légitime à des méthodes et des centres d'intérêt plus "traditionnels". Ces deux formes sont donc à la fois contradictoires et complémentaires puisque la première est à l'origine d'approches un peu alternatives en médecine et la deuxième cherche à réduire cette marginalité pour que le nouveau secteur soit pleinement reconnu par

les autorités de la profession. Une fois précisé ce que peut recouvrir la notion de médicalisation des problèmes sociaux, il reste à expliquer les mécanismes sociaux qui ont conduit à un tel phénomène. La tradition d'analyse critique de la médecine a principalement mis l'accent sur les stratégies "d'expansionnisme médical".

## II - La médicalisation de la société et les théories de l'expansionnisme médical

Dans son célèbre ouvrage, *Némésis médicale* (1975), Ivan Illich entreprend une critique de la médecine moderne qui ne serait qu'un élément d'une remise en cause plus large de la société industrielle. Les premières lignes de l'avant propos sont éclairantes (p. 7): "Dans cet essai, j'envisage l'entreprise médicale comme paradigme pour illustrer l'institution industrielle ; la médicalisation pernicieuse de la santé n'est qu'un aspect d'un phénomène généralisé : la paralysie de la production des valeurs d'usage par l'homme comme conséquence de l'encombrement par des marchandises produites pour lui". Cette critique de la "colonisation médicale de la vie quotidienne" (p. 9) s'inscrit dans trois axes différents. Il s'agit tout d'abord de la "iatrogenèse clinique" (pp. 15 à 44), c'est à dire la conséquence néfaste au niveau physiologique d'un système fondé sur une surconsommation de soins médicaux (notamment la chirurgie et les médicaments) dont les effets secondaires indésirables seraient plus importants que les effets bénéfiques recherchés. Le second point est ce que l'auteur nomme la "iatrogenèse sociale" (pp. 47 à 100). En termes "sociologiques", il s'agit d'une construction professionnelle de la maladie par la création de rôles sociaux de malades de plus en plus élaborés : les occasions d'être considéré comme malade (et donc de suivre divers traitements médicaux) sont ainsi démultipliées. Les différents âges de la vie, par exemple, représentent autant de potentialités pathologiques (les maladies infantiles, de la femme enceinte, de la vieillesse...) et de spécialistes attitrés (le pédiatre, le gynécologue, le gérontologue...). Socialement parlant, la médecine moderne est donc "à l'origine" d'un certain nombre de maladies.

Mais le point central de l'analyse d'Illich est ce qu'il appelle la "iatrogenèse structurelle" (pp. 131 à 210) : dans les sociétés traditionnelles, l'homme était capable d'attribuer un sens (théologique, moral, social...) à ses souffrances, à sa maladie, et cela lui permettait de mieux les supporter, d'atténuer son angoisse. Avec "l'expropriation médicale de la santé" la médecine moderne dépossède le malade de l'interprétation de son mal qui ne peut alors être vécu que de façon purement passive. Impuissant face à la maladie, le malade ne peut plus gérer son mal et celui-ci lui devient alors insupportable : la iatrogenèse sociale est donc, pour l'auteur, l'amplification du mal par sa médicalisation. Mais comment expliquer ce comportement apparemment contre-productif de la médecine? Si Illich en fait la conséquence de l'intériorisation par les médecins de l'idéologie médicale, le principal lien causal de l'analyse est fonctionnel : c'est pour "masquer" les méfaits de la société industrielle que l'accent est mis sur la vision médicale de la maladie. En présentant comme des dysfonctionnements physiologiques et médicaux les problèmes sociaux, la volonté politique des individus de protester contre les conditions sociales pathogènes se trouve réduite. L'auteur écrit : "Pour pouvoir fonctionner, la société industrielle doit donner à ses membres de multiples occasions d'être médicalement reconnus comme souffrant d'une maladie réelle et concrète en tant qu'entité distincte ; une société sur-industrialisée est morbide dans la mesure où les hommes ne parviennent pas à s'y adapter. En fait, les hommes cesseraient de la tolérer si le diagnostic médical n'identifiait pas leur incapacité à s'en accommoder à un ébranlement de leur santé. Le diagnostic est là pour expliquer que s'ils ne la supportent pas, ce n'est pas le fait d'un environnement inhumain, mais parce que leur organisme est défaillant" (pp. 165-166).

Dans les travaux de "psychanalyse sociale" de Roland Jaccard, l'expansionnisme médical est présenté comme une idéologie, socialement déterminée, que les médecins -en tant que représentants des classes supérieures- chercheraient à imposer aux autres couches de la population. Pour l'auteur, cela s'inscrit dans le processus de civilisation des mœurs décrit par le sociologue Norbert Elias : la médicalisation de la société ne serait qu'une des facettes de la montée de la "morale bourgeoise" de l'autocontrôle des pulsions et la condamnation des excès. L'exemple choisi pour illustrer cette thèse est celui de la masturbation. La campagne menée par certains médecins depuis le XVIIIe siècle s'expliquerait ainsi par une morale de l'épargne et du contrôle des instincts sexuels (et non principalement par des raisons religieuses car l'église n'a que tardivement condamné la masturbation). Le médecin, représentant type de la bourgeoisie, imposerait ainsi la vision du monde conforme aux



intérêts de sa classe à l'ensemble de la population et imposerait le processus de civilisation des mœurs. Outre l'interprétation critiquable qu'il fait des travaux de Norbert Elias, le travail de Roland Jaccard présente la même simplification excessive que celui d'Ivan Illich. Cette approche, qui prête aux médecins le désir de promouvoir les valeurs bourgeoises ou la société industrielle, peut apparaître réductrice car elle fait de la médicalisation le résultat de la volonté d'un seul groupe d'acteurs.

### **Le phénomène de la médicalisation du social, Entretien avec Loïc Wacquant,** *Sociologue, professeur à l'Université de Californie-Berkeley*

À tout moment, une société dispose de trois stratégies pour traiter une conduite ou une condition jugée offensante ou dangereuse. La première consiste à la socialiser, c'est-à-dire à agir au niveau des causes sociales et des mécanismes collectifs qui la produisent et la reproduisent, par exemple en construisant des logements pour les sans abri. La seconde technique est la médicalisation : c'est considérer qu'une personne est sans abri parce qu'elle souffre de dépendance vis-à-vis de l'alcool ou de problèmes de santé mentale, et donc chercher un remède médical à un problème qui est par définition perçu comme individuel. La troisième technique est la pénalisation : dans ce cas de figure, on ne se soucie guère de comprendre la situation individuelle et les mécanismes collectifs en jeu; le sans abri est perçu comme un délinquant et se retrouve traité comme tel. Il cesse de l'être dès qu'il est mis en prison. À tout moment, les sociétés peuvent mettre en oeuvre ces trois techniques, selon diverses proportions et pour diverses conditions, pour autant qu'elles aient développé la capacité organisationnelle et idéologique de le faire. Le dosage et le ciblage de ces trois manières de traiter les situations ou les populations dites « à problèmes » est le résultat d'un choix éminemment politique, au sens le plus noble du terme : il engage la conception que nous avons de la vie en collectivité ; il découle et décide du type de société dans laquelle nous vivons et souhaitons vivre. Il importe que ce choix soit fait en conscience et en pleine connaissance des causes et des conséquences, à moyen et long terme, des options qui sont offertes.

### **III - Médicalisation et processus de civilisation**

Pour Elias (1975, p. 181), "le processus de civilisation consiste en une modification de la sensibilité et du comportement humain dans un sens bien déterminé. Or, il est évident que cette modification, cette civilisation, n'a pas été conçue, à un moment donné, par certains individus, et réalisée de manière rationnelle par des mesures arrêtées consciemment à cette effet" ; et un peu plus loin (p. 182) : "Rien dans l'histoire ne semble indiquer que cette modification ait été obtenue par un procédé rationnel, par un effort d'éducation de quelques personnes isolées ou de groupes humains". C'est l'insertion de couches de populations de plus en plus larges dans un réseau d'interdépendance qui explique la diffusion des comportements policés de l'aristocratie de cours et de la bourgeoisie et non la volonté de ces groupes de les imposer (p. 211), car cela serait contraire à leurs intérêts de distinction.

L'idée centrale est que le processus de civilisation qui s'observe dans les sociétés de cour (seigneuriales puis royales) est une conséquence de l'organisation de la société en Etat et de la monopolisation de la violence qui accompagne ce mouvement. Au XIe siècle, le royaume de France est composé de multiples seigneuries qui entretiennent entre elles des rapports de concurrence guerrière. Chaque chevalier est en relation avec des inférieurs, ses serfs, et d'autres chevaliers avec qui

il est potentiellement en guerre. Ce type particulier d'interdépendance détermine une économie psychique spécifique. Celui dont la vie peut à tout moment être menacée par les initiatives guerrières de son voisin doit pouvoir conserver intactes les capacités de réaction et de défense. Un refoulement trop important des pulsions, de l'agressivité, ne serait pas adapté à ce mode de vie guerrier. Mais la concurrence entre seigneurs produit à terme un triple résultat. Tout d'abord, des parties de plus en plus larges du territoire se trouvent pacifiées, rendant de plus en plus inutile la conservation des instincts guerriers ; d'autant que le monopole de la violence légitime est progressivement réalisé par la puissance royale. Ensuite, la pacification de la concurrence explique une division croissante des fonctions sociales. Les comportements d'un nombre accru de personnes doivent se coordonner de façon de plus en plus rigoureuse et précise dans des réseaux d'interdépendances d'une complexité croissante. Un contrôle accru des individus sur leurs propres actes est alors nécessaire. Enfin, les guerriers qui ont perdu leur indépendance se retrouvent progressivement soumis à des seigneurs plus puissants dont ils constituent la cour, puis au roi lui-même quand la cour royale impose son monopole. Dans la vie de cour, le danger ne vient plus d'abord d'autrui mais de soi-même. Le moindre faux pas peut disqualifier son auteur et ternir définitivement sa cote. Le calcul psychologique, le contrôle des pulsions, des passions et des désirs deviennent indispensables à la survie sociale (et donc économique) du courtisan. C'est toute une nouvelle économie psychique qui se met peu à peu en place du fait de ce triple mouvement. Une citation de La Bruyère résume le caractère du courtisan : "*Un homme qui sait que la cour est maître de son geste, de ses yeux et de son visage ; il est profond, impénétrable ; il dissimule les mauvais offices, sourit à ses ennemis, contraint son humeur, déguise ses passions, dément son coeur, agit contre ses sentiments*" (cité dans Elias, 1975, p. 237). Il s'agit ici d'une autocontrainte consciente, non encore totalement intériorisée, qui s'explique par le développement de la tendance psychologique des courtisans à prévoir et à calculer les conséquences de leurs actes et de ceux d'autrui.

Une dimension importante, pour cette recherche, de la nouvelle économie psychique du courtisan qui se développe alors est ce qu'Elias (1985) nomme le "romantisme aristocratique". A partir du XVIIe siècle, alors que les interdépendances liées au processus de curialisation sont largement en place et qu'il est évident pour la plupart des courtisans que tout retour en arrière devient impossible à moins d'accepter la "mort sociale" de celui qui se retire sur ses terres, se développe dans les productions artistiques (littérature, peinture...) de la cour une certaine nostalgie d'un passé idéalisé. La liberté des chevaliers, leur vie simple et saine, en harmonie avec une nature bienfaisante sont alors fortement valorisées, même s'il est clair que les pratiques que défendent les courtisans romantiques n'ont rien à voir avec la vie campagnarde et rustique réelle de l'époque, comme le montre la mode des "fausses bergères". "La cuirasse des autocontraintes, les masques que tous les membres des élites de cour développent dans une plus forte mesure que naguère pour en faire un élément de leur moi, de leur propre personne, agrandissent aussi les distances d'une personne à l'autre. Les courtisans -et non seulement eux- imposent (si l'on compare leur attitude à celle des périodes précédentes) dans leurs relations réciproques plus de retenue à leurs impulsions spontanées [...]. Selon leur situation, ils émettent un jugement favorable ou défavorable sur cette cuirasse en la qualifiant, selon le cas, "d'intelligence" de "raison" ou -sous le mode romantique- "d'entrave affective", de "trouble", de "déformation de la nature humaine". Loin de prendre leurs autocontraintes, leurs cuirasses, leurs masques, leurs manières personnelles de se distancer, pour les symptômes d'un certain niveau de l'évolution sociale, ils les considèrent comme des caractéristiques immuables de la nature humaine" (Elias, 1985, p. 275).

La nostalgie et la mélancolie romantiques possèdent un haut degré d'ambivalence car elles sont à la fois une critique de la vie de cour mais également un mode de distanciation et de distinction avec d'autres couches sociales proches : la bourgeoisie et la noblesse campagnarde. La vie à la cour est tout d'abord jugée artificielle, contrainte et finalement malsaine. Les souvenirs d'une jeunesse et d'une enfance passée à la campagne évoquent chez certains le regret d'une liberté perdue et idéalisée par l'âge. La mode romantique est également une forme de critique voilée contre le pouvoir absolutiste du roi et le regret de l'indépendance passée des grands seigneurs. C'est ainsi, par exemple, que Saint Simon attaque Louis XIV en dénonçant le "mauvais goût" contre nature des aménagements du Parc de Versailles : "*Le roi s'y plaisait à tyranniser la nature et à la domestiquer à grand renfort d'art et d'argent... On se sent repoussé par la contrainte qui est partout imposée à la nature*" (cité dans Elias, 1985, p. 256). Ce n'est évidemment pas seulement la "nature", ni même la "nature humaine" que

défend implicitement ici Saint Simon mais l'aristocratie de plus en plus "domestiquée" par la vie à la cour et la dépendance financière à l'égard du roi. Mais dans le même temps, la sensibilité romantique participe des stratégies de distinction mises en oeuvre par la noblesse de cour à l'encontre de la bourgeoisie et de la noblesse campagnarde. La nature idéalisée n'a en effet rien à voir avec la nature réelle et les nobles ruraux ou les paysans réels sont plus des repoussoirs que des modèles. Ils sont d'ailleurs accusés de ne pas savoir apprécier, du fait de leur sensibilité frustrée, cette nature qu'ils côtoient. L'extrême sensibilité des courtisans qui peuvent être "épuisés" par une simple émotion est également le signe d'une nature supérieure<sup>12</sup> qui distingue radicalement le noble de cour du bourgeois à la sensibilité grossière. Comme le montre Elias (1975, 1985) la curialisation s'accompagne d'une attention et d'une sensibilité accrue aux réactions psychologiques et corporelles, d'une distanciation par rapport à soi-même qui permet une auto-observation de plus en plus fine. Georges Vigarello (1993, pp. 13 et 14) remarque ainsi que "les influences à surveiller ont surtout été décuplées. Les conseils de madame de Sévigné donnés à sa fille, dans un échange de lettres presque quotidien, constituent une richesse de témoignages sans équivalents au XVI<sup>e</sup> siècle. Leurs exemples confirment la double convergence du contrôle et de la fragilité [...]. Tout peut perturber la machine. Innombrables sont les circonstances qui peuvent échauffer le sang jusqu'à créer des "ravages cruels" : le soleil de Provence qui transforme "en four" la chambre de Mme de Grignan, les jeux d'échecs qui "font du mal tout en divertissant", les boissons chaudes, l'insuffisance de nourriture, l'attitude penchée pour écrire qui "offense la poitrine", l'air d'Avignon qui "enflamme la gorge", la toute banale "agitation des jours" aussi".

Finalement, "ce qui fait qu'une attitude humaine et les produits qui la traduisent sont romantiques, c'est l'expression du dilemme devant lequel se trouvent placées les couches supérieures désireuses de briser leurs chaînes sans briser l'ordre social établi, garant de leurs privilèges, sans compromettre les fondements de leur philosophie sociale et de leur raison de vivre [...]. Il s'y manifeste l'ambivalence foncière de la sensibilité d'individus appartenant à une certaine formation sociale. Aux sentiments positifs -on est fier d'appartenir à un rang social plus élevé, de mieux se maîtriser, d'avoir de meilleures manières, de descendre d'une meilleure famille, d'avoir bénéficié d'une meilleure éducation et d'une formation générale- se mêlent des sentiments négatifs qui visent l'ordre social établi et plus spécialement les contraintes extérieures. Ces sentiments négatifs s'adressent, sur le plan affectif, à telles personnes ou tel groupe d'un rang plus élevé, ou bien ils s'expriment, si le sentiment de sa propre impuissance et du caractère inéluctable des contraintes prédomine, par un malaise diffus, un pessimisme romantique. Ils ont pour objet aussi les autocontraintes de la civilisation, elles aussi inéluctables" (Elias, 1985, pp. 251 et 252). La contrainte venue d'autrui mais contre laquelle on ne peut même pas imaginer se rebeller ou l'autocontrainte qui est encore perçue comme telle, c'est-à-dire qui n'est pas encore totalement intériorisée, sont donc à l'origine d'un sentiment de malaise diffus qui peut s'exprimer dans un mouvement artistique tel que le romantisme aristocratique

#### Séance 4 : Sociologie des organisations et fonctionnement des institutions de santé

##### I - Quelques auteurs des organisations

###### CROZIER Michel (Né en 1922 en France)

Michel CROZIER est le fondateur, en France, de l'analyse stratégique des organisations (entreprises, administrations, agences gouvernementales...) qui fait des rapports de pouvoir locaux le principal objet de la sociologie. Les stratégies des acteurs peuvent être motivées par la possibilité

---

<sup>12</sup> Le même raisonnement sera tenu par Beard (1869) et repris par les médecins européens à la fin du XIX<sup>e</sup> à propos de la neurasthénie, maladie qui ne touche que les couches supérieures, de la bourgeoisie cette fois, du fait de la plus grande sensibilité de leurs nerfs. Neurasthénie, fragilité des nerfs et génie artistique ont également été considérés comme intimement liés par les médecins de l'époque.

d'obtenir un profit, une promotion, un avantage matériel ou moral ou plus généralement par le désir d'accroître ou de préserver leur pouvoir.

Le pouvoir est la capacité d'obtenir d'autrui qu'il fasse quelque chose qu'il n'aurait pas fait sans intervention. Dans l'organisation il a deux grandes sources : la maîtrise d'une « zone d'incertitude » pertinente et le contrôle des relations avec l'extérieur. La première grande étude de cas de CROZIER (*Le phénomène bureaucratique*, 1963) permet de bien comprendre ces mécanismes : le monopole industriel est un groupe de quatorze usines publiques dirigées par un bureau central à Paris selon les règles bureaucratiques définies par WEBER. Dans les ateliers de productions, les chefs d'ateliers sont chargés de la surveillance de la production et des autres salariés, les ouvriers d'entretien doivent réparer les machines en panne et les ouvriers de production sont les opérateurs des machines. Pour éviter tout chevauchement de fonction, chaque catégorie a un rôle bien précis et ne peut empiéter sur le travail des autres. Chaque atelier doit respecter des normes de production sous peine de sanctions (retenues sur salaires). Dans un environnement de travail où tout est prévu d'avance, codifié par des règlements (avancement, procédés de production, salaires...) la seule source d'imprévu est constituée par les pannes, assez fréquentes, des machines. Cela donne un grand pouvoir aux ouvriers d'entretiens : de la rapidité de leurs interventions dépend la capacité de l'atelier à respecter les normes de production et ils sont les seuls à avoir le droit de réparer les machines. Ils détiennent ainsi le contrôle d'une « zone d'incertitude » (combien de temps vont-ils mettre pour réparer telle panne ?) importante pour les autres acteurs qui se trouvent ainsi dépendants de leur bonne volonté. Ce moyen de pression implicite permet donc aux ouvriers de production de détenir le pouvoir réel dans l'entreprise par rapport aux chefs d'atelier qui n'ont qu'un pouvoir formel. Une anecdote l'illustre bien : un jour, un chef d'atelier techniquement compétent découvre qu'une panne, pour laquelle l'ouvrier d'entretien prévoyait un long arrêt de production, est liée en fait au mauvais entretien d'une pièce de la machine. Désireux de sanctionner l'ouvrier d'entretien responsable, il se heurte au refus de la hiérarchie technique (qui estime que le rôle d'un chef d'atelier n'est pas s'occuper de l'entretien des machines) et à la passivité du directeur de l'établissement. De peur que l'incident ne débouche sur une grève (les ouvriers d'entretien contrôlent le syndicat, ce qui est une façon de maîtriser les relations avec l'extérieur), le directeur préfère en effet décourager le chef d'atelier dont l'action présente plus de risques (un conflit social serait mauvais pour la carrière du directeur) que d'avantages (on n'attend du directeur qu'il respecte les normes de production et non qu'il prenne des initiatives). Ce sont donc l'ensemble des règles organisationnelles et des stratégies qui en découlent qui expliquent le pouvoir inattendu des chefs d'ateliers. C'est ce que CROZIER et FRIEDBERG appellent le système d'action concret, c'est-à-dire « un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeu relativement stables » (*L'acteur et le système*, 1977).

L'étude du monopole industriel permet à CROZIER de dégager les facteurs qui expliquent la résistance au changement des systèmes bureaucratiques : Tout d'abord, les règles impersonnelles limitent les initiatives individuelles ; les subordonnés sont protégés contre l'autorité hiérarchique, ce qui leur permet de préserver certains avantages (comme les ouvriers d'entretiens qui protestent contre l'intervention d'un chef d'atelier dans leur travail). Ensuite, les décisions sont centralisées et sont parfois prises sans connaissance suffisante du terrain. De plus, les différentes catégories d'agents sont souvent cloisonnées (comme dans les castes, on ne passe pas d'un corps à l'autre) et auront tendance à défendre leurs propres intérêts plutôt que l'intérêt général (on peut prendre comme exemple le conflit récent entre ministère de la santé et ministère de la santé pour savoir qui devait avoir la charge du dossier de la « vache folle »). Enfin, comme aucun règlement ne peut totalement supprimer toutes les « zones d'incertitude », certains groupes (comme les ouvriers d'entretien) disposeront toujours d'un pouvoir parallèle non prévu par les textes. Cette situation est à l'origine d'un « cercle vicieux bureaucratique » : « La caractéristique essentielle du système d'organisation bureaucratique est que les difficultés, les mauvais résultats et les frustrations qui découlent des quatre traits fondamentaux que nous venons d'analyser, tendent finalement à développer de nouvelles pressions qui renforcent le climat d'impersonnalité et de centralisation qui leur a donné naissance » (*Le phénomène bureaucratique*, 1963).

Cette analyse de la bureaucratie est l'occasion pour CROZIER de formuler une critique de l'administration française, accusée d'être un frein au changement et à la modernisation. Le paradoxe est que le programme de modernisation de l'Etat a finalement eu pour effet de renforcer le pouvoir des

structures technocratiques et de stériliser les forces de changement présentes dans la société. L'administration devrait être plus à l'écoute des administrés et laisse plus d'initiative à la société civile (*Etat modeste, Etat moderne*, 1987). CROZIER donne quelques exemples de blocages caractéristiques du « style administratif français » (*La société bloquée*, 1970). C'est le problème, tout d'abord, de « l'échelon tampon » : les décisions sont prises par les responsables supérieurs qui sont dépendants, pour leur information, des cadres intermédiaires qui ont la connaissance du terrain. Or ces derniers, pour se faire bien voir de leur chef, ont tendance à ne pas leur parler des problèmes rencontrés par leur service ; c'est donc sur la base de fausses informations que sont en général prises les décisions importantes, d'où de nombreux dysfonctionnements. Cela est d'autant plus grave que le système de règles très rigides qui organise l'action de l'administration ne permet pas toujours de prendre en compte les besoins réels des usagers ; de petites adaptations seraient parfois nécessaires pour la bonne marche des choses. Mais seuls les agents au sommet de la hiérarchie ont le pouvoir de changer les choses et ils ne sont pas informés des véritables besoins de la société (puisque les programmes leurs sont toujours présentés comme « marchant bien »). Un tel système a enfin pour défaut d'accorder les pouvoirs et les honneurs aux grands corps de l'Etat plutôt qu'aux techniciens qui font marcher les choses sur le terrain.

La collaboration avec FRIEDBERG conduit CROZIER à délaisser certaines explications de type culturaliste (par exemple, l'importance de la bureaucratie dans les administrations françaises, publiques ou privées, viendrait d'une « peur du face à face » et d'un rejet des relations de dépendance personnelle). L'approche stratégique est systématisée à toutes les formes d'organisation, la bureaucratie n'étant qu'une forme parmi d'autres. Un système social n'est jamais figé et les acteurs disposent toujours d'une marge d'autonomie qui permet de jouer contre lui. « Les règles ne sont elles-mêmes que le produit de rapports de force et de marchandages antérieurs. Elles constituent en quelque sorte l'institutionnalisation provisoire et toujours contingente que les acteurs que des acteurs relativement libres avec leurs contraintes et ressources, bref, avec leurs capacités de négociation du moment ont trouvé au difficile problème de leur coopération » (*L'acteur et le système*, 1977).

MAYO Elton (Né en 1880 en Australie, mort en 1949 aux Etats-Unis)

Après des études médicales inachevées, MAYO se tourne vers la psychologie et la philosophie. En 1922, il part chercher du travail aux Etats-Unis. Désireux d'y promouvoir une théorie des relations industrielles inspirée de la psychiatrie (le communisme et les grèves sont présentés non comme des actes rationnels, mais comme des obsessions pathologiques), il se heurte au scepticisme des directeurs d'entreprise et doit se rabattre sur des thèmes d'étude plus classiques comme les tests psychologiques de sélection de la main d'œuvre ou la fatigue. Sa première grande enquête date de 1923 : dans une entreprise textile, MAYO tente de prouver que l'introduction de pauses plus nombreuses pour les ouvrières aura pour effet d'augmenter la productivité et de réduire la fatigue. En 1926, il intègre la *Harvard Business school* et collabore avec HENDERSON qui mène des recherches sur la physiologie de la fatigue, notamment sa mesure à partir de la pression sanguine.

Cette préoccupation le conduit alors à participer à une étude qui va bouleverser sa carrière. En 1924, les dirigeants d'une usine de construction électrique, la *Western Electric*, avaient décidé de mener une recherche dans un de leur établissement (l'entreprise *Hawthorne*) sur le lien entre qualité de l'éclairage et productivité. Pour cela, un atelier expérimental est créé avec un petit groupe d'ouvrières. Les premiers résultats semblent confirmer qu'un meilleur éclairage entraîne une hausse de la productivité, mais à la surprise générale, le retour à un mauvais éclairage ne se traduit pas par une baisse et une nouvelle augmentation est observée. D'autres expériences sont alors menées sur les nombres des pauses ou la durée du travail sans qu'il soit possible d'arriver à des résultats probants. Quatre ans après le début de l'expérience, MAYO se joint à l'équipe qui conduit les recherches dans l'atelier d'assemblage pour effectuer un certain nombre de prises de tensions sanguines, avec pour objectif de démontrer l'efficacité des pauses dans la réduction de la fatigue. Retournant de façon épisodique sur les lieux de l'expérience il participe, avec les autres chercheurs, à la nouvelle interprétation des résultats dans un sens plus psychosociologique : mise en avant de l'importance des relations humaines informelles. Ce ne sont pas les éléments matériels (lumière, pauses...) qui sont les plus importants mais la vie sociale au sein de l'entreprise. La productivité a augmenté au cours de l'expérience parce

qu'un bon climat s'est instauré dans l'atelier. Les ouvrières avaient le sentiment d'appartenir à une sorte de groupe d'élite dans l'entreprise et entretenait de bons rapports entre elles. Elles étaient protégées des pressions et vexations des contremaîtres car leur atelier avait été mis à part dans l'entreprise et était sous la responsabilité des chercheurs. Ces derniers faisaient preuve d'une sollicitude et d'un intérêt pour les ouvrières auxquelles elles n'étaient pas habituées. Tous ces éléments expliquent une forte motivation au travail, un moindre sentiment de fatigue et ainsi une plus forte productivité. Ce résultat vient contredire les principes avancés par TAYLOR.

MAYO résume et popularise ses découvertes en 1933 (*Les problèmes humains de la société industrielle*) et propose une analyse sociologique de la société industrielle : référence à l'école de Chicago et introduction de l'anomie de DURKHEIM dans la sociologie américaine.

#### WEBER Max (Né en Allemagne en 1864, mort en 1920)

Considéré, avec DURKHEIM, comme l'un des principaux fondateurs de la sociologie, WEBER s'est intéressé aux relations entre religion et sociétés, à la naissance du capitalisme, au pouvoir, au droit et à l'Etat, ainsi qu'aux méthodes des sciences sociales.

L'analyse sociologique doit partir du sens que l'individu donne à son action. WEBER en distingue types idéaux (modèles simplifiés de la réalité que construit le sociologue) : l'action rationnelle par rapport à un but consiste à faire une chose dont on sait qu'elle va produire le résultat souhaité (par exemple, je travaille parce que je veux réussir mes examens) ; l'action rationnelle par rapport à une valeur (par exemple le capitaine d'un navire qui se laisse couler avec son bateau au nom du sens de l'honneur) ; l'action traditionnelle justifiée par la coutume ou l'habitude (c'est comme cela que l'on a toujours fait) et l'action affective réalisée sous le coup de l'émotion. En combinant ces différents types d'action, le sociologue doit essayer de reconstruire, par interprétation, les motivations de ceux qu'il étudie ; il doit en quelque sorte chercher à se mettre « à leur place », à penser comme eux pour les comprendre. Cela veut dire qu'il faut se méfier des interprétations trop faciles qui font de l'autre un être irrationnel agissant sans raisons.

Le monde contemporain se caractériserait, pour WEBER, par le rôle croissant des actions rationnelles par rapport à un but au détriment des autres formes. Le développement des sciences, la montée du capitalisme, la formation d'un pouvoir politique puissant et organisé, le recul de l'emprise de la pensée magique et des croyances religieuses expliquent cette rationalisation et ce désenchantement du monde. Le pouvoir politique repose de moins en moins sur le charisme personnel du chef ou sur la tradition mais trouve de plus en plus sa justification dans la croyance dans la légalité des règlements et des prérogatives de ceux qui nous gouvernent.

Dans ce cadre, l'action de l'Etat est essentiellement organisée selon les principes de la bureaucratie : les attributions, la carrière, les salaires des fonctionnaires sont définis par des règles impersonnelles et précises, l'accès aux différentes fonctions dépend de qualifications et de compétences formelles, séparation de la propriété personnelle et de la propriété publique et importance des procédures écrites. La bureaucratie est également nécessaire au fonctionnement des grandes entreprises car elle permet l'organisation rationnelle à grande échelle et rend possible la prévisibilité des actions et le calcul économique (coûts de productions, rentabilité des investissements...). La bureaucratisation accompagne donc le développement du capitalisme qui constitue, selon WEBER, « la puissance la plus décisive de notre vie moderne ». Le capitalisme est défini par WEBER par l'existence d'entreprises qui cherchent à accumuler un maximum de profit grâce à l'organisation rationnelle du travail et dans le but d'en réinvestir la plus grande partie. La rationalisation du monde est inévitable car elle est la condition d'une plus grande efficacité technique et économique mais elle nous fait perdre le sens de la vie et nous conduire à la lassitude et à l'insatisfaction permanente : la vie perd sa dimension magique, nous ne pouvons plus croire en Dieu, alors même que la science ne peut pas tout expliquer (*Le savant et le politique*, 1919).

Pour rendre compte de l'apparition du capitalisme en occident, Weber souligne le rôle joué, notamment en Allemagne, par la réforme protestante. Dans les pays où coexistent plusieurs confessions religieuses, en effet, les protestants occupent généralement une place prépondérante dans les affaires et l'industrie. Plusieurs éléments permettent d'expliquer ce lien entre protestantisme et

capitalisme. Tout d'abord la religion protestante prône un certain ascétisme mais ne condamne pas comme le faisait le catholicisme le profit et l'accumulation de richesse. Elle en fait même, d'une certaine façon un devoir puisque le marchand ou l'artisan qui fait bien son travail contribue à embellir le royaume de Dieu. La vocation de l'homme sur terre est de remplir au mieux la tâche qui lui est assignée. Cette éthique du travail et de l'effort personnel est encore renforcée, chez les tenants de la doctrine calviniste, par la croyance en la prédestination. Pour CALVIN (théologien protestant), en effet, depuis la création du monde, chacun est prédestiné à être sauvé ou damné pour l'éternité. Aucune pratique religieuse magique ou de superstition ne peut racheter le croyant et celui ne peut avoir aucune garantie sur son sort. D'où une angoisse qui conduit beaucoup de fidèles à chercher dans le travail, la réussite terrestre, un signe de l'élection : si je réussis dans mes affaires c'est que j'ai « la grâce » et que je suis un vrai croyant qui participe à la gloire de Dieu.

Cette thèse, qui souligne l'importance des représentations dans l'apparition du capitalisme, vient compléter l'approche trop matérialiste de MARX. Max WEBER ne nie pas le rôle de l'accumulation du capital ni du progrès technique, mais considère que sans « l'esprit du capitalisme », ils risquent de ne pas être suffisants. Ainsi, dans les pays pauvres, de grandes fortunes privées peuvent se constituer sans pour autant donner naissance à des entreprises rationnelles et tournées vers l'investissement productif. Par contre, une fois le capitalisme suffisamment engagé, WEBER reconnaît comme MARX son caractère relativement implacable : si l'engagement des premiers capitalistes protestants peut s'expliquer pour une grande part par leurs valeurs et leurs croyances religieuses, le développement des pratiques économiques rationnelles (calcul, prévision, épargne, investissement...) oblige un nombre croissant d'entreprise à accepter les règles capitalistes sous peine de disparaître sous l'effet de la concurrence. « Le puritain voulait être un être besogneux et nous sommes forcé de l'être » (*L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, 1905).

Les analyses de WEBER diffèrent également partiellement de celles de MARX sur la question des classes sociales : là où le second insistait principalement sur la place occupée dans le système de production, le premier souligne la multiplicité des dimensions à prendre en compte pour comprendre les phénomènes de stratification sociale. WEBER distingue ainsi trois critères de hiérarchie sociale : l'accès aux biens et services qui déterminent les positions de classe du point de vue de la production et de la consommation ; le prestige qui détermine des groupes de statut jouissant d'une plus ou moins grande considération sociale et le pouvoir qui définit les élites et les classes dirigeantes (*Economie et société*, 1919). Ces trois dimensions ne se recoupent pas nécessairement. Par exemple, dans la société contemporaine, un noble ruiné peut garder un certain prestige social ; de même, un haut fonctionnaire peut avoir du pouvoir, mais peu de richesses personnelles. Le mérite de WEBER est donc d'introduire les dimensions symboliques et politiques dans l'analyse des classes sociales. La dimension économique n'est pas niée mais relativisée.

### Henry Mintzberg (Né en 1939 au Canada)<sup>13</sup>

Dans *Structures et dynamique des organisations* (1982), Mintzberg présente cinq configurations possibles pour toute organisation. La notion classique d'organigramme et de division du travail sont éliminées au profit de concepts de coordination, de flux ou courants d'échanges, d'identification des différentes pièces qui constituent les configurations possibles de toutes organisations vivantes.

Toute organisation peut être définie à travers cinq composantes fondamentales :

1. Le centre opérationnel : il inclut les membres de l'organisation qui produisent eux-mêmes les biens et services ou en soutiennent directement la production – les opérationnelles. C'est le cœur de l'organisation, la partie qui permet à l'ensemble de survivre.
2. Le sommet stratégique : Il est composé des cadres dirigeant de l'organisation et de leurs conseillers. Sa fonction est de faire en sorte que l'organisation remplisse sa mission de façon efficace et qu'elle serve les besoins de ceux qui la contrôlent ou ont du pouvoir sur elle.
3. La ligne hiérarchique : Elle regroupe tous les cadres moyens qui siègent dans une ligne directe d'autorité formelle entre les membres du sommet stratégique et ceux du centre opérationnel.

---

<sup>13</sup> Notice réalisée à partir d'une fiche de lecture réalisée par une étudiante.

4. La technostructure : elle est composée des analystes. Situés en dehors de la structure d'autorité formelle, ces analystes sont les moteurs de la standardisation dans l'organisation.

5. Les fonctionnels de support logistique : Il est composé de tous les services qui fournissent un soutien indirect au reste de l'organisation. Ces unités fonctionnelles ont connu une croissance importante entre 1950 et 1960.

La coordination de toutes ces tâches pour accomplir le projet organisationnel de façon intégrée est réalisée grâce à cinq mécanismes :

1. L'ajustement mutuel : Les individus coordonnent leur travail en communiquant de façon informelle les uns avec les autres.

2. La supervision directe : Une personne (en générale un cadre) donne des ordres spécifiques aux autres et de cette manière coordonne leur travail, travail dont il a la responsabilité.

3. La standardisation des procédés : La coordination du travail est assurée par l'imposition généralement par la technostructure, de normes et standards qui en guident la réalisation.

4. La standardisation des résultats : La coordination du travail se fait par la mise en place, également généralement par la technostructure, de mesure d'évaluation de la performance standardisée ou de spécification précises de la production.

5. La standardisation des qualifications : La coordination du travail est alors assurée par l'acquisition pour les employés d'habiletés et de connaissances spécifiques, habituellement avant qu'ils ne commencent le travail.

L'auteur en dégage cinq grandes configurations organisationnelles :

#### **La structure simple**

La structure simple se caractérise par son absence d'élaboration. De façon typique la technostructure y est inexistante ou peu développée, il y a également peu de fonctionnels. La division du travail y est imprécise, la différenciation entre les unités minimales, l'encadrement réduit. Une faible partie de son comportement est formalisée, et elle fait un usage minimal de la planification, de la formation ou des mécanismes de liaison. Cette structure est par-dessus tout organique. La coordination dans ce type de structure est surtout réalisée par supervision directe. Globalement, toutes les décisions importantes ont tendance à être prises par le cadre dirigeant. Le sommet stratégique émerge comme la partie clé de cette structure, constituée rarement beaucoup plus que d'un homme et d'un centre opérationnel. La centralisation présente l'avantage important de garantir que les décisions stratégiques sont prises avec une parfaite connaissance du centre opérationnel. Elle favorise également la flexibilité et l'adaptation de la réponse stratégique. Mais cette centralisation peut aussi introduire la confusion entre les questions stratégiques et les questions opérationnelles.

La plupart des organisations commencent par une structure simple dans les premières années de leur existence. Pour les petites organisations, la tendance est à la conservation de cette structure. Une autre raison de la présence d'une structure simple peut être l'apparition d'un environnement extrêmement hostile forçant à la centralisation (organisation de crise). Un avantage de la structure simple est son sens de la mission. Les employés peuvent plus facilement se lier les uns aux autres et au directeur (leader souvent charismatique). Elles peuvent aussi être perçues comme paternalistes ou autocratiques. Cette structure simple est surtout la plus risquée, car elle repose sur la volonté et la santé d'un seul individu.

#### **La bureaucratie mécaniste**

Ce qui émerge le plus clairement dans la bureaucratie mécaniste se sont les tâches fortement spécialisées, les tâches opérationnelles routinières, les procédures très formalisées, les unités de grande taille au niveau du centre opérationnel, la confiance dans la base fonctionnelle quant au regroupement des tâches au sein de la structure, le faible usage des mécanismes de liaison ainsi que de la formation, le pouvoir décisionnel relativement centralisé avec un certain usage des systèmes de planification, et la structure administrative élaborée qui conserve une distinction très forte entre "line" et "staff".



La bureaucratie mécaniste compte surtout sur la standardisation des processus de travail pour assurer la coordination. Cette standardisation étant réalisée par la technostructure, c'est elle qui émerge comme l'élément clé de la structure.

La bureaucratie mécaniste est la structure que (Woodward 1965) a mise en évidence dans les entreprises de production de masse, (Burn et Stalker 1966) dans l'industrie textile, Lawrence et (Lorsch 1967) dans l'entreprise de conteneurs, (Crozier 1964) dans le monopole du tabac, c'est aussi la structure à laquelle le groupe (Pugh et al. 1969) renvoie quand il parle de "bureaucratie axée sur le débit de travail".

La Bureaucratie mécanique est souvent associée à des environnements simples et stables. Car de la même façon qu'il n'est pas possible de rationaliser et simplifier le travail qu'exigent les environnements complexes, il n'est pas possible de prédire celui des environnements dynamiques et les rendre ainsi répétitifs et standardisés. Il en découle que la bureaucratie mécaniste cherche à s'assurer que son environnement demeure simple et stable. Pour assurer cette stabilité et exercer un contrôle étroit, la bureaucratie mécaniste préfère faire plutôt qu'acheter pour approvisionner ses propres services de soutien partout où c'est possible. On retrouve ce type de configuration dans des organisations mûres. On tend aussi à les identifier avec des systèmes techniques régulateurs, car ceux-ci ont tendance à rendre le travail routinier et par-là même à le standardiser.

### **La bureaucratie professionnelle**

L'élément clé de la bureaucratie professionnelle est le centre opérationnel. Les professionnels y sont maître de leur propre travail en relative indépendance de leur ligne hiérarchique, de leurs collègues en ne restant proche que de leur client. Cette relative indépendance est possible car pour coordonner ses activités, la bureaucratie professionnelle s'appuie sur la standardisation des qualifications et sur le paramètre de conception qui y correspond : la formation et la socialisation.

On retrouve généralement la bureaucratie professionnelle dans les systèmes scolaires (Bidwele, 1956), la police (Perrou 1970), le milieu médical (exemple de chirurgiens cardio-vasculaire – Spencer 1976).

La bureaucratie professionnelle apparaît la plupart du temps dans un environnement à la fois complexe et stable. Car, si la complexité nécessite l'utilisation de compétences et de connaissances que l'on peut seulement apprendre au cours d'un long programme de formation, la stabilité permet à ces qualifications de devenir des procédures standardisées de l'organisation. Le travail du professionnel comporte 2 phases :

1. Déterminer dans quel cas standard se trouve le client (diagnostique).
2. Appliquer le programme standard correspondant à ce cas (exécution).

Comme la bureaucratie mécaniste, la bureaucratie professionnelle est une structure rigide, bien adaptée à sa production standardisée mais pas à l'innovation.

Dans une bureaucratie professionnelle, non seulement les professionnels du centre opérationnel contrôlent leur propre travail mais ils cherchent aussi à avoir le contrôle des décisions administratives qui les affectent.

Parmi les cinq configurations structurelles la bureaucratie professionnelle répond de façon unique aux besoins essentiels des hommes et des femmes de notre époque. Elle est démocratique, disséminant directement le pouvoir aux opérateurs à qui elle donne une autonomie considérable, les libérant même du besoin de coordonner étroitement leur activité à celle de leurs collègues. Il n'existe pas en dehors de la profession pratiquement aucun contrôle sur le travail. La bureaucratie professionnelle est donc relativement impuissante face à des professionnels qui ne sont pas consciencieux ou qui sont incompetents.

Dans la bureaucratie professionnelle, le changement ne vient pas de nouveaux administrateurs qui annoncent des réformes majeures, le changement vient plutôt du processus, lent, d'évolution des professionnels : Changer le recrutement, la formation, la socialisation, la motivation au perfectionnement professionnel.

### **La structure divisionnalisée**

La structure divisionnalisée en unités n'est pas tant une structure complète que la superposition d'une structure sur d'autres. L'ensemble de cette organisation est basé sur le marché. Un siège social

surveille chaque division qui est chargée de servir un marché distinct. Cela nécessite donc un minimum d'interdépendance et de coordination entre les divisions, Thompson (1967) parlera du type "pool". La principale préoccupation du siège social est de trouver un mécanisme pour coordonner les objectifs des divisions avec les siens, sans sacrifier leur autonomie. Il le fait en fixant des standards de production aux divisions, par exemple en important des systèmes de contrôle de la performance pour évaluer les divisions et contrôler leurs résultats.

Si la structure pour l'ensemble de l'entreprise est divisionnalisée, quoique la forme décomposée en division soit supposée fonctionner avec n'importe quel genre de structure, celle-ci sont poussées à fonctionner comme des bureaucraties mécaniste. Ceux-ci car il existe une pression de la part du siège social à l'établissement pour chaque division de normes de performance clairement définies.

La divisionnalisation pure remédie à certaines inefficiences des marchés de capitaux mais elle en introduit d'autres, elle permet de former des directeurs généraux mais leur donne moins d'autonomie que n'en ont ceux d'entreprises indépendantes ; elle diversifie les risques mais aussi les conséquences de ces risques ; elle protège, lors des récessions, des activités vulnérables, dont certaines ne s'avèrent après coup pas dignes d'avoir été protégées ; ces systèmes de contrôle encouragent l'amélioration constante des performances financières, mais découragent l'innovation réelle : Le siège contrôle mieux les performances des divisions que le conseil d'administration, celles de l'entreprise indépendante dont les actions sont largement diffusées, mais sa diversification est en soi source de la dispersion du capital et du manque d'information du conseil d'administration.

### **L'adhocratie**

Afin de pouvoir regrouper divers spécialistes dans des projets fonctionnant sans heurt dans un domaine d'innovation fortement sophistiqué, une cinquième configuration structurelle à dû être inventée. Cette structure organique de comportement relativement peu formalisée constitue l'adhocratie. Ces principales caractéristiques sont : une spécialisation des tâches horizontales extensive basée sur une formation bien établie ; une tendance à regrouper les professionnels dans des unités fonctionnelles pour atteindre les objectifs fixés et une tendance à les disperser en petites équipes selon des critères de marché pour réaliser leur projet. Le mécanisme de coordination clé, à l'intérieur et entre les équipes, est l'ajustement mutuel.

De toutes les configurations c'est l'adhocratie qui respecte le moins les principes classiques du management. D'une part, elle donne une autorité quasi formelle au personnel staff, estompant de ce fait la traditionnelle distinction "line-staff", et d'autre part, elle compte largement sur une structure matricielle, en combinant à la fois les critères fonctionnels et les critères commerciaux pour regrouper le personnel et par le fait même, se dispenser d'unité de commandement.

L'adhocratie, que l'on retrouve dans les environnements qui sont à la fois dynamiques et complexes, est très en vogue aujourd'hui grâce à l'accent mis à la fois sur l'expertise, la structure organique et matricielle, les équipes de travail, la décentralisation, les systèmes techniques sophistiqués et automatisés, la jeunesse et les environnements complexes et dynamiques. En fait, le meilleur soutien à la thèse de Stinchcombe selon laquelle la structure d'une organisation reflète l'âge de l'industrie, vient de la constatation suivante : alors que l'adhocratie semblait encore peu présente dans les industries de pointe avant la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale, on la retrouve en revanche dans la plupart des industries qui sont nées par la suite. C'est ce qu'ont noté Lawrence et Lorsch (1967) dans les compagnies de plastique. Chandler et Sayley (1971) pour la NASA et Galbraith (1973) pour la compagnie Boeing. L'adhocratie semble clairement constituer la structure de l'époque.

**Conséquences pour l'hôpital :** La difficulté à faire évoluer l'hôpital tient pour une part à son mode de fonctionnement que le spécialiste des organisations Henry Mintzberg (1982) a qualifié de « bureaucratie professionnelle » et dans lequel la régulation est assurée à travers la standardisation des qualifications. Ce type d'organisation contrôle la qualité du travail en s'assurant que ses membres répondent à des qualifications bien définies et sanctionnées légalement. Par exemple, l'hôpital ne peut dire à un médecin comment faire une appendicectomie. Il ne peut non plus contrôler la façon qu'une infirmière va donner une injection à chaque fois qu'elle en donne une. L'hôpital va plutôt s'assurer d'embaucher des médecins ou des infirmières qualifiés, qui ont obtenu une formation reconnue en médecine ou en soins infirmiers et dont les compétences sont reconnues par un ordre professionnel ou

un autre système de vérification des qualifications. Le modèle de la « bureaucratie professionnelle » rend bien compte de la dualité très prononcée à l'hôpital entre les administratifs et les médecins. Il est délicat, dès lors que l'on n'appartient pas au corps médical, d'apprécier l'efficacité des activités entreprises du fait de la forte asymétrie informationnelle. Les chefs de service des spécialités les plus prestigieuses ont donc pu, mieux que d'autres, préserver leurs dotations budgétaires.

## II- LA THEORIE ECONOMIQUE DE LA BUREAUCRATIE :

### BUCHANAN James Mc Gill (Né en octobre 1919 dans le Tennessee)

Issu d'un milieu rural populaire, il obtient son doctorat (PhD) à Chicago en 1948. De 1956 à 1968 il enseigne à l'université de Virginie à Charlottesville, il y rencontre Gordon Tullock avec lequel il écrit *Le calcul du consentement* (1962). En 1963, ils fondent la *Public Choice Society*, puis la revue du *Public Choice*. Il enseigne ensuite à l'institut polytechnique de Virginie à Blacksburg. En 1983, toujours avec Tullock, il crée et dirige le Centre pour l'étude des choix publics à l'université de Fair Fax en Virginie spécialisé sur la théorie des prises de décisions dans les domaines économiques et politiques. Théoricien néo-libéral de la bureaucratie, J. Buchanan a eu une influence certaine sur la politique de R. Reagan. WIKSELL chez qui l'Etat n'est pas un "despote bienveillant" est le maître à penser de J. Buchanan. Dans une optique positive ce dernier élabore une théorie de la décision publique sur la base de l'homo-œconomicus et de l'individualisme méthodologique. Dans une optique plus normative les partisans de l'école des choix publics veulent "enchaîner le Léviathan" (*les limites de la liberté, entre anarchie et Léviathan*, 1975) c'est-à-dire endiguer le développement de l'Etat tentaculaire moderne. Buchanan étend la démarche néoclassique traditionnelle de l'étude des marchés à la science politique.

Dans son approche micro de l'action collective, Buchanan affirme d'une part, que les électeurs votent en fonction du rapport coûts/avantages pour eux-mêmes des programmes politiques. L'électeur est un agent rationnel consommateur de biens collectifs, de mesures politiques : "chacun a tendance [...] à tenter de devenir un "cavalier libre" [passager clandestin ou *free rider*] qui jouit des bénéfices d'un bien ou d'un service à consommation jointe sans en supporter les coûts" (1975). D'autre part, il constate que les hommes politiques agissent eux aussi de manière rationnelle et servent, comme les bureaucrates, leur intérêt (prestige, promotion, rémunération, pouvoir, nombre de subordonnés...). Ils ont donc intérêt à développer les budgets qu'ils gèrent et à servir les groupes qui peuvent influencer fortement sur leur élection. Ce marchandage politique (*logrolling*) est inefficace car ce lobbying aboutit à l'adoption de programmes et de mesures qui satisfont un petit groupe actif (une minorité puissante) alors que le coût des dépenses est supporté par le plus grand nombre.

Seules les décisions publiques prises à l'unanimité sont efficaces. Mais cela demande trop de temps, d'informations, de négociations (coûts de transactions trop élevés). La majorité relative (ou simple) n'est cependant pas une bonne règle car il y a toujours plus d'insatisfaits que de satisfaits. Buchanan défend alors le principe de la majorité qualifiée (les deux tiers des voix par exemple). En définitive, Buchanan s'oppose fondamentalement à l'Etat-Providence et souhaite une décentralisation des décisions politiques pour plus d'efficacité. Contrairement à PIGOU il rejette l'idée selon laquelle il faut faire intervenir l'Etat lorsque le marché est défaillant. L'Etat ne sert pas l'intérêt collectif, il "n'a d'autres fins que celles de ses membres individuels" (*Théorie des choix public : applications à la politique de l'analyse économique*, Avec R. D. Tollison, 1972).

### TULLOCK Gordon (Né en 1922 dans l'Illinois)

G. Tullock est un des principaux représentants de l'école des choix publics (A. Arbor, J. Buchanan, Denis Mueller, M. Olson, R. D. Tollison).

Il s'agit d'une analyse des décisions politiques et du fonctionnement des administrations dans le contexte de l'homo-œconomicus. Par exemple, les hommes politiques marchanderaient leurs votes en faveur de lois en échange du soutien de catégories particulières de la population et / ou de groupes

d'intérêts (Cf. M. OLSON). Dans le même registre, les individus qui dirigent les organismes publics sont mus par leurs intérêts personnels comme tous les autres agents économiques considérés comme rationnels. Ils vont alors maximiser leur utilité individuelle (carrière, pouvoir, budget, nombre de subordonnés) et non en priorité l'utilité collective.

Poursuivant leur logique libérale, les partisans du *Public Choice* dénoncent l'interventionnisme étatique (L'idée de R. Reagan de faire entrer l'équilibre budgétaire dans la Constitution vient de J. Buchanan). Les défaillances de l'Etat ne sauraient être meilleures que celles du marché.

## **Les appartenances collectives à l'hôpital** ***Sociologie du Travail* Janvier 2006, Ivan Sainsaulieu**

Entre l'appartenance professionnelle et le rattachement à une organisation se dessinent plusieurs types d'appartenance locale ou de cultures de service<sup>7</sup>. La notion imparfaite de service renvoie souvent à l'unité de soins, nommé par les acteurs service de soins<sup>8</sup>. On identifie ainsi des groupes productifs de base et un lieu de coopération plus intense : le bloc. Ces entités sont les lieux matériels où se construisent des cultures de service et le sentiment d'appartenance à une communauté.

La culture *professionnelle* passe parfois devant toute autre dimension collective. Plusieurs acteurs rencontrés en témoignent. Le sentiment d'appartenance des médecins hospitaliers renvoie ainsi davantage à leur corps de métier qu'aux services de l'hôpital, qu'ils dominent malgré une présence partielle (Chauvenet, 1972)<sup>9</sup>. Les chefs de service et les étudiants en médecine assurent une présence plus continue tandis que l'appartenance collective des internes reste dans un cadre professionnel, médical. Seul le chef de service « bon patron » peut incarner et animer le collectif, bien que tiraillé par des exigences contradictoires : enseignement, recherche, travail clinique, encadrement et administration. L'attachement à la profession peut aussi se réactiver ; se sentant menacés, les techniciens et manipulateurs radio se soucient de la restauration de leur autonomie professionnelle<sup>10</sup>. Toutes les unités ne génèrent pas de sentiment d'appartenance collective, et tout travail ne génère pas le même degré d'appartenance professionnelle que celui des médecins, jouissant d'un monopole acquis de longue date (Dubar et Tripiet, 1998). Mais plus d'une unité de soins procure une appartenance commune aux divers intervenants, comme une compensation à la dominante médicale dans et sur le travail paramédical (Freidson, 1984), même si le pouvoir social des médecins diminue (Fassin, 1992 ; Barbot, 2002 ; Pinell, 2002). Élément clef du service de soins, partagées entre « rôle propre » et « rôle d'intermédiaire » (Acker, 1997 ; Lert, 1996), les infirmières participent à la fois d'une culture professionnelle et de service dans leur rôle « frontière » avec le médecin et les autres personnels (Hugues, 1992).

Le premier niveau d'appartenance transversale constaté est celui du « groupe productif de base »<sup>12</sup>. Parler d'entente de service à ce niveau, c'est évoquer les liens de coopération et d'échanges au sein d'un segment de profession (les infirmières d'une unité de soins, les électriciens du service technique), ou les coopérations entre deux genres d'intervention (infirmières et médecins, infirmières et aides-soignantes, aides-soignantes et agents), entre des segments localisés (agents, aides-soignantes, infirmières), ou avec l'encadrement immédiat (la « susu », diminutif affectueux de la surveillante). Le binôme aide-soignante/infirmière voire le trinôme avec l'agent confèrent ainsi souvent au travail sa dimension collective vécue. Typique de l'hôpital moderne, cette coopération interdépendante (Strauss, 1992) inclut parfois le patient voire sa famille, ainsi que des personnels non soignants (assistantes sociales, psychologues, agents d'accueil...). Le « nous » s'élargit alors d'autant.

D'autres liens générant une appartenance peuvent exister aussi entre le groupe de base et le département : l'unité de soins du bloc, l'équipe de jour des urgences, la cuisine du « secteur chaud », le regroupement d'ouvriers syndiqués, des personnels du même âge ou de « la nuit » (l'équipe de nuit)... L'identification s'effectue dans l'interaction intersubjective dite « à échelle humaine », autrement dit avec des gens que l'on peut voir tous les jours, variant du groupe productif aux divers cercles des proches collaborateurs, le plus souvent donc en deçà du service et au-delà de la répartition des tâches.

## **1.2. La communauté endogène : le bloc**

Dans certains cas, l'homogénéité d'appartenance transcende l'unité de soins. Au bloc, les individus ont pleinement conscience d'être membres d'une communauté :

« C'est communautaire, ah oui, c'est le moins qu'on puisse dire. C'est très agréable, on est chez soi on fait son truc, on sort après. On est responsable de sa salle. On nous fait confiance, on gère tout, y compris la température de la pièce. Tout est fait pour le malade, il dort, on peut faire n'importe quoi, on est complètement responsable de lui. » (Infirmière au bloc, hôpital parisien.)

Plus largement, il s'agit de la communauté des petits mondes fermés :

« On est comme chez les brûlés, la réanimation, la néonatalogie, des structures un peu fermées, tout ce qui n'est pas facile d'accès ; les relations sont meilleures qu'ailleurs car sinon cela ne marchera pas, ils sont toujours ensemble, c'est pas comme dans les grands services ouverts. » (Infirmière au bloc, hôpital parisien.)

Cette conscience se manifeste par l'attachement aux autres membres du service, c'est un lieu de collaboration avec les collègues, de confiance dans le médecin chef et sa capacité d'innovation. L'attachement au travail collectif et aux patients est source d'une confiance réciproque, d'une coopération vitale et d'une défense des intérêts du patron et du service. Dans ce contexte, on tolère les impairs de la hiérarchie, ses petits conflits :

« La cadre du service est nouvelle. On a une cadre paternaliste dans ses propos mais on ne le vit pas mal [...]. Il y a un petit conflit entre deux secteurs chirurgicaux, petits et grands brûlés. Des histoires sans importance, d'hommes et de femmes. Ils n'aiment pas qu'on leur prenne leurs malades. » (Infirmière au bloc, clinique lyonnaise.)

Les personnels sont particulièrement soudés. On se voit en dehors, ce sont « les sorties du bloc », où l'ensemble du personnel du bloc est convié, au restaurant ou au bal. Pratique courante des blocs, parfois régulières, ces sorties peuvent être financées par les personnels mais aussi par les établissements, voire les laboratoires de médicaments, via les visiteurs médicaux. Célèbres à l'hôpital, les sorties du bloc contribuent à la cohésion autour de la hiérarchie, médicale ou paramédicale. La barrière des âges n'est pas entièrement abolie lors de ces sorties, mais elle est un peu inversée car les jeunes donnent le ton, comme lors d'une fête de famille. Le but de divertissement de la sortie est inversement proportionnel à la rigueur des pratiques professionnelles : il est beaucoup question, au moins en parole, de relâchement de tous les sens, à l'instar des fêtes des jeunes carabins dans leur local médical à l'hôpital.

Univers sous pression de la demande, le bloc est un lieu de flexibilité du fait des aléas du planning d'opérations. La complémentarité des identités professionnelles s'effectue dans le cadre de la mobilisation du personnel autour de l'opération. La communauté se nourrit d'un engagement individuel libre, intense et satisfaisant par ses exigences variées, par la réactivité demandée, l'obligation de résultat et par le niveau de performance. L'implication forte n'est donc pas synonyme de sacrifice de soi, mais elle facilite l'organisation collective, comme dans le cas des remplacements. Les effets de la division du travail ou l'absentéisme sont moins marqués, les non-qualifiés sont mieux intégrés du fait de la polyvalence des tâches, de la bonne circulation de l'information en interne (« on est au courant de tout », dit une aide-soignante rouennaise), d'une pratique de concertation égalitaire, générant un investissement maximal, du professionnalisme sans la profession. Avec le temps, cet engagement commun forme une culture commune forte car les personnels font preuve d'une fidélité dans la durée au service ; les anciennes demeurent au bloc et c'était souvent leur première affectation 10 ou 20 ans plus tôt.

La contrepartie de cette satisfaction individuelle est également caractéristique du « holisme » communautaire : loi du silence sur les zizanies internes même si l'individu est la victime, voire le bouc émissaire du conflit. Car l'entente est loin d'être toujours idyllique, les identités mimétiques et le consensus parfait. L'égalitarisme du groupe professionnel lutte moins contre la domination qu'il ne la réaménage en sa faveur<sup>14</sup>. Souvent entretenu par le chirurgien en chef, le mythe du « bloc » est aussi consciemment utilisé par les membres vis-à-vis de l'extérieur, (notamment la direction et les syndicats de l'établissement), dont on refuse a priori toute ingérence. L'ambiance peut être détestable au-dedans, rien ne doit filtrer au-dehors sur les fissures du bloc. La culture du bloc n'est pas homogène. La variété et la densité des savoirs sont une source de tensions entre professionnels ou avec l'organisation. Haut lieu de savoirs, le bloc l'est aussi de confrontations célèbres entre chirurgiens et anesthésistes, infirmières spécialisées et cadres infirmières, sans parler des débats d'écoles au sein de la même

profession. À l'inverse, les incertitudes de l'organisation introduisent des tensions dans le travail professionnel, comme dans le cas du respect des horaires du soir des paramédicaux, ou du manque de chariots pour les brancardiers. La pénurie d'effectifs et de matériel grève le climat de la communauté et génère des dépressions et des départs. Certains tabous se transgressent mal : lieu sacré de lutte contre la mort, le bloc ne doit pas être dénaturé par des cas d'opérations moins graves (liftings), ou de fausses urgences (chirurgie programmée des malades du médecin (Herzlich, 1973). Le comportement changeant des médecins-chirurgiens, attribué au stress de l'opération ou à leur « caractère », témoigne d'une pratique et de rapports personnalisés difficiles à gérer pour la surveillante, comme pour la rotation des personnels ou la gestion du programme des opérations.

« La surveillante doit se battre pour améliorer le système, les chirurgiens sont à 90 % des enfants gâtés qui n'en font qu'à leur tête. » (Infirmière au bloc, clinique du Nord.)

Néanmoins, les tensions sont moins internes qu'auparavant. Si l'autoritarisme et le paternalisme perdurent (humeurs du chirurgien et « chouchous » de la surveillante), ils ont perdu en légitimité et marquent moins les points forts de la communauté que ses limites.

« Le fait de travailler dans les services fermés ça ne permet pas de voir les évolutions de l'ensemble, à part qu'avec les manif on se laisse moins faire et les cadres sont obligés de suivre. Avant ils nous présentaient un emploi du temps et nous l'imposaient, maintenant on discute. »

(Infirmière en réanimation (brûlés), hôpital pédiatrique.)

Enfin, il faut ajouter à ces traits la question de *l'influence du bloc sur l'établissement*, sa capacité à irradier ses humeurs et ses comportements à l'ensemble des personnels, de même que l'idée de performance qui l'accompagne et alimente son prestige. Inversement, le bloc partage des préoccupations avec le reste de l'établissement, ses émois, ses demandes de reconnaissance, voire ses mobilisations.

Le type communautaire endogène comprend un héritage culturel vivant du fait de l'ancienneté du personnel, une frontière physique marquée autour d'interactions intenses et personnelles entre les collègues, de faibles rapports avec les unités ou personnes extérieures, une capacité autonome collective et un investissement fort du personnel. La dimension communautaire se résume par le caractère fusionnel des relations entre les membres, où les frontières : travail/hors travail, public/privé, dedans/dehors, sont vite franchies. La loi communautaire fondamentale pourrait se formuler ainsi : il faut se connaître de façon *personnelle* pour anticiper les réactions et la demande collégiale face au risque thérapeutique découlant de « l'incertitude médicale » (Fox, 1988), ici chirurgicale et paramédicale<sup>16</sup>. Centrée sur l'acte opératoire, cette relation communautaire fondée sur une coopération technique est endogène car elle se suffit à elle-même.

**Carine Vassy, « Travailler à l'hôpital en Europe: Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations », *Revue Française de Sociologie*, Vol. 40, N° 2. (Juin., 1999).**

**Les relations de travail à l'hôpital vues par les sociologues**

L'étude sociologique des rapports humains à l'hôpital a débuté aux États-Unis après la Seconde Guerre mondiale, et en France dans les années 70, accompagnant une phase de développement sans précédent de l'institution hospitalière.

Les premières études américaines montrent que les relations de travail à l'hôpital sont influencées par certains traits structurels de l'organisation dans laquelle elles se déroulent. On peut considérer en effet, à la suite de Max Weber, que l'hôpital moderne présente des traits bureaucratiques. Cette organisation met en oeuvre des procédés rationnels pour remplir les missions qui lui sont attribuées, la première d'entre elles consistant à soigner des malades. Le personnel appartient à une hiérarchie et obéit à un ensemble de règles impersonnelles, qui régissent ses droits et ses devoirs en matière de conditions de travail, rémunération, déroulement de carrière, etc. Il est recruté en fonction de sa compétence, et s'inscrit dans une division du travail spécialisée. Mais comme l'a analysé H. L. Smith (1955), l'hôpital s'écarte aussi de ce schéma en deux points importants. Tout d'abord il y a deux lignes hiérarchiques parallèles, celle des gestionnaires et celle des médecins. Ces derniers peuvent invoquer un état d'urgence et le fait que des vies humaines sont en jeu pour réorganiser temporairement toutes les activités en fonction de ce qui leur semble nécessaire. La concurrence entre les deux lignes hiérarchiques ne facilite pas la coopération au quotidien, en particulier pour les soignants (2) qui sont soumis à l'une et à l'autre. Ensuite, et bien que ce point ait été moins souvent relevé, H. L. Smith montre qu'il y a très peu de mobilité entre groupes professionnels à l'hôpital. Certains postes sont réservés à certains métiers, et l'individu qui veut y accéder doit sortir de l'organisation pour se former, pendant une période assez longue, puis revenir pour faire reconnaître ses

nouvelles compétences et progresser dans la hiérarchie des postes. Ces possibilités sont très peu utilisées, comme le montre le faible nombre d'infirmières qui deviennent médecins. Le caractère figé de la division sociale du travail hospitalier est lui aussi un frein à la coopération. Un deuxième ensemble de travaux, que l'on peut rassembler sous le nom d'approche technologique, montre que les relations de travail varient avec le type de connaissances médicales appliquées pour soigner les patients. Ch. Perrow (1972), dans une analyse historique et sociologique des hôpitaux pour malades mentaux, montre que les savoirs mis en oeuvre dans l'hôpital, qu'il appelle la technologie, déterminent dans une certaine mesure l'organisation du travail, les relations entre les groupes professionnels et les relations entre soignants et soignés. Il s'appuie sur une recherche de R. L. Coser (1958), qui fait une étude comparée des relations de travail dans deux services de médecine et de chirurgie d'un hôpital américain. D'après R. L. Coser, il est dans la nature de l'activité chirurgicale de nécessiter des décisions rapides, ce qui entraîne la concentration des pouvoirs dans les mains d'un chirurgien (le résident-chef) ainsi que la faible capacité d'action des internes et le rôle important des infirmières expérimentées, qui décèlent les complications post-opératoires. On ne retrouve pas la même situation dans le service de médecine, où les internes assurent l'ensemble du travail médical, posent le premier diagnostic et font des propositions de traitement. Le pouvoir est plus également réparti entre les médecins, et les infirmières n'ont qu'une activité routinière. Ces résultats laissent à penser que la technologie conditionne la place respective des médecins et des infirmières dans les services hospitaliers. L'approche technologique présente l'intérêt de mettre en évidence les contraintes techniques qui pèsent sur l'organisation du travail et les rapports humains, et de les situer dans une perspective historique. Il est indéniable que l'organisation des services de soins change en fonction de l'époque à laquelle on étudie l'hôpital et de la discipline médicale observée. Mais comme l'ont montré ultérieurement O. Kuty (1973) et M. Binst (1988), les rapports de pouvoir varient d'un site à l'autre, même quand on compare des services relevant d'une même discipline. L'approche technologique manque d'une analyse de la marge de manœuvre qu'ont les individus face aux contraintes techniques.

Une troisième approche, influencée par l'École des relations humaines, souligne au contraire l'importance de la vie informelle de l'hôpital et le caractère inventif du travail en équipe, qui permet aux membres du personnel de résoudre de nombreux problèmes que la hiérarchie n'a pas anticipés. Dans *The give and take in hospitals*, le psychiatre T. Burling, la sociologue E. Lentz et le psychologue R. Wilson font une analyse des groupes professionnels à l'hôpital, de l'équipe de direction à celle du ménage, en montrant la conception du métier et les principaux problèmes rencontrés au cours du travail (Burling, Lentz, Wilson, 1956). Mais l'étude des relations entre ces groupes n'est qu'esquissée, et de plus

la volonté de généraliser les résultats d'enquête obtenus dans les six hôpitaux généraux américains conduit à effacer les variations rencontrées et à négliger les effets du cadre institutionnel sur l'action. L'accent est plutôt mis sur les changements qui se sont produits dans tous les établissements après la Seconde Guerre mondiale : progrès technique, spécialisation, allongement des chaînes hiérarchiques, bureaucratisation par augmentation du contrôle administratif, etc.

Un dernier ensemble d'études - celles des sociologues interactionnistes - a contribué de manière décisive à la connaissance des relations de travail à l'hôpital. Contrairement à ce qu'une lecture trop formaliste de la profession médicale pourrait laisser croire (3), ils ont montré que la relation médecin-soignant à l'hôpital est une relation de délégation, où l'organisation du travail est négociée et non pas imposée. E. C. Hughes (1996a) est le premier à avoir insisté sur la nécessité d'étudier les professions en parallèle avec les institutions dans lesquelles elles évoluent, ce qu'il appelle leur matrice sociale. L'auteur compare l'hôpital à un théâtre, où les acteurs adoptent certains rôles, remplissant plus ou moins bien les attentes de leurs partenaires (Hughes, 1996b). L'infirmière a le rôle de bras droit du médecin. Celui-ci a plus de responsabilité qu'il ne peut en assumer et il couvre certaines des initiatives prises par sa collègue, en particulier en son absence. Il lui délègue aussi les tâches les moins valorisantes ou les plus pénibles moralement, c'est-à-dire le « sale boulot ». Comme l'infirmière accomplit des activités exigeant des degrés de qualification très différents et ne bénéficiant pas toutes du même prestige, elle tente à son tour de déléguer le travail le plus dégradant et le plus pénible, parmi le large faisceau de tâches qu'elle exécute, aux personnes qui lui sont subordonnées dans la hiérarchie, comme les aides-soignantes et le personnel de ménage (Hughes, 1996). La délégation du « sale boulot » fait partie du processus de professionnalisation, défini comme mobilité sociale collective (Hughes, 1996a). A. Strauss (1964, 1992) a introduit le concept de négociation dans des analyses devenues célèbres sur l'ordre négocié à l'hôpital. En étudiant les services psychiatriques, il montre que les membres du service de soins n'ont en commun qu'un seul objectif assez vague, améliorer l'état du patient. Leurs opinions diffèrent sur la manière dont il faut s'y prendre, en fonction de leurs convictions personnelles, de leur métier, de leur formation, de leur place dans la hiérarchie, etc. Ils fondent leur coopération sur un ensemble d'accords plus ou moins explicites, conclus entre eux au quotidien et modifiables à tout moment. La vie de l'hôpital est modelée par cet ensemble de règles mises en place, maintenues, étendues, dénoncées ou oubliées par les participants. Dans ces arrangements, aucun acteur, pas même le médecin, n'a le pouvoir d'imposer sa volonté aux autres. Tous négocient des compromis, même si certains ont des capacités de négociation plus importantes. Les soignants négocient avec les médecins des objets aussi variés que le diagnostic, le traitement, les dates de sortie ou de transfert des patients, voire le type de patients admis dans le service.

Ces travaux stimulants, ainsi que le témoignage d'un médecin psychiatre américain (Stein, 1967), ouvrent la voie à plusieurs sociologues interactionnistes qui analysent les relations professionnelles à l'hôpital dans les années 70 et 80. Pour ne citer que les publications les plus importantes, on peut mentionner J. A. Roth (1983) qui a montré que la division du travail était également négociée dans les services des urgences américains, et D. Hughes qui a analysé le rôle crucial dans les prises de décision des catégories de personnel subordonné, qu'elles soient membres du service, comme les infirmières (Hughes, 1988) et les secrétaires (Hughes, 1989) ou non, comme les ambulanciers (Hughes, 1980).

Enfin B. Devine (1978) a souligné le rôle d'intermédiaire joué par les étudiants et les médecins juniors dans les relations entre médecins seniors et soignants. Ces différentes recherches ont permis d'améliorer sensiblement la connaissance des rapports humains à l'hôpital, mais elles n'ont pas abordé la question de l'influence du contexte national sur les relations de travail. L'environnement dans lequel se déploie le travail en équipe ne se réduit pas aux structures formelles de l'hôpital, à la technologie ou au contexte immédiat d'action. Comme le remarque E. Freidson (1998), une grande partie des événements qui ont lieu dans un hôpital ne sont pas négociables car ils sont fixés dans des cadres extérieurs à lui, par exemple dans les négociations entre les organismes de représentation des différentes professions hospitalières et les représentants de l'Etat. Ce contexte institutionnel, qui varie selon les époques et les lieux, n'a-t-il aucune répercussion sur les modes de coopération ? A. Strauss a mentionné l'influence réciproque des négociations et des structures plus formalisées. Mais il ne place pas ce point au centre de son analyse. Dans l'un de ses derniers ouvrages, il affirme que l'insertion des équipes de travail dans l'organisation hospitalière a un fort impact sur leur activité, sans développer cette piste de recherche (Strauss *et al.*, 1985)

## Séance 5 : Professions, stratégies professionnelles et systèmes de santé

### I- Les médecins, une « profession »

#### *Le monopole légitime de l'expertise technique*

Si la plupart des politiques publiques doivent pour une part prendre en compte les avis de ceux qui sont considérés comme experts des problèmes en jeu, les politiques sanitaires se singularisent par le rôle perçu comme incontournable des médecins dans la décision et l'évaluation. Ainsi, la plupart des ministres (ou des secrétaires d'Etat) de la Santé ont été des médecins, alors que le ministère de la Défense n'a jamais été réservé exclusivement à un militaire. Cette position permet aux médecins de s'auto-proclamer porte-parole des intérêts des malades et gardiens de la santé. Quand leurs intérêts sont menacés par un plan de contrôle des dépenses, ils peuvent chercher ainsi à mobiliser l'opinion au nom de l'intérêt du patient comme en 1979 (« votre santé est en danger ») ou en 1996 (« en attaquant la médecine libérale, le gouvernement joue avec la santé des français »).

La source de ce pouvoir médical est tout d'abord liée à l'importance symbolique du domaine dont les médecins ont la charge : impliqués dans la gestion de la vie, de la mort et de la maladie, les médecins remplissent une fonction qui a longtemps été assimilée à la magie (guérisseurs et sorciers des sociétés traditionnelles). Toutefois, à partir du XIX<sup>e</sup> siècle, la médecine parvient à imposer son approche technique et scientifique contre les pratiques magiques ou religieuses. Ce mouvement s'appuie sur des découvertes médicales qui pour la première fois donnent une plus grande efficacité à la première par rapport aux secondes ; mais il s'agit également d'un processus politique (Freidson, 1984). Dans la plupart des pays développés, les médecins se sont organisés collectivement pour lutter contre la concurrence des non médecins et obtenir des pouvoirs publics le monopole de l'exercice médical. Ayant le monopole légitime de la gestion et de la définition des problèmes de santé, les médecins orientent donc la façon dont un problème est perçu (ou non) par les pouvoirs publics. Ainsi, la lenteur de la réaction face à l'épidémie de sida entre 1981 et 1985 s'explique pour une part par le fait que la médecine française n'était pas globalement préparée à prendre en charge ce nouveau défi sanitaire réclamant plus une démarche de santé publique (épidémiologie, prévention, éducation, collaboration avec différents intérêts sociaux) qu'une démarche clinique et curative (Setbon, 1993).

A ce pouvoir « cognitif » des médecins s'ajoute une « capacité de nuisance politique », réelle ou supposée, en cas d'opposition avec le gouvernement. Représentant tout d'abord un nombre d'électeurs



non négligeable, les médecins -au moins individuellement- jouissent d'un fort prestige dans l'opinion publique qui peut laisser supposer une certaine influence sur leurs patients. Par ailleurs, les médecins sont également sur-représentés parmi les élus et le personnel politique, ce qui leur donne l'occasion de défendre leur point de vue, même si parfois les partis politiques leur demandent de faire passer leur engagement partisan avant leur intérêt de médecin, comme ce fut le cas pour les médecins députés de la majorité en 1996, chargés d'expliquer à leurs confrères le « plan Juppé ».

Cette particularité est traduite, dans la sociologie américaine (Freidson, 1984 ; Abbott, 1988), par la notion de « profession ». Les membres d'une « profession » (contrairement aux autres travailleurs) sont reconnus légalement et socialement comme les seules personnes compétentes et légitimes pour s'occuper d'un domaine particulier de la réalité. Pour les sociologues fonctionnalistes, ce privilège s'explique par la spécialisation technique des professionnels, la fonction sociale importante qu'ils remplissent et la déontologie qu'ils s'imposent et intériorisent. Ainsi, pour Talcott Parsons, grâce à son savoir scientifique et technique, le médecin peut assurer une fonction de régulation de cette déviance potentielle que représente la maladie : une personne reconnue comme malade se voit en effet déchargée de tout ou partie des ses obligations habituelles (travailler, prendre soin de sa famille). La société pourrait alors être en danger si les individus abusaient de ce rôle de malade. Celui-ci doit donc être strictement encadré. De par sa neutralité affective et son désintéressement matériel, le médecin qui n'agit qu'en référence au savoir médical dont il dispose est à même de prévenir les abus. Si collectivement les médecins manquaient à leur rôle (donnant des arrêts-maladie de complaisance dans un but mercantile ou compatissant trop avec la souffrance du malade), la fonction de régulation de cette déviance qu'est la maladie devrait être assurée autrement et la médecine perdrait son statut et ses privilèges de profession. Cela pourrait prendre, par exemple, la forme d'un contrôle administratif ou juridique accru de l'activité médicale.

Contre cette vision homogénéisante et naturalisante de la profession médicale, les sociologues interactionnistes (Everet Hugues et Eliot Freidson notamment) ont mis l'accent sur la dimension politique, le coup de force symbolique, que représente la reconnaissance d'une catégorie de métier comme profession. Plutôt qu'à une évidence liée aux caractéristiques intrinsèques du métier, on aurait affaire à un processus de construction sociale de la légitimité professionnelle. Du coup, il n'existerait pas une seule et unique bonne « façon » de concevoir l'exercice d'une profession, mais plusieurs alternatives possibles, même si certaines parviennent parfois à s'imposer comme supérieures à un moment donné.

### *Divisions internes et rapports de force*

En effet, malgré l'existence d'organisations syndicales ou corporatives cherchant à parler au nom de la profession toute entière, les divergences de situation et d'intérêt traversent la médecine. La sociologie fonctionnaliste des professions (Parsons, Merton), principalement quand il s'agit de la médecine, tend à considérer le groupe professionnel comme un acteur homogène partageant un ensemble minimal de pratiques, de valeurs et d'intérêts communs ; cette homogénéité étant liée au contrôle par la profession du système de formation. C'est en réaction à cette vision unifiée des professions que les auteurs interactionnistes ont mis l'accent sur l'importance des différenciations internes. Ainsi, pour rendre compte de la diversité de la profession médicale, Anselm Strauss (1992) utilise la notion de segment qui désigne l'émergence des divers groupements de fait ne se confondant pas avec les spécialités médicales. Pour cet auteur, un segment peut être distingué grâce à plusieurs critères : le type de relation avec la clientèle, la méthodologie et les techniques utilisées, les intérêts particuliers, les relations de confraternité et l'image publique que chaque segment cherche à donner de la profession. Chaque segment développe donc une identité professionnelle - c'est-à-dire une manière particulière d'interpréter le rôle et l'activité du professionnel - qui lui est propre. Pour Hugues (1958), l'identité professionnelle s'élabore à travers quatre éléments : la nature de la tâche, la conception du rôle, l'anticipation des carrières et l'image de soi. A cela, il faut ajouter les relations de pouvoirs, aussi bien au niveau de l'entreprise (Sainsaulieu, 1977) que de la profession.

Un médecin du travail, un chef de service hospitalier ou un spécialiste de ville n'auront donc pas forcément les mêmes représentations de ce que doit être la politique sanitaire ou de la façon dont doit

être organisé et financé le système de santé. Au sein d'un même groupe, comme celui des médecins généralistes ayant une pratique libérale, les divergences d'opinion peuvent être très grandes. Certains se déclarent ainsi favorables à la création de centres de santé, où des médecins fonctionnaires assureraient des consultations gratuites mais aussi des missions de santé publique, tandis que d'autres s'opposent à tout ce qui pourrait réduire l'autonomie du médecin libéral, comme l'informatisation des cabinets médicaux, perçue comme un moyen pour les caisses de mieux suivre l'activité des médecins. Pendant longtemps, le syndicalisme médical (CSMF, puis FMF) a masqué ces divergences en imposant la défense du libéralisme comme principale revendication de l'ensemble de la profession. Mais plusieurs évolutions ont contribué à rompre cet unanimité de façade. Tout d'abord la création avec la loi Debré de 1958 du plein temps hospitalier fait émerger d'autres motivations de carrière : la recherche, pour laquelle un soutien financier important est nécessaire, prend le pas sur les soucis de revenu et de clientèle. Cet hospitalo-centrisme qui se met en place fait que les pathologies organiques se trouvent de plus en plus valorisées par rapport aux problèmes médico-sociaux, moins porteurs de découvertes décisives.

Par ailleurs, au sein de la médecine de ville, le déclin relatif (en terme de revenu, de prestige, d'effectifs) des généralistes par rapport aux spécialistes a incité certains omnipraticiens à réclamer des changements systémiques importants : passage obligé ou privilégié par le médecin de famille, changement des modes de rémunération, etc. Les syndicats médicaux n'offrent plus un front uni contre les projets gouvernementaux à l'instar des conventions séparées signées à la suite du plan Juppé (certains syndicats d'hospitaliers et de généralistes ayant accepté une partie du plan refusé par les autres syndicats).

Cela ne signifie pas cependant un bouleversement des hiérarchies de prestige et de pouvoir qui structurent la profession médicale. Par rapport à la médecine libérale, la médecine salariée (en dehors de la prestigieuse carrière hospitalo-universitaire) pâtit toujours d'une moins bonne image de marque ; ce qu'illustre, par exemple, le fait que les étudiants qui choisissent cette voie le font beaucoup plus souvent par contrainte que par choix. Même à l'hôpital, l'attrait de la pratique libérale reste fort comme le montrent les différentes grèves des internes qui ont plus souvent eu pour objet la défense du futur statut de spécialiste de ville que l'amélioration de leur situation actuelle à l'hôpital.

La réforme de la Sécurité sociale proposée fin 1995 par Alain Juppé comprend, en matière de régulation des dépenses de santé, deux types de mesures. Un premier type, conforme à tout ce qui a déjà été entrepris auparavant, rassemble les mesures qui ne visent qu'à augmenter les prélèvements ou à réduire la part des dépenses qui est remboursée par l'assurance maladie. Ces mesures sont peu novatrices et renforcent les inégalités en matière d'accès aux soins. Un autre ensemble de mesures, par contre, dessine les contours de changements plus importants. La mise en place du carnet de santé, l'expérimentation des « contrats de santé », la fixation d'objectifs de croissance pour les dépenses de santé, etc. participent de ce mouvement. Il s'agit, pour la première fois, d'opérer des changements de fond dans le système d'assurance maladie pour orienter le système de santé vers une plus grande prise en compte des actions de prévention et un dépassement progressif du seul paiement à l'acte<sup>14</sup>.

Dans ce deuxième groupe de mesures, il faut remarquer la proposition, d'abord avancée par le CNPF<sup>15</sup> et reprise par Alain Juppé, de reconverter un certain nombre de médecins libéraux vers une pratique salariée (médecine du travail, médecine scolaire, etc.). Elle mérite de s'y arrêter car elle représente, de façon exemplaire, une remise en cause du modèle libéral de la pratique médicale. Certes, cette mesure est principalement inspirée par des préoccupations de nature économique et financière. Tout d'abord, suivant le principe que l'offre crée sa propre demande, la baisse du nombre de médecins libéraux doit se traduire par une baisse des dépenses. Ensuite, le paiement à l'acte serait plus coûteux, notamment en termes de prescriptions, que d'autres formes de paiement (de Kervasdoué,

---

<sup>14</sup> Si, par commodité, il est d'usage de qualifier ces mesures de « Plan Juppé », il faut tout de même remarquer que la plupart des réflexions ayant conduit à l'adoption de ces réformes ont été menées sous des gouvernements antérieurs.

<sup>15</sup> Dans un article publié dans *Le Monde* du 14/11/1995, Georges Jolies, vice-président du CNPF et vice président de la CNAM écrit ainsi : « Dans le domaine de la médecine ambulatoire, il faut proposer des mesures incitatives pour encourager l'orientation des médecins vers une pratique moins prescriptive (notamment la médecine préventive, carcérale ou scolaire) ». L'évolution de la position du CNPF, Puis du MEDEF, de plus en plus attaché à une politique de maîtrise des dépenses de santé et de moins en moins enclin à défendre le seul libéralisme médical, est importante pour comprendre la possibilité politique du « plan Juppé ».

2000) : incitation à la multiplication de séances dont la brièveté serait compensée par un excès de prescription d'examens et de médicaments pour « se couvrir » ; moindre temps consacré à la formation permanente d'où résulterait une plus grande dépendance à l'égard de l'information apportée par les laboratoires pharmaceutiques ; etc.

Si le salariat n'est pas l'apanage exclusif de la médecine sociale puisqu'on le rencontre aussi à l'hôpital, il prend un sens bien particulier, plutôt négatif, dans le cas de la médecine sociale dans la mesure où il ne peut pas être compensé, comme c'est le cas pour certains médecins hospitaliers, par la proximité avec la recherche de pointe. Certains secteurs hospitaliers, comme les services de prise en charge des alcooliques ou des toxicomanes, marginalisés au sein de la médecine hospitalière, sont ainsi très proches de la médecine sociale. Celle-ci ne se définit donc pas uniquement par des critères objectifs mais aussi par son image sociale.

En s'appuyant sur les travaux de Bruno Jobert (1981), il est possible de se demander dans quelle mesure un changement de référentiel en matière de santé (passage d'une vision dominante biologique et technique à une approche plus psychosociale, laissant une part plus large à la prévention) peut être une solution pour la recherche d'un système de santé à la fois moins coûteux et tout aussi efficace. Il ne s'agit pas de discuter de la supériorité ou de l'infériorité de la médecine sociale en termes d'efficacité thérapeutique et d'économie de santé mais de montrer, à partir d'exemples différents (médecins militaires, médecins du travail, généralistes favorables aux réformes en cours), quelles conditions sont nécessaires pour qu'une pratique différente du modèle dominant puisse se définir de façon positive (un modèle alternatif) et non pas de façon purement négative (ceux qui ont échoué à intégrer les fonctions prestigieuses et s'occupent des problèmes que ne veut pas prendre en charge le modèle dominant).

S'il n'est pas question ici d'affirmer que tel type de pratique serait préférable à tel autre, il est néanmoins possible de faire remarquer que la pratique salariée prédispose à l'acceptation d'une vision de la pratique médicale compatible avec certains projets actuels de réforme du système de santé. Mais la pratique salariée reste encore un mode d'exercice marginalisé et peu valorisé. Les médecins libéraux français ont toujours, dans leur combat contre les tentatives de contrôle de leur activité, stigmatisé ce type de pratique. Elle risque donc d'être vécue comme un échec personnel plutôt que comme une expérience positive. Dans ce cas, l'investissement personnel sera moindre et le médecin salarié peut venir confirmer après-coup le jugement négatif porté sur lui par les défenseurs de la médecine libérale. La « médecine sociale », pour être une véritable alternative à la médecine libérale et à la médecine hospitalière, et non une sous-médecine, doit être définie comme un véritable projet et non comme le simple résultat de l'exercice salarié, ce dernier étant plus souvent l'effet de contraintes professionnelles, familiales, économiques ou sociales qu'un choix inspiré par des convictions bien établies.

Le détour historique permet de montrer comment le projet de médecine sociale s'est développé et a évolué dans le cadre des transformations de la profession médicale mais toujours dans un lien fort avec la pratique salariée. Cependant, tous les médecins salariés ne se font pas, tant s'en faut, les actifs et ardents défenseurs d'une manière différente de pratiquer la médecine, un certain nombre allant même jusqu'à accepter avec résignation l'image de « sous-médecin » que l'opinion publique ou leurs confrères libéraux leur attribuent parfois. La pratique salariée peut conduire, dans certains cas, à l'intériorisation d'une façon différente de concevoir la santé et le rôle technique et social du médecin, c'est-à-dire à quelles conditions peut se construire une identité professionnelle positive proche de l'idée de médecine sociale.

#### *La genèse de la médecine sociale et la pratique salariée : de la pratique honorifique à la marginalité professionnelle*

L'image unitaire de la profession médicale proclamée par certains n'est parfois qu'un discours visant à assurer les intérêts d'un segment particulier. Le modèle dominant d'une médecine spécialisée, libérale ou hospitalière, ne représente les pratiques et les orientations que d'une partie des médecins. Les médecins du travail, ou de centres de santé, les adeptes des médecines douces ou naturelles, etc., s'écartent, d'une manière ou d'une autre, partiellement ou totalement, du modèle dominant. Les notions

de médecine dominante et de médecine sociale ne sont pas des réalités observables telles-queelles mais des types-idéaux construits par le chercheur, c'est à dire « une accentuation d'un ou plusieurs points de vue et un enchaînement d'une multitude de phénomènes isolés, diffus et discrets [...], qu'on ordonne selon les précédents points de vue choisis unilatéralement pour former un tableau de pensée homogène » (Weber, 1965).

Le type-idéal de la médecine dominante emprunte aux caractéristiques de la médecine hospitalière (sélection des patients selon le critère de l'intérêt scientifique de la pathologie, préférence pour l'intervention technique lourde, localisée dans le temps et dans le corps, ce qui implique une vision de la médecine comme une réparatrice hautement qualifiée de dysfonctionnements essentiellement biologiques, etc.) et de la « médecine libérale spécialisée » (rapports individualisés et payants avec la clientèle, insistance sur l'importance de la relation malade-médecin, idée de la médecine comme conscience individuelle devant avoir toute liberté d'agir pour le bien du malade : libre-choix, secret médical, etc. - même dans les cas où celui-ci serait en contradiction avec le bien collectif -). Le grand spécialiste parisien, qui exerce aussi en clinique et à l'hôpital, forme la figure dominante de ce type. Ce modèle s'est imposé historiquement, entre la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et les années 1960, comme la seule forme possible de pratique médicale d'excellence et peut être jugé comme dominant en terme de prestige, de pouvoir et de ressources économiques. Il nous est donc relativement familier. Par contre, le type-idéal de la médecine sociale, demande des précisions supplémentaires.

Le concept de « médecine sociale » est difficile à déterminer car son contenu et sa forme ont varié au cours du temps ; il rassemble, en outre, un grand nombre de pratiques et de modes d'organisations hétérogènes dont la cohérence ne peut être établie qu'à un certain degré d'abstraction. Une approche à la fois historique et sociologique est donc nécessaire à la construction d'un type-idéal de la médecine sociale. L'idée de médecine sociale se structure alors autour deux grands axes : un débat sur la constitution d'un corps de médecins fonctionnaires et la mise en évidence des liens entre santé et environnement social.

Dès la Révolution française apparaissent de nombreux projets pour faire des médecins, notamment dans les campagnes, des fonctionnaires à l'égal -ou parfois à la place- des curés (Foucault, 1963). En 1848, le saint simonien Philippe Buchez propose la création d'un service national de santé composé de 16 000 médecins fonctionnaires pour satisfaire « tous les besoins de la vie ». « Au XIX<sup>e</sup> siècle, médecins et économistes ont quelquefois envisagé sans effroi la perspective d'une fonction médicale assurée par des salariés supérieurs, sorte de magistrature noble et sociale. L'exemple des médecins militaires présentait d'ailleurs des aspects encourageants [...]. D'anciens médecins militaires ou de jeunes docteurs désireux avant tout d'une rémunération constante seraient favorables à une organisation qui les rapprocherait des curés, des instituteurs ou des magistrats » (Léonard, 1977).

Les relations entre l'environnement social et la santé constituent le sujet principal des *Annales d'hygiène publique* (publiées à partir de 1829), notamment les travaux de Villermé, Benoiston de Chateauneuf, Parent-Duchâtelet... Un des principaux apports est constitué par la mise en évidence des mortalités différentielles suivant le milieu social. Autour des révolutions de 1848 en Europe, un petit nombre de médecins socialistes vont radicaliser ces positions et faire de la médecine la base d'une limitation de l'exploitation capitaliste et d'une promotion de la baisse du temps de travail et de la hausse des salaires. Jules Guérin, le premier à utiliser le terme de médecine sociale, Ange Guepin, les Allemands Salomon Neumann et Virchow, militent pour la mise en place d'une médecine de contrôle des conditions de travail et de vie des prolétaires afin de préserver leur force de travail qui constitue leur seule possession (Ferrand-Nagel, 1993). Ces projets passent par la création d'une médecine étatique et gratuite. Sans aller jusqu'à une remise en cause du libéralisme économique, dominant les médecins hygiénistes français vont montrer l'importance de facteurs comme l'évacuation des eaux usées, la qualité de l'air, ou du logement dans l'état de santé des populations. Mais la majorité de la profession reste attachée aux principes de la médecine libérale et obtient, lors de la négociation des lois d'assurance maladie de 1928-30 et de la Sécurité Sociale en 1945, que la socialisation des dépenses de santé se fasse en respectant ces principes : libre-choix du médecin, paiement à l'acte... Par la suite, la médecine sociale va perdre de son prestige et remplir un rôle de plus en plus résiduel en s'installant dans les secteurs délaissés par la médecine libérale et la médecine hospitalière : prévention, éducation sanitaire, aide au plus démunis, etc.

La notion de médecine sociale a toutefois connu une nouvelle actualité avec la remise en cause, dans les années 1960-1970, par certains professionnels et intellectuels critiques, de la suprématie de l'approche biomédicale fondée sur le modèle étiologique des maladies infectieuses. Ce mouvement d'idées a pris trois grandes formes : une approche écologique qui inclut l'environnement physique et social dans l'explication causale de la maladie, une approche psychologique insistant sur les aspects psychosomatiques du mal et une approche plus anthropologique qui met l'accent sur la construction sociale de la maladie. Là encore, ce mouvement ne concerne pas que les idées, mais également l'organisation de la pratique médicale. Gérard Mauger et Claude Fossé (1977) décrivent de façon plus précise les tentatives de remise en cause de la médecine dominante par un certain nombre de médecins militants français à la suite du mouvement de mai 1968. Les objectifs de ces groupes étaient d'abolir le mercantilisme médical, de redonner sa dimension politique à la maladie et à la prévention, en soulignant le rôle de l'organisation sociale dans de nombreuses pathologies et de désacraliser les rapports malades-médecins. Pour cela, ces médecins s'organisent en centres de santé où ils se réservent un salaire fixe (ou une part des bénéfices), cherchent une plus grande ouverture sur la cité par des réunions d'information, des interventions pour changer les conditions de vie ou de travail.

Le Syndicat de la médecine générale (SMG), créé en France en 1975, reprend ces idées et inscrit son combat dans un refus du productivisme médical. En 1977, lors du troisième congrès du SMG, la proposition est faite de créer des unités sanitaires de base prenant en charge la santé et l'ensemble des problèmes médicaux d'un quartier et proposant gratuitement les soins (Hassenteufel, 1997). Plusieurs arguments sont alors avancés : moins soumis aux pressions des laboratoires pharmaceutiques et plus tournés vers la prévention, ce type de médecine serait plus efficace, moins coûteux et plus égalitaire ; or les inégalités en matière de santé apparaissent, face aux rendements décroissants de la recherche médicale, comme un axe important d'amélioration de la santé des populations. Le SMG demande en 1979 sa reconnaissance comme syndicat représentatif pouvant participer aux conventions médicales, mais celle-ci lui est refusée en 1980. L'arrivée de la gauche au pouvoir en 1981 relance les espoirs de voir les propositions aboutir. Mais sous la pression de la Confédération des syndicats de médecins français et de la Fédération des médecins de France un seul des 50 projets « d'unités sanitaires de base » déposés, le centre de santé intégré de Saint-Nazaire, est finalement créé.

Bien que marginales, ces idées et ces expériences sont importantes car elles montrent que la médecine sociale ne se définit pas uniquement de façon négative (c'est à dire s'occuper de ce que ne prennent pas en charge les médecines hospitalières ou libérales) mais aussi par une identité positive reposant sur une idéologie assumée. Ainsi, les médecins des Protections Maternelles et Infantiles, que l'administration et les représentants des médecins libéraux voulaient cantonner dans la prévention de l'enfance inadaptée issue des familles les plus défavorisées, ont réussi à affirmer leur rôle de prise en charge du tout venant des familles selon les principes qu'ils revendiquent : « approche globale de l'enfant et de sa famille, valorisation de la mission de santé publique » (Bouchayer, 1984).

Un type-idéal de la médecine sociale peut maintenant être ébauché : relation avec la clientèle à dominante non marchande ou au moins rejet du paiement à l'acte ; approche fondée sur la prise en compte des aspects psychologiques et sociaux de la maladie ; vision d'une médecine intégrée à la vie publique et sociale et pratique de groupe organisée avec des relations entre les professionnels participant au même secteur de la médecine sociale. Adhérer à une telle représentation de la médecine suppose donc un certain type de pratique, mais aussi un jugement favorable à l'égard de ces conditions d'exercice atypiques et un intérêt pour des formes de connaissances jugées peu fiables par la médecine dominante.

Sans prendre partie dans le débat sur le meilleur système de santé possible, il faut tout de même remarquer que les réformes en cours du système de santé inaugurées par le plan Juppé et poursuivies par l'actuel gouvernement sont généralement beaucoup mieux acceptées par les médecins dont la pratique se rapproche de la médecine sociale. Des entretiens menés auprès de médecins généralistes<sup>16</sup> montrent un rejet assez important des mesures pouvant entraver la pratique « libérale ». Les seuls médecins interrogés à se soient montrés ouverts aux nouvelles mesures étaient des généralistes travaillant en centre de santé ou participant à des réseaux de soins pour la prise charge des malades du

---

<sup>16</sup> Travail collectif mené sous ma direction avec des étudiants de maîtrise AES à l'université de Paris I en 1996-1997 et 1999-2000.

sida. L'acceptation ou le rejet de certains principes représentant un enjeu important dans les réformes en cours -comme le paiement à l'acte, le libre choix du médecin, ou la liberté d'installation- dépend pour une grande part de l'identité professionnelle qui s'est construite tout au long de la carrière. Ainsi, parmi les 5491 médecins retraités interrogés par Claudine Herzlich (1993) et son équipe, les médecins ayant eu une pratique libérale étaient 54,1% à déclarer que le paiement à l'acte constitue un principe intangible ; ce taux monte même à 57,7% en ce qui concerne la liberté d'installation. Les anciens médecins salariés, au contraire, ne sont plus, respectivement que 21,5% et 40,8% à considérer ces principes comme intangibles. Les différents sous-groupes de médecins salariés constituent donc une base solide et réceptive sur laquelle appuyer les réformes en cours.

*Les conditions sociales de la constitution d'une identité professionnelle positive de médecins salariés : les exemples des médecins du travail et des médecins militaires*

Mais tous les médecins salariés ne sont pas des défenseurs actifs des principes de la médecine sociale, certains allant même jusqu'à reprendre à leur compte les jugements négatifs émis à leur rencontre par les défenseurs de la médecine libérale. Ainsi, cette femme médecin du travail déclare : « La médecine du travail, ça n'est pas une spécialité qu'on choisit. Si des médecins vous disent qu'ils ont choisi ça par vocation, il ne faut pas les croire. Médecin du travail, c'est un boulot pour des femmes qui peuvent en même temps s'occuper de leur famille, j'ai beaucoup de mépris pour les hommes qui choisissent ce métier » (citée dans Piotet et Correia, 1997). Dans cette même recherche sur les médecins du travail, 53% des médecins interrogés ont déclaré avoir un fort sentiment d'appartenance à une profession spécifique. Certains médecins du travail parviennent à intérioriser une identité professionnelle positive fondée sur leur rôle pour la santé publique grâce à leur action d'amélioration des conditions de travail. Mais cet idéal professionnel reste fragile. Ainsi, 22% des répondants ont estimé que leur rôle dans l'amélioration des conditions de travail était nul et 74% faible. La lecture de cette étude suggère que deux critères jouent un rôle important dans la possibilité de constitution d'une identité positive : le sexe et le lieu d'exercice. Tout d'abord, les femmes sont moins nombreuses à revendiquer une identité positive fondée sur l'amélioration des conditions de travail. Il faut y voir peut-être l'effet d'une domination plus générale, la femme étant encore trop souvent considérée dans le cadre de son rôle maternel. L'image de sous-médecin est acceptée en même temps que celle de mère devant éviter de trop s'investir dans sa vie professionnelle. Ensuite, les médecins exerçant dans des services autonomes de médecine du travail, c'est-à-dire pour une seule entreprise, sont plus nombreux à se réclamer d'une identité positive que ceux travaillant dans des services inter-entreprise. La possibilité de faire un travail plus continu, plus en profondeur, moins centré exclusivement sur les visites administratives constitue un deuxième facteur de valorisation de l'identité professionnelle.

La possibilité pour les médecins salariés d'être les promoteurs actifs d'une autre approche de la santé, plutôt que de se percevoir comme des sous-médecins complexés par leur situation d'infériorité, dépend donc des conditions sociales qu'ils vont rencontrer tout au long de leur vie personnelle et professionnelle.

L'exemple des médecins militaires permet d'affiner cette hypothèse. Les médecins des armées constituent un sous-groupe méconnu au sein des médecins salariés mais dont la participation au mouvement de la médecine sociale a été déterminante<sup>17</sup>. Comment les circonstances spécifiques de leur carrière conduisent certains médecins des armées à se concevoir comme les promoteurs d'une médecine différente, plus centrée sur la prévention et la prise en compte des données psychosociales, tandis que d'autres ne se jugent qu'à l'aune d'une médecine libérale civile qu'ils souhaitent le plus rapidement rejoindre ? L'entrée dans la carrière de médecin militaire se fait par l'intégration d'une des deux écoles du SSA (de Lyon et Bordeaux) sur concours après le Baccalauréat. Après sept années

---

<sup>17</sup> Ce passage s'appuie sur deux études quantitatives : une enquête auprès de 562 médecins d'unité sur leurs conditions de travail, réalisée en octobre 1992 par le Conseil de la Fonction Militaire du Service de Santé des Armées (Conseil de la fonction militaire du Service de santé des armées, 1993) et surtout une enquête réalisée en janvier 1994 à l'Observatoire Social de la Défense sur « le retour à la vie civile des militaires ayant acquis droit à pension » (Loriol et Rio, 1994), parmi lesquels 112 médecins ayant quitté les armées en 1990, 1991 ou 1992.

d'études, calquées sur celles des médecins civils, les élèves médecins doivent effectuer une année complémentaire à l'école d'application du Val de Grâce où sont particulièrement enseignées les connaissances plus spécifiques à la médecine militaire. Ensuite, tous, y compris ceux qui souhaitent se spécialiser, doivent passer au moins trois ans à exercer dans une unité (c'est à dire une caserne, une base aérienne ou embarqué sur un navire). Seulement après, ceux qui le veulent peuvent passer le concours d'assistant pour suivre des stages de spécialisation dans un hôpital d'instruction. La pratique spécialisée en hôpital est proche de celle de l'hôpital civil et les diplômés sont équivalents. D'ailleurs, les médecins militaires peuvent effectuer des stages de spécialisation dans les hôpitaux civils.

Le passage par la médecine d'unité constitue donc la première expérience professionnelle, et la plus marquante, avec les expériences outre-mer. Les médecins d'unité consacrent 22% de leur temps à la médecine de soin, 30% à la médecine d'expertise et de prévention, 12% au soutien médical, 20% aux activités administratives, 9% aux activités militaires et 7% aux autres activités (Conseil de la fonction militaire du Service de santé des armées, 1993). Le rôle du médecin d'unité est donc multiple et comprend également certains aspects plus informels (gestion de conflits personnels ou hiérarchiques, aide dans certains problèmes psychologiques et/ou sociaux...). A la fois médecin du travail, médecin traitant, conseiller en gestion des ressources humaines ; le médecin militaire peut ainsi avoir une action sur les personnes, leur orientation professionnelle, leur environnement physique et social. Il est donc relativement bien placé pour pratiquer une médecine plus globale. Amenés à choisir entre les deux définitions suivantes de la médecine : « étude des phénomènes biologiques au sens strict » ou « prise en compte de l'individu dans toutes ses dimensions, y compris psychologiques, sociales et politiques », 96,5% d'un panel d'anciens médecins des armées ont choisi la deuxième définition et seulement 1,75% la première (1,75% ne se sont pas prononcés). La spécialisation ultérieure éventuelle n'affecte donc pas les réponses (Loriol et Rio, 1994). L'importance de la médecine d'unité dans l'identité professionnelle du médecin militaire rend nécessaire un détour par les représentations spécifiques qui se développent à cette étape de la carrière.

Pourtant, un peu moins de la moitié des médecins d'unité interrogés jugent leur pratique médicale passable (25,8%) ou décevante (17,1%), mettant en cause notamment la lourdeur des tâches administratives et le mode de rémunération. De plus, certaines valeurs dominantes de la profession médicale restent très présentes. A la question « à quelle activité souhaiteriez-vous consacrer le plus ou le moins de temps », 50,5% des médecins d'unité répondent désirer consacrer moins de temps aux tâches administratives et 74,1% plus de temps aux soins (Conseil de la fonction militaire du Service de santé des armées, 1993). Les libres réponses renforcent cette impression (rejet du travail administratif, souhait de pouvoir, dans certains cas, recevoir des honoraires...). Le travail administratif, et dans une moindre mesure la rémunération salariée, apparaissent, face à la puissance des valeurs de la médecine libérale, comme des stigmates difficiles à gérer, même pour ceux qui arrivent à construire une identité positive. Si les médecins d'unité développent, surtout ceux qui envisagent une longue carrière militaire, une assez bonne image de leur pratique médicale spécifique (57,1% jugent leur pratique excellente ou bonne) et une identité professionnelle positive, ils restent conscients que cette image pour soi n'est pas forcément celle qui est perçue à l'extérieur. Seuls 10,9% estiment que « l'image de la médecine d'unité est en général plutôt bonne » contre 41,1% "plutôt mauvaise" ». Ce décalage explique la difficulté qu'il peut y avoir à gérer certains stigmates et à présenter comme positifs les écarts à la pratique dominante de la médecine. Imposer la pratique alternative comme supérieure nécessiterait en fait la mise en place d'un véritable mouvement social en faveur de la spécificité de la médecine d'unité qui, pour l'instant n'existe pas.

Les principales revendications des médecins d'unité portent sur la reconnaissance de leurs compétences et de leur identité spécifique par la direction du SSA à laquelle est reprochée la pratique d'un double langage : alors que le travail de médecine globale du médecin d'unité est loué dans les discours, dans la pratique, l'avancement et les postes les plus élevés sont réservés aux spécialistes et notamment aux agrégés. La médecine d'unité n'est pas alors une nouvelle spécialité, mais au contraire l'absence de spécialisation, signe d'infériorité, et les médecins d'unités sont perçus comme ceux qui n'ont pas réussi l'internat<sup>18</sup>. C'est ce que résume un des médecins interrogés : « le médecin militaire

---

<sup>18</sup> Cette idée n'est d'ailleurs pas totalement fautive puisque seuls 27,4% des médecins d'unité disent ne pas être intéressés par la préparation d'un concours d'assistantat.

d'unité est assimilé à un officier de santé spécialisé, voire à un super infirmier ; son choix n'est pas considéré comme une manière différente d'exercer son métier de médecin mais comme la traduction de son incapacité de passer un concours hospitalier ».

Ces opinions contrastent singulièrement avec l'affirmation d'une identité valorisée dans les réponses des anciens médecins militaires interrogés en 1994 (Loriol et Rio, 1994). Ceux qui avaient effectué une reconversion dans un secteur proche de la médecine sociale développaient l'idée que la médecine militaire était différente de la médecine civile et que cette différence était positive. Cette représentation se structurait autour de trois grands thèmes : le sens du service public et de la collectivité, la diversité des tâches et des compétences du médecin militaire et enfin l'expérience de la médecine outre-mer.

Comment comprendre le décalage entre les griefs adressés par les médecins d'unité et l'image favorable esquissée par plus de la moitié des anciens médecins militaires ? En fait, les médecins qui ont finalement adopté cette identité positive et spécifique se distinguent par un profil de carrière particulier. Un premier type de carrière est représenté par les médecins militaires qui effectuent toute leur activité professionnelle au sein du SSA. Il s'agit plutôt de spécialistes qui ont occupé des postes de responsabilité au sein de la Direction Centrale du SSA ou de médecins généralistes dont les opportunités de reconversion dans le civil auraient été peu avantageuses. Viennent ensuite les médecins qui se sont reconvertis grâce à la possession d'une spécialisation valorisée dans le civil (notamment l'anesthésie-réanimation, la radiologie, l'ophtalmologie et l'ORL). La reconversion se fait le plus souvent dans le secteur libéral ou en clinique privée et les mobiles financiers semblent les plus importants dans le choix d'une reconversion plus précoce. Ces médecins estiment le plus souvent que leur statut d'ancien militaire ne les a pas aidé pour leur reconversion mais n'a pas non plus constitué un handicap. Enfin, le troisième grand type de stratégie de reconversion est constitué par les médecins qui ont cherché à valoriser leur expérience spécifique de la médecine militaire pour se faire une place au sein la médecine civile. Il s'agit le plus souvent de généralistes ayant essentiellement une expérience de médecine d'unité. Les difficultés pour se constituer une clientèle en médecine générale ou pour racheter un cabinet à partir d'un certain âge (ce qui entraîne des difficultés pour obtenir un prêt bancaire) orientent plutôt ces médecins vers une pratique salariée. Les compétences en médecine du travail, en épidémiologie et dans la gestion d'institutions médicalisées (maisons de retraite, centres de convalescence...) sont les plus souvent mises en avant dans la recherche d'emploi. La spécialisation dans certains domaines de recherche comme l'étude de la fatigue et du stress (Loriol, 1995 et 1998) ou l'alcoologie permet à quelques anciens médecins militaires d'occuper une position dominante dans ces secteurs un peu marginalisés de la recherche médicale. Même dans les cas où les recherches dans le domaine de la médecine sociale n'avaient pas été entamées avant le départ de l'Armée, la tendance de ces médecins du troisième groupe à choisir une pratique salariée les conduit plus souvent que les autres à se lancer dans ce type de recherche. Ainsi, la gérontologie et l'étude de la dépendance du grand âge, est, en France, un secteur de recherche où se distinguent un certain nombre d'anciens médecins militaires. Cela peut apparaître comme un choix de spécialisation quelque peu paradoxal compte tenu de la moyenne d'âge des patients que rencontre le médecin des armées. L'orientation de certains ex-médecins militaires vers ce secteur est en fait le résultat d'un double mécanisme. Tout d'abord, les possibilités de reconversion comme médecin-chef d'une maison de retraite étant non négligeables, du fait de l'expérience en administration/gestion et en médecine communautaire, l'ancien médecin des armées a certaines facilités pour intégrer ce secteur. Ensuite, il s'agit d'un domaine de recherche en construction où, comme dans le cas de la fatigue, la concurrence des grands médecins spécialistes reste faible, ce qui offre de bonnes opportunités pour des médecins occupant une position défavorisée.

Les médecins militaires qui se sont reconvertis vers qui peut être considérée comme proche de la médecine sociale (médecins du travail, spécialistes des ressources humaines en entreprise, fonctionnaires de l'Organisation Mondiale de la Santé, médecins de dispensaire, de médecine préventive, etc.) sont ceux qui revendiquent le plus nettement la différence, toujours perçue comme positive, entre la médecine militaire et la médecine civile. Il existe ainsi une bonne cohérence entre défense de la médecine sociale et reconversion dans des secteurs liés à ce type de pratique. Cela semble suggérer que l'attitude favorable vis-à-vis d'une pratique proche de la médecine sociale ne serait, pour une part, qu'une adaptation aux difficultés rencontrées pour se reconvertir dans un secteur



dominant du monde médical, par un processus mental de « réduction de la dissonance cognitive » (Festinger, 1957) : aucun individu ne peut supporter de façon durable une contradiction entre ses pratiques ou ses choix et son système de connaissances, de croyances et de représentations; le plus souvent un individu dans cette situation va changer ses représentations pour réduire ou supprimer cette contradiction.

Mais tous les anciens médecins des armées ne revendiquent pas une identité professionnelle spécifique positive caractérisée par l'intériorisation des principes de la médecine sociale. Ceux qui le font sont surtout ceux qui ont réalisé toute leur carrière au sein de l'Armée ou qui se sont reconvertis dans des secteurs proches de la médecine sociale. L'adhésion aux principes de la médecine sociale dépend donc principalement des possibilités qui ont été offertes d'utiliser ce type de pratique pour réaliser une carrière intéressante et satisfaisante. Dans une étude sur la « dissidence médicale » Michel Arliaud (1987) expliquait l'adhésion aux approches alternatives (médecine douce, acupuncture, etc.) par la conjonction de deux facteurs : la marginalité dans la profession et le déracinement social (*i.e.* le fait d'être en mobilité sociale ou géographique). En effet, selon le principe de fonctionnement des champs sociaux décrit par Pierre Bourdieu et repris par Michel Arliaud, les individus les plus dominés professionnellement et socialement (car issus de milieux modestes) sont ceux qui auraient le plus intérêt à remettre en cause les principes dominants dans le champ.

A la lumière des résultats des recherches menées auprès de médecins retraités (Herzlich, Bungener, Paicheler, Roussin, et Zuber, 1993), il est possible d'interpréter autrement ce résultat. Les anciens médecins qui se déclarent satisfaits de leur carrière malgré l'appartenance à des segments moins valorisés de la médecine (omnipraticiens de base, médecins salariés, etc.) sont plus souvent que les autres issus de milieux sociaux plus modestes. La carrière médicale a représenté pour eux une ascension sociale. Ainsi, ce ne serait pas parce qu'ils sont dominés socialement que les médecins salariés ou généralistes issus de milieux modestes adhèrent plus volontiers aux principes de la médecine sociale, mais parce que ceux-ci leur ont permis la réalisation d'une carrière représentant une certaine ascension sociale, ce qui fait qu'ils la perçoivent comme satisfaisante malgré leur position marginale dans la profession. Les médecins salariés issus de milieux sociaux aisés auraient ainsi plus tendance à percevoir leur pratique atypique comme un échec et à ne pas s'investir dans la constitution d'une identité positive spécifique. De la même façon, les médecins des armées qui ont pu utiliser et considérer la pratique militaire comme un atout dans leur carrière ont plus souvent développé une attitude favorable à l'égard des principes marginaux de la médecine sociale.

### **l'étrange défaite de la profession médicale, Jean Peneff**

La défaite de la profession médicale? C'est celle de l'organisation interne de la médecine, de son fonctionnement actuel et des institutions glorieuses qui la fondent. Ce n'est pas la défaite des médecins, qui demeurent paradoxalement un groupe puissant et respecté, quoiqu'ils en disent. Ne serait-ce que parce qu'ils détiennent entre leurs mains (et qu'ils distribuent par leur signature) le budget le plus important de l'Etat, un pouvoir de gestion du PIB inégalé dans l'histoire et incontesté dans son principe. Le pouvoir médical est là, dans le poids économique, dans les conséquences budgétaires et sociales des décisions thérapeutiques, dans l'emballage moral qui recouvre ses choix. On perçoit assez mal de l'extérieur cette prééminence ainsi que l'origine de cette autorité professionnelle, ou la mise en scène des médecins en tant qu'acteurs scientifiques en gommant leur rôle politique. L'adage sous-entendu "Qui (comme gouvernement) s'oppose aux médecins (ou bien ne transige pas avec eux) perd les élections !" est agréé, depuis l'échec du plan d'A. Juppé. Fantasme ou influence électorale déterminante ? Les deux !

Cependant la force individuelle de médecins, en tant qu'agents économiques et politiques, ne s'appuie pas seulement sur des croyances mais sur une organisation déficiente quoique dissimulée de la profession, sur une défaillance de ses composantes juridico morales, tous éléments qui permettent d'assimiler la profession à ses agents les plus respectables, ou de les supporter sans restrictions en les exonérant en tant qu'individus de leur responsabilités, devant la collectivité, des sommes qui leur sont confiées! C'est pourquoi les coulisses de l'organisation de la santé et de la profession sont plus importantes à étudier que la scène savamment agencée et honorée.

Par défaite de la profession, on entend perte de confiance de ses membres, arbitrages internes toujours discutés, faible cohérence des actions, désordre des orientations globales, laxisme dans les définitions de « maladie ». Cela est rendu inintelligible par la surabondance de règlement de chartes, de codes, de textes, d'âge variés et disparates. Les contrôles sont négligemment appliqués par une organisation comme l'assurance maladie. Ils semblent aux acteurs arbitraires ici, tatillons là. A l'extérieur de la profession, il y a bien une Cour des comptes, des instances comptables, mais elles sont dépassées par des législations en rafale qui s'agencent derrière le désarroi des opinions et le manque de repères des vérificateurs et des juristes

La défaite de la profession n'est pas non plus assimilable à la défaite de la médecine qui progresse de façon désordonnée, par à coups, parfois chaotiquement, plus lentement qu'auparavant, en raison des résultats qui piétinent des biologistes et pharmacologistes, notamment par rapport à un passé glorieux. Leur prédominance contemporaine met à l'épreuve l'ancestrale autonomie médicale ; elle encourage la course à l'infiniment petit, un travail anatomique vers le cellulaire puis vers le micron de la cellule, qui devient la direction exclusive de la recherche de la cause pathologique. Ces avancées engagent par là, la médecine à négliger l'observation du malade dans son cadre de vie. Malgré ces controverses et débats, la médecine suit le développement et le progrès de la science qu'elle fait patronner par les médias en termes alléchants de biomédecine, de maladies génétiques. Par ailleurs, autre contradiction, elle reproche à ces mêmes médias de faire apparaître d'étranges fléaux de masse, les» télé - pathologies « qui ne sont pas sans effet multiplicateur sur les troubles psychologiques, gênants le travail des savants et entremêlant pour les avancées purement médicales de la médecine de pointe de considérations psychiques comme sur le placebo.

La défaite de la profession réside donc dans le désordre de ses régulations habituelles, dans la perte du sentiment unitaire, dans les défauts d'harmonisation des objectifs, dans l'éclatement des pratiques et des actes dispersés. La désorganisation, dans un exercice hétérogène, sans coordination de praticiens, est devenue chronique, soumise à des forces centrifuges. Elle a fait éclater les vieux cadres qui n'ont pas été remplacés. La faiblesse d'organisation et le fonctionnement chaotique, la mauvaise application de sa réglementation conduisent inévitablement la profession médicale vers une dérive morale et technique. On ne peut plus faire marche arrière. Il reste à étudier comment ce piège se mit en place : serait-ce par absence d'ordre dans le cadre de l'activité, la liberté de prescription ou d'installation capturée sur un mode très individualiste, l'impraticabilité d'une régulation ou d'une administration interne ou serait ce que structurellement, l'exercice médical, son mode d'action sont secrets, sans témoin, et les conditions du travail non évaluables ou les résultats jamais assurés ?

Quoiqu'il en soit, la profession n'a pas su ou voulu gérer de manière collective, selon un mode structuré clair, les rapports avec l'assurance maladie ainsi que la répartition des revenus par les remboursements entre ses composantes internes, spécialités ou statuts. Elle a préféré la soumission à une offre libre qui rend la maîtrise comptable insaisissable et improbable et elle n'offre comme alternative que le danger exagéré d'une pratique socialisée arbitraire, imposée et totale. Cette vision nous enferme dans un dilemme erroné et explique l'échec répété des réformes toujours vaines. A l'image du garrot et de la circulation sanguine, si on comprime les dépenses ici, une augmentation de la pression se crée, là. Si on arrête là par des concessions un mouvement, une nouvelle explosion menace ici. C'est comme la pression sanguine, la masse doit s'équilibrer dans la circulation du libéral. On ne s'expliquera pas autrement que les mouvements des personnels de santé, de tous les niveaux, ont lieu les uns à la suite des autres et se produisent par entraînement. Même chose pour les établissements dont la chaîne, si elle est touchée en un point, réagit dans son ensemble même si c'est étalé dans le temps. Dès lors, dans le cadre de l'offre de santé et de la faiblesse de l'organisation de sa réalisation, toute réforme en profondeur d'un seul élément est utopique. Car même si l'offre faisait défaut, une demande imprévisible prendra le relais pour occuper le vide créé. La pratique au nom de l'égalité de la liberté complète de circulation des patients laisse les champs libres à l'initiative individuelle des malades et celle des thérapeutes ; elle crée de nouvelles dépenses dès qu'il est élevé des contraintes. Si ce n'est pas la pratique quotidienne, c'est l'industrie du médicament qui ouvre un nouveau créneau. La faible organisation de la médecine et son mode individuel de rétribution déclenchent automatiquement un phénomène de remplissage des vides. Une demande se construit peu à peu sur l'offre et peu à peu s'émancipe d'elle. Cette dernière prenant la mesure du nouveau terrain ouvert se retourne vers les institutions pour demander une pratique adéquate, ouvrir des lieux de soins, employer de nouveaux personnels. En effet pour ne rien abdiquer du pouvoir de tout diagnostiquer et de traiter

tous les éléments des phénomènes de société, la profession médicale a, dans une fuite en avant ouvert d'innombrables vannes, par exemple du cosmétique au génétique ! Ces stratégies éclatées et disparates sont compliquées à mener mais elles réussissent si elles parviennent à séparer la réflexion sur les coulisses de l'organisation de la profession de la valeur et de l'utilité de ses agents en tant que citoyens ! On ne donne rien pour la compréhension du patient, aucune une vision d'ensemble, ses lunettes et son horizon sont bornés à un univers clos. Le consultant pressent beaucoup d'incohérence et de contradictions quand on le convie de s'abandonner en tant que patient. Que ce soit dans le genre de recommandation pour telle orientation, pour tel suivi ou telle exploration, que ce soit dans le conseil à consulter tel confrère plutôt qu'un autre ou dans le conseil d'éviter tel traitement jugé dangereux pour lui ! Toutes indications que les praticiens nous livrent de façon énigmatique, sans en dire les raisons secrètes.

Depuis toujours la sociologie recommande d'étudier les actions effectives et non celles proclamées par des acteurs intéressés au flou ou à l'égarement des observateurs. La sociologie considère prioritairement l'organisation y compris la partie officieuse ou bien son éthique de façade et la confronte aux actes. La profession ayant en face d'elle beaucoup d'interlocuteurs et de critiques dispersées se défend avec succès en mobilisant ses partisans, en ouvrant une diversité de fronts, en amalgamant des intérêts contradictoires dans un seul combat, contre l'Etat, l'Administration, les assureurs ou les professions rivales. Cependant selon la variété des circonstances, les protagonistes principaux sont seuls face à des logiques d'action contraires, celles du profit et du progrès. Dans les cas concrets ils sont livrés à eux-mêmes, déchirés entre la science et le commerce de la relation client-expert, dans un univers de concurrence primitive et sauvage. Une grande partie des patients et des non patients ne sont pas dupes ; ils seraient favorables, si on leur demandait leur avis, à une véritable réforme de l'encadrement médical pour faire pièce à l'anarchie et à l'inflation des dépenses ; ils seraient prêts à renoncer à certains avantages du libéralisme pour lutter contre le gaspillage mais ils ne peuvent l'exprimer. Aucune perspective de changement ne se présente sérieusement ; le manque de réflexions audacieuses se fait terriblement sentir. Notamment au sujet du progrès social et financier que représenterait, pour les travailleurs, l'abandon de la gestion aveugle de la Sécurité sociale et qui ne peut en l'état actuel se manifester. Aucune alternative d'opposition ou de refus de la couverture collective des éternels et inévitables déficits occasionnés par on ne sait qui, on ne sait où, n'apparaît crédible. Choisir sa propre assurance maladie, sa mutuelle et la gérer rationnellement semble impossible au XXIème siècle ! Avoir le choix d'un centre de santé ou d'une médecine de groupe avec primes adaptées afin de récupérer les charges compensatoires, bénéficier ainsi de l'augmentation des salaires correspondant aux économies semble un rêve irréalisable. Pourtant le gouffre de la désorganisation et du dysfonctionnement de la profession médicale mériterait bien un référendum, au moins un débat au sujet de la santé qui dépasse de manière écrasante toutes les autres dépenses collectives de l'Etat. Ce refus de mise au jour des causes et de la destination des dépenses retentit sur les malades et au-delà sur le moral de la société qui y consacre une large partie de ses forces. La défense des avantages acquis de la profession médicale sait se faire entendre et mobiliser pour le maintien du statu quo grâce à syndicalisme médical jouant des changements de ministre et de leurs divisions. Clivages et divergences sur la définition du revenu attendu, sur l'usage du secret médical, sur le rôle à accorder aux syndicats dans la vie politique n'entament pas la force professionnelle et même la pensée la plus contestataire ou le syndicalisme le plus lucide des salariés ne l'atteint ! Quel prix sommes-nous disposés à mettre à l'entretien de la profession médicale ?

Le pouvoir d'intervention des médecins en faveur d'une ou plusieurs catégories de patients au détriment d'autres, processus peu discernable tant la légitimité d'élargissement sans fin les "problèmes de santé" est forte, il sert particulièrement les intérêts de ceux qui investissent du temps et de l'influence à la définition individuelle de la santé. Cette observation de l'univers médical ne fut pas libre pour des investigateurs non autorisés, non officiels. Nous étions des outsiders comme le furent H. Becker, E. Friedson, E. Goffman pénétrant la médecine américaine ; ils le firent cependant sans complexes et sans les contraintes épistémologiques conservatrices. Certes, les enquêtes ici assemblées ne sont pas homogènes puisqu'elles portent sur des domaines aussi divers que la division du travail dans la pratique libérale, la recherche dans l'activité clinique hospitalière, les essais de médicaments dans l'industrie pharmaceutique, l'image diffusée par les journalistes des actes et faits médicaux. Elles sont cependant cohérentes par les outils d'analyse utilisés : observation participante dans hôpitaux, cliniques ou cabinets, prise d'un rôle effacé et discret pour ne pas perturber les processus à connaître.

Cette sociologie est basée non seulement sur les faits concrets saisis directement mais sur la confrontation expérimentale et permanente avec la réalité visée et testée. Cette méthode convient à ceux qui refusent de s'appuyer sur les représentations de mises en scène, favorisées par la situation jugée artificielle par les observateurs qui ont pu confronter les deux types de données, de passation de questionnaires, d'interviews, instruments privilégiés de la sociologie traditionnelle. Dans le domaine de la santé, les verbalisations, les justifications éthiques ou sociales, les proclamations d'intention surabondent de la part de la profession. Notre démarche contourne les acteurs en représentation discursive, pour les prendre sur le fait, et nous ne cherchons que les événements et les actes visuellement expérimentés et débarrassés de la gangue des opinions. On a considéré la conformité ou non, des actes et des représentations, divorce reconnu qui fonde la sociologie empirique. Nous acceptons donc le défi de produire des comptes rendus d'actions sans discours et sans interviews, sans écran et sans intermédiaires (mais avec l'écoute des conversations sur le lieu de travail entre les acteurs).

L'autonomisation de la médecine en milliers de micro événements crée une multitude d'intérêts particuliers, bien connus des patients habiles et bons observateurs des défauts du fonctionnement des structures médicales. Comment rendre compte de la fraude en dehors des considérations morales ? En mettant en évidence la raison organisationnelle de la tolérance aux abus dont la mise au jour pourrait affecter la séparation en unités closes et l'indépendance de chaque praticien maître dans son cabinet. Après plusieurs tâtonnements et expériences, des petits professionnels de la fraude capitalisent les techniques de l'instrumentalisation de la médecine. On les voit au nom de la plainte simulée s'alignant sur le profil conforme du bon malade, se glissant dans l'immense vivier des fidèles de la médecine, encouragés pendant deux ou trois décennies de laxisme, à pratiquer le parasitisme et l'individualisme au sein des institutions de solidarité. Les praticiens sont paralysés par les structures de leurs instances de travail. Sauf qu'ils ont mis en marche le mécanisme en créant des clientèles privilégiées par une offre abondante. Ils jouent des deux éléments, science et morale, sans savoir à quel client ils s'adressent. Ils rencontrent ou affrontent deux parties de la population : celle qu'ils courtisent en clientèle privilégiée, qui se plaint du « jamais assez » pour la santé et celle, peu ou moins complice, qui estime la charge de la santé trop lourde et mal répartie. Chaque médecin est partagé, selon la partie de la population qu'il a en face, entre l'acceptation complaisante de toutes les demandes et leur freinage. Contre cette mentalité maintenant largement enracinée, les médecins ne rencontrent que le désaveu de leur propre corporation qui laisse penser que le confrère abuse et par ailleurs la méfiance d'une fraction du monde du travail (manuel, peu qualifié, du privé, celui qui ne profite guère des arrêts maladie et des prestations, pas au niveau des autres catégories). Bénéficiaires et victimes de l'excès des dépenses de santé dans le monde des petits salariés forment ainsi des groupes qui jugent différemment les vertus du syndicalisme et du paritarisme. Ces questions lourdes de divisions, professionnelles ou syndicales fabriquent des opposants au statut actuel de la sécurité sociale et marginalisent les travailleurs ou chômeurs, qui se retirent silencieusement de la vie politique et vont grossir les rangs des désabusés, des abstentionnistes et du refus de la participation citoyenne. Entre les deux, une population hésitante accorde à la fois confiance au pouvoir médical pour résister à l'Etat représentant les intérêts collectifs et le redoute en tant que minorité agissante intervenant dans la répartition des charges et des impôts parmi les travailleurs. Ces débats échappent à l'opinion car les grands médias ne les conçoivent même pas, se trouvant décalées dans la connaissance des conditions de vie des classes populaires alors que les classes moyennes et a fortiori les classes supérieures affirment représenter l'opinion générale.

La question de l'image sociale de la médecine est donc décisive ! Pour qu'une profession prestigieuse continue à recevoir de la société le mandat de contrôler elle-même sa propre activité, il faut que l'image soit irréprochable et le statut inattaquable dans ses principes d'honnêteté et de justice. « Ce qu'exprime le statut de profession, c'est que la société *croit* que tel métier présente les propriétés susdites et qu'elle croit à la dignité et à l'importance du travail qui s'y réalise. Que la réalité coïncide avec ces croyances n'est pas une question pertinente selon cette approche » ....« La position d'une profession dans la société ne tient pas nécessairement, bien que ce puisse être le cas, à la spécialisation exceptionnelle, ni à l'apprentissage théorique, ni à la qualité morale du comportement de tout ou partie de ses membres ».

## **I - La constitution du dogme libéral et l'opposition aux pouvoirs publics**

Dès les premières lois permettant un accès socialisé à la médecine de ville, les syndicats médicaux se sont montrés soucieux de défendre les intérêts financiers et l'indépendance du médecin face aux organismes payeurs. Si les différentes formes de protection sociale apportent une clientèle solvable nouvelle à la profession médicale, elles portent en elles le risque de contre-pouvoir et de contrôle sur les tarifs et donc les revenus des médecins. Le premier syndicat national de médecins, l'Union des Syndicats Médicaux Français (USMF), fondé en 1884, apparaît divisé sur cette question. Si certains de ses dirigeants, représentants des médecins des villes moyennes de province, désireux de pouvoir mieux gagner leur vie tout en étendant la médecine à tous, sont plutôt favorables aux assurances sociales et au système de tiers payant avec des tarifs opposables, d'autres refusent d'avoir à soigner des malades à des tarifs assez nettement inférieurs à ceux qu'ils pratiquent avec leurs patients aisés. Tous ou presque se retrouvent néanmoins pour défendre le paiement à l'acte et le libre choix par le malade et pour rejeter les systèmes de salarisation ou de capitation mis en place par certaines caisses patronales.

Lors de la discussion de la loi de 1893 sur l'aide médicale gratuite (AMG), l'USMF réclame le droit pour les médecins de refuser les malades indigents. La loi de 1898 sur les accidents du travail permet aux ouvriers blessés de recevoir une consultation, payée au tarif de l'AMG, pour établir un certificat. Si les syndicats médicaux se battent pour « obtenir » ces malades et imposer le principe du libre choix (alors que les blessés étaient souvent orientés vers le médecin de l'usine), ils revendiquent également des tarifs plus élevés qui seront obtenus en 1905. Mais dans le même temps, un nombre croissant de médecins se plaint d'avoir à soigner cette nouvelle clientèle moins rémunératrice et appartenant à des milieux sociaux différents de ceux que fréquentent habituellement les médecins aisés.

Toutefois, c'est avec la prise en charge des blessés et invalides de la première guerre mondiale que les véritables conflits éclatent. Les lois de 1919 sur les pensions de guerre et sur les maladies professionnelles imposent le système du tiers-payant (le médecin n'est remboursé qu'après-coup) avec, à partir de 1920, un tarif fixe et une limitation du libre choix du médecin par le patient. Devant le mécontentement suscité par ces mesures, les tenants de la médecine libérale – exerçant plutôt dans les grandes villes – prennent, au sein de l'USMF, l'avantage sur les partisans de l'hygiénisme – plutôt représentés par les médecins des campagnes, notamment du sud de la France. C'est dans ce contexte qu'est déposé en 1921 le premier projet de loi sur les assurances sociales. Une majorité des adhérents de l'USMF se montre favorable à l'idée d'une socialisation des dépenses de santé à condition que soient respectés le libre choix et le paiement à l'acte avec des tarifs qui seraient négociés entre les syndicats et les caisses. Mais une forte minorité s'exprime contre toute forme de contrôle collectif et quitte l'USMF pour fonder, en 1925, la Fédération nationale des médecins de France (FNMF). En 1927, la FNMF parvient à faire voter les fameux sept principes de la médecine libérale et fusionne avec l'USMF pour fonder la Confédération de syndicats de médecins de France (CSMF). Le tout nouveau syndicat s'oppose alors avec vigueur à la loi de 1928 sur l'assurance maladie qui prévoit la négociation de tarifs dans le cadre de contrats locaux et la possibilité du tiers-payant. Une nouvelle loi doit être votée en 1930 qui laisse de côté cette fois la question de la fixation des honoraires et du tiers-payant. Ce coup de force des tenants de la médecine libérale fige pour longtemps la position des syndicats de médecins face à la protection sociale et la nécessaire régulation des coûts qu'elle implique. Encore aujourd'hui, les principes de la médecine libérale de 1927 pèsent sur les revendications et les débats.

Les sept principes de la médecine libérale promulgués en 1927 doivent pourtant beaucoup aux enjeux spécifiques de la confrontation entre l'Etat et les syndicats médicaux à l'époque. Présentés comme traditionnels et universels, ils ne constituent qu'une tendance parmi d'autres, celle qui s'impose à ce moment en France.

- Le premier principe est celui du libre choix du médecin par le malade. Contre les pratiques des caisses patronales qui préfèrent le plus souvent passer un accord avec un médecin, les syndicats

médicaux avaient imposé en 1905 ce principe qui commençait à se répandre. D'autres pays, comme la Grande Bretagne ne l'appliquent pas.

- Le deuxième principe est celui du respect du secret professionnel. S'il n'est contesté par personne, la définition de ses limites peut-être problématique et il peut être invoqué pour refuser de communiquer toute information permettant à l'organisme payeur - ou même au fisc - de contrôler l'activité des médecins, comme l'ont montré des exemples récents.

- Le principe suivant est le droit à des honoraires pour tout malade soigné. Il s'agit là de s'opposer à d'autres formes de paiement comme la capitation ou le salariat pratiqué dans d'autres pays et par certaines caisses privées (patronales ou mutualistes) à l'époque. Le paiement forfaitaire par les patients (une à deux fois par an) était aussi une habitude dans certaines campagnes jusqu'au début du XX<sup>e</sup> siècle et n'est donc pas moins « naturel » que le paiement à l'acte.

- Le paiement direct par le malade (et non le paiement par un tiers, l'assurance, après une visite gratuite pour le malade), qui constitue le quatrième principe répond à la crainte que le tiers-payant soit un moyen pour les caisses d'imposer leurs tarifs aux médecins. La soit-disant « entente directe », c'est-à-dire le droit pour le médecin de fixer ses honoraires au cas par cas, devient progressivement caduque entre 1960 et 1970.

- Le cinquième principe est celui de la liberté thérapeutique et de prescription. Pour l'organisme payeur, il est en effet tentant de chercher à limiter ses coûts en imposant aux médecins les traitements présentant le meilleur rapport efficacité/coûts, comme cela est normalement la règle pour toute dépense publique. Mais, au nom de l'autonomie professionnelle et de la dimension individuelle de la médecine, toute ingérence d'un tiers, même fondée sur des normes médicales, est rejetée. Soixante-dix ans après, certains médecins refusent encore, par exemple, l'imposition des médicaments génériques ou des références médicales opposables (RMO).

- Les sixième et septième principes posent que les caisses ne pourront contrôler que les malades et non les médecins et que les syndicats médicaux auront un droit de regard sur le fonctionnement des caisses.

Les syndicats médicaux acceptent donc les avantages de la prise en charge collective (une clientèle solvable plus nombreuse) tout en en rejetant les inconvénients. Arc-boutée sur la défense de l'autonomie de la pratique libérale individuelle, la CSMF fait obstacle au développement de la médecine sociale et de la santé publique. L'absence de tarifs opposables fait que la prise en charge reste partielle et que l'égalité devant les soins ne peut pas être assurée. Les institutions qui pourraient faire concurrence à la médecine libérale sont systématiquement combattues ou cantonnées à un rôle résiduel comme l'hôpital jusqu'en 1941, la médecine du travail ou les PMI après 1945.

Il faut attendre 1960 pour qu'un décret impose des plafonds de tarifs qui font l'objet de conventions signées individuellement avec chaque praticien. Contournée, la CSMF entre en crise et est obligée de suivre. En 1968, la Fédération des médecins de France (FMF), est créée par ceux qui refusent cette évolution. Une première convention nationale est alors signée entre la CSMF et la CNAM. La question centrale, à partir de cette date, devient la maîtrise des dépenses de santé, alors que le climat de division syndicale pousse les représentants des médecins à afficher des positions intransigeantes dans leurs rapports avec les pouvoirs publics. La logique n'est donc pas celle de la coopération, mais celle du conflit et du rapport de force (Hassenteufel, 1997).

Le cas des médecins allemands montre pourtant que la situation française n'a rien d'inéluctable et est surtout liée à un contexte historique particulier. En Allemagne, Bismarck impose en 1883, sans discussions, à une profession médicale qui n'est pas encore organisée, un système d'Assurance maladie. C'est donc dans le cadre de ce système de caisses que se constitue le premier syndicat de médecins allemands. L'idée de contrôle des dépenses de santé par un organisme de santé extérieur est donc d'emblée acceptée et la collaboration entre le système d'assurance et les médecins a permis un plus large financement des politiques de santé publiques et un contrôle des dépenses de santé plus consensuel, pour des revenus moyens par médecin plus élevés qu'en France.

Le contexte d'attachement des médecins de villes français au libéralisme explique leur refus de s'engager dans une politique négociée et consensuelle de contrôle des coûts. Si la croissance des dépenses hospitalières et de santé publique peut être limitée autoritairement et de façon comptable, les

dépenses de médecine de ville et les prescriptions sont difficilement contrôlables et augmentent à un rythme plus rapide depuis quinze ans.

## II - Médecine libérale et maîtrise des dépenses de santé

Dès la fin des années 1960, plusieurs évolutions conduisent les pouvoirs publics et l'assurance maladie à envisager un ralentissement des dépenses de santé. C'est tout d'abord l'ouverture de l'économie française vers l'extérieur qui rend la question des charges qui pèsent sur les entreprises plus préoccupante. Si la santé n'a pas de prix, le patronat se rend compte qu'elle a un coût et que celui-ci peut être un obstacle à la compétitivité. Par ailleurs, de façon au départ totalement autonome, se développe dans les années 1960 toute une réflexion critique sur le pouvoir médical autour des travaux de Michel Foucault ou d'Ivan Illich. L'intérêt de la croissance des dépenses de santé est remis en cause : non seulement les progrès dans la santé ou la longévité des populations ne seraient que dans une faible proportion liés à la médecine, mais celle-ci pourrait être également à l'origine d'effets pervers non négligeables. A cela s'ajoute, dans les années 1970 et 1980 la montée du chômage puis le rétrécissement de la vie active (entrée plus tardive et sortie plus précoce) qui déséquilibrent les comptes de la protection sociale. Le déficit est d'autant plus mal perçu que, dans les années 1980, l'entreprise privée devient une valeur sociale de plus en plus forte ; elle est présentée comme la source de toute richesse et la solution au chômage. Ce renouveau du credo libéral rend suspectes les dépenses sociales dont font parties les dépenses socialisées de santé. A cela s'ajoute enfin, dans les années 1990 les impératifs des critères de convergence économique européenne qui imposent une maîtrise assez stricte des déficits publics.

De 1970 au plan Juppé de 1995, 17 plans au total ont été mis en œuvre pour tenter de réduire le déficit de l'assurance maladie. Outre l'augmentation des cotisations sociales ou la création de nouvelles ressources fiscales, six grands types d'outils ont été mobilisés, de façon inégale, dans ces différents plans :

- La stratégie qui a été la plus souvent utilisée est de transférer la charge d'une partie des dépenses de santé sur les ménages ou leurs mutuelles. L'augmentation du « ticket modérateur » (la part des dépenses de soins qui revient à l'assuré) qui était de 20% en 1945 et est actuellement de 30% pour les honoraires et 35% (vignettes blanches) ou 65% (vignette bleue) pour les médicaments ; le déremboursement de certains médicaments comme les antiasthéniques en 1991 ; la création en 1982 puis l'augmentation régulière du forfait hospitalier en offrent de bons exemples. Sous-tendu par un raisonnement économique simpliste, l'objectif proclamé de ces mesures est de responsabiliser le consommateur. Mais c'est oublier que 85% des français sont couverts par une mutuelle et que la santé n'est pas un bien de consommation ordinaire (forte valeur sociale, faible marge de manœuvre du patient face aux prescriptions médicales, etc.). La demande de soins n'est donc pas affectée. Par contre, pour les organismes de Sécurité sociale, les économies réalisées sont importantes. De plus, ce genre d'action est bien accepté par les médecins et est facile à mener, même si cela est impopulaire dans l'opinion publique.

La conséquence de cette politique est que la France possède un des plus mauvais taux de couverture sociale des dépenses de santé parmi les pays européens. Pour les ménages pauvres ou qui ne possèdent pas de mutuelles, l'accès aux soins devient problématique et les inégalités de santé augmentent. Or celles-ci se traduisent par une moindre amélioration des grands indicateurs de santé (espérance de vie, mortalité infantile) comme le montre bien l'exemple américain. Cette situation a conduit les pouvoirs publics français, suite à la loi contre les exclusions de 1998, à créer une couverture maladie universelle (CMU) pour prendre en charge les 0,3% de français qui n'étaient pas encore affiliés à un régime d'assurance maladie et surtout pour offrir une protection complémentaire aux ménages qui n'en avaient pas et disposaient de ressources inférieures à 3600 francs par mois. Entrée en vigueur le premier janvier 2000, la CMU concerne actuellement cinq millions de personnes. Cela illustre bien les limites sociales des politiques visant à faire peser les dépenses sur les ménages. D'autant que comme toute aide ciblée, la CMU comporte des effets de seuil négatifs : les personnes juste au dessus du plafond (par exemple les bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé ou du minimum vieillesse) étant exclues du dispositif alors qu'elles en auraient eu besoin (Volovitch, 2001).

- Le deuxième ensemble d'outils a pour but de limiter l'offre de soins. La carte sanitaire, mise en place en 1970 avait d'abord pour objectif d'homogénéiser la répartition des équipements hospitaliers sur le territoire, mais elle sert de support, à partir de 1979, à un programme de diminution du nombre de lits. Pour la médecine ambulatoire, est décidé en 1977, et appliqué en 1979, un *numerus clausus* pour le passage en deuxième année des études de médecine. Cette dernière mesure ne portera ses fruits que progressivement, quand les médecins ayant commencé leurs études avant 1978 partiront à la retraite.

- Il est également possible de contrôler et de tenter de limiter l'augmentation des prix des actes et des produits remboursés, ce qui provoque des contestations des professionnels concernés. De plus, ces derniers, pour garantir un certain niveau de revenu, sont tentés de multiplier les actes ou les quantités vendues.

- Le principe des enveloppes globales a pour objectif de dépasser cette opposition entre contrôle par les prix et contrôle par les volumes. Le budget global est appliqué à partir de 1984 aux hôpitaux publics. L'hôpital n'est plus payé comme auparavant au prix de journée, ce qui pouvait inciter médecins et gestionnaire à allonger les durées de séjour, mais reçoit une dotation globale calculée en appliquant un coefficient fixe d'augmentation au budget de l'année précédente. Efficace d'un point de vue budgétaire, ce système est « aveugle » dans la mesure où il ne tient pas compte des conséquences et des arbitrages internes qu'entraînent le ralentissement des dépenses. En 1996, ce principe est étendu aux cliniques privées.

L'idée d'étendre cette technique aux dépenses de médecine de ville (honoraires et prescriptions) est proposée dès le début des années 1980, mais est rejetée par les médecins libéraux. Le « plan Juppé » prévoit toutefois d'imposer un système d'enveloppes globales, votées par le Parlement, avec menaces de sanctions collectives en cas de dépassement. Mais celles-ci n'ont pas été appliquées. En 1998, par exemple, les dépenses ont augmenté de 3,9% alors que l'objectif fixé était de 2,2%. L'année 2000, avec la reprise de la croissance, a même battu tous les records depuis dix ans. Alors que l'objectif de croissance des dépenses d'Assurance maladie du régime général était de 2,2%, celles-ci ont augmenté de 5,9%, principalement à cause des prescriptions en médecine de ville (arrêts maladie, médicaments, examens, etc.). Il est en effet difficile de contrôler efficacement un ensemble de petites décisions (des patients et des médecins) décentralisées et libres. Les médecins, en mobilisant l'opinion publique, ont su faire échec au principe des sanctions collectives. L'objectif des pouvoirs publics est maintenant d'associer les négociations de revalorisation d'honoraires au respect des objectifs.

- La cinquième forme d'action peut être assimilée à la notion de maîtrise médicalisée des dépenses de santé. L'idée, lancée à partir de la fin des années 1980, consiste à définir des normes de bonnes pratiques, à la fois sur le plan médical et économique, afin de pouvoir débusquer les gaspillages et les dépenses inutiles et/ou dangereuses pour le patient. Dans le conflit d'intérêt qui oppose le gestionnaire au médecin, le second est en effet en position de force du fait du monopole d'expertise technique dont dispose la profession (Freidson, 1984). Lui seul peut légitimement dire si telle ou telle décision thérapeutique est souhaitable ou non. Cette zone d'incertitude, selon le vocabulaire de Crozier et Friedberg (1977), est une source de pouvoir importante, notamment à l'hôpital. D'où la volonté de la réduire en produisant des références qui pourront légitimement être opposées au pouvoir médical. Il existe deux façons d'y parvenir. Partir des pratiques moyennes existantes ou consulter des spécialistes incontestés de chaque domaine pour construire une pratique « idéale ». Le premier cas est illustré par le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) et les groupes homogènes de malades. Le principe est que pour chaque pathologie ou pour une catégorie de malades semblables, on calcule le coût moyen dans les services hospitaliers français. Le service qui dans un cas similaire dépasserait largement ce coût moyen pourrait alors être rappelé à l'ordre. Dans le domaine de la médecine ambulatoire, les tableaux statistiques d'activité des praticiens (institués en 1971) permettent de comparer les prescriptions d'un médecin avec celles, en moyenne, de ces confrères. Mais seuls les très gros abus, font l'objet de sanctions qui restent peu dissuasives. L'autre méthode est illustrée par la mise en place en 1993 des références médicales opposables. Celles-ci sont élaborées lors de conférences de consensus auxquelles participent les experts reconnus. Une trentaine des références existent en 2000, ce qui est loin de couvrir toute la pathologie.

- Pour finir, la maîtrise des dépenses peut être recherchée par la transformation de l'organisation interne du système de santé et de l'organisation de la profession médicale. Il s'agit de changer de



référentiel en matière de dépenses de santé de façon à développer une approche plus globale et moins inflationniste des problèmes sanitaires.

## Séance 7 Les difficultés dans la mise en œuvre des politiques de santé publique :

### II - Les limites de l'approche technocratique

La présentation habituelle de la mise en œuvre d'une politique publique – confortée par les acteurs politiques ou administratifs – fait de celle-ci une démarche rationnelle allant de l'émergence d'un problème au diagnostic et à l'action. Les transformations du système social, les évolutions démographiques, l'apparition de nouvelles pathologies ou de nouveaux comportements qui induisent une menace pour la santé des populations sont détectés par des experts ou suscitent une demande sociale explicite. Un problème ou une question sont alors clairement identifiés et des réponses techniques y sont apportées avec le souci de l'intérêt général et de l'efficacité optimale. Cette approche rationaliste ou technocratique (Guillemard, 1980) soulève toutefois un certain nombre de difficultés. Elle suppose tout d'abord que les problèmes sanitaires ou sociaux se manifestent d'eux-mêmes aux pouvoirs publics et qu'il suffit qu'une situation « anormale » existe pour qu'elle devienne une question politique. Toutefois, l'exemple des différents « problèmes de santé publique » montre qu'il est au contraire nécessaire, à chaque fois, d'avoir des acteurs suffisamment motivés et organisés pour faire remonter aux autorités compétentes les préoccupations.

D'autre part, une telle vision des choses suppose qu'il n'existe pas de conflits entre les différents intérêts sociaux ou du moins qu'une procédure technique est susceptible de les dépasser, par exemple à travers une analyse coûts/avantages. Or il suffit de penser aux enjeux économiques liés à la reconnaissance des tableaux de maladies professionnelles pour constater qu'il n'en est rien et que le marchandage et les rapports de force priment sur l'intérêt général. Enfin, toute décision publique ne fait pas nécessairement l'objet d'une application automatique et univoque. Les agents administratifs chargés de la mettre en œuvre, les usagers à qui elle s'adresse peuvent en détourner le sens et les effets ou lui donner une autre forme.

La mise œuvre d'une politique publique est donc un processus complexe qui ne peut pas être résumé par une formule simple. Pour réduire cette complexité, les spécialistes des politiques publiques ont tout d'abord cherché à découper ce processus en quelques étapes types (approche séquentielle). La première est celle de l'identification : il faut convaincre l'opinion et/ou les décideurs publics que quelque chose ne va pas ou pourrait aller mieux et que la collectivité aurait intérêt à ce qu'une action soit entreprise. Le rôle des experts – qui dans le domaine de la santé sont le plus souvent des médecins – est ici nécessaire mais non suffisant ; une pression politique et sociale organisée peut seule faire d'une question technique un problème politique. La deuxième étape est celle du développement du programme d'action. La détection et la caractérisation d'un problème implique de façon préférentielle certaines solutions plutôt que d'autres, mais plusieurs options sont souvent possibles. Il s'agit de trouver les plus réalisables et celles qui seront le plus facilement reconnues comme légitimes par les acteurs concernés. En troisième lieu intervient la mise en œuvre, c'est-à-dire l'organisation de moyens et leur application concrète. Le quatrième moment est alors celui de l'évaluation : des critères de satisfaction sont définis qui permettent de jauger dans quelles mesures les objectifs de départ ont été atteints et, éventuellement, de proposer de nouvelles recommandations pour « rectifier le tir ». La dernière étape est celle de la terminaison du programme quand le problème est supposé résolu. Une telle démarche « idéale » ne se présente malheureusement jamais, dans la réalité, de façon aussi pure.

Ainsi, on ne part jamais de rien, et il existe souvent des précédents, des traditions d'action publique qui structurent le type de réponse qui sera apporté. Ainsi, quand apparaît le sida, au début des années 1980, le secteur des maladies sexuellement transmissibles est une branche un peu désuète de la politique de santé publique française, elle-même considérée comme une spécialité médicale peu valorisée. Du coup, alors que la nouveauté du phénomène clinique est très vite repérée, sa définition comme problème public est retardée en France par l'absence de tradition d'intervention en

épidémiologie et en santé publique (Setbon, 1993). Par contre, en 1996, quand le problème de la maladie de la « vache folle » devient une affaire médiatique, le précédent de « l'affaire du sang contaminé » a pour effet d'encourager les pouvoirs publics à opter pour le principe de précaution et à agir avant même d'avoir des connaissances définitives sur le problème à traiter. Rétablir la confiance publique devient plus important que d'agir en fonction des connaissances disponibles.

Par ailleurs, les étapes ne s'enchaînent pas toujours dans un ordre aussi clair et logique. Dans certains cas elles peuvent être déconnectées entre elles. C'est le cas, par exemple de la prise en charge des épidémies de grippe en France : un réseau d'observation serré existe qui permet une surveillance fine de la nature et du développement des épidémies de grippe. Cette surveillance pourrait être le support d'actions spécifiques, adaptées à la configuration propre de chaque épidémie. Pourtant la réponse apportée est toujours la même, fondée sur une gestion bureaucratique et standardisée : remboursement du vaccin à certaines catégories et à dates fixes (Dab, 1993). Des réponses toutes faites sont appliquées de manière mécanique sans forcément que des expertises préalables aient été mobilisées. Enfin, il est parfois difficile de distinguer les différentes étapes entre elles. La façon dont est diagnostiqué et défini un problème implique certaines solutions plutôt que d'autres, tout comme les critères de satisfaction qui pourront être utilisés lors de l'évaluation. Par exemple, définir la question des accidents de la route dans lesquels sont impliqués des conducteurs sous l'emprise de l'alcool en termes de comportements individuels (le « choix » de conduire en état d'ivresse) amène les pouvoirs publics à envisager essentiellement une action de prévention et de répression de la conduite en état d'ivresse plutôt que d'autres comme le développement des transports en commun, l'aménagement de la sécurité des routes ou des véhicules ou encore la répartition spatiale des lieux d'habitation et de consommation d'alcool (Gusfield, 1981). La phase initiale de détection et de définition du problème est donc centrale et déterminante et peut elle-même être décomposée en plusieurs temps. D'autant plus, qu'en matière d'épidémiologie et de santé publique, la complexité et l'incertitude laissent souvent une marge de jeu stratégique importante aux différents acteurs concernés.

## **II - La construction sociale et politique des problèmes de santé**

Identifier un problème de santé publique, le faire apparaître comme un enjeu collectif nécessitant une intervention publique, constitue un travail à la fois scientifique, culturel et politique. Tout un courant de la sociologie américaine (Spector et Kitsuse, 1977 ; Gusfield, 1981 ou Conrad et Schneider, 1981) s'est attaché à formaliser le processus par lequel une question qui était d'abord considérée comme relevant de simples choix privés devient un problème social. Celui-ci peut être schématisé à travers trois étapes.

La première étape que l'on peut dégager analytiquement est celle de la découverte par un professionnel, ou un petit groupe de professionnels, le plus souvent des médecins, d'une nouvelle maladie ou d'un nouveau problème de santé. Dans le cas de la France, il s'agit souvent d'une importation plutôt que d'une réelle innovation. C'est ainsi que la plupart des nouvelles entités cliniques construites autour de la fatigue (neurasthénie, burn-out, syndrome de fatigue chronique...) ont été « inventées » par des médecins d'Amérique du Nord ; même si certains médecins français ont tenté d'apporter leur touche personnelle (Pierre Jannet fait de la neurasthénie la psychasthénie, le professeur Kahn qualifie la fibromyalgie de syndrome polyalgique idiopathique diffus...).

Lors de cette étape, les médecins innovateurs restent le plus souvent ignorés – voire même parfois dénigrés – par leurs confrères et par le grand public. Les exemples du sida (Setbon, 1993), de l'alcoolisme (Conrad et Schneider, 1981), du cancer (Pinell, 1992) ou de la fatigue (Loriol, 1998) montrent que les premiers médecins à défricher un champ inédit d'investigation sont souvent marginaux et isolés au sein de leur profession. Il n'est pas rare, d'ailleurs, que les nouvelles définitions restent au niveau de l'opinion d'un auteur et s'effacent rapidement dans l'oubli. Les revues médicales d'il y a cinquante ou cent ans sont pleines d'étiquettes de maladies qui ont aujourd'hui disparu. Cette remarque conduit à relativiser l'importance de cette première étape et donc à remettre en cause les analyses ne portant que sur la « création » de la maladie par le médecin. C'est pourquoi la deuxième étape est absolument indispensable. D'ailleurs, le travail du médecin ne se fait pas dans un vide social et culturel mais dépend également pour une part des schèmes de pensée dominants à une époque et/ou

dans un milieu social particulier. Les forces sociales à l'œuvre dans la deuxième étape sont ainsi déjà présentes dans le travail de recherche médicale. Il en est ainsi de la forte prégnance de la vision libérale au XIX<sup>e</sup> siècle qui touche également les médecins et oriente de façon nette certaines théories comme la théorie miasmatique.

La deuxième étape est celle que l'on peut qualifier « d'entreprise de morale », c'est-à-dire celle par laquelle une nouvelle norme en matière de santé sera popularisée et peu à peu imposée. Il s'agit de faire un travail d'information et de « propagande » pour la nouvelle maladie. Les principaux moyens utilisés pour cela sont : l'organisation de congrès, la médiatisation, la mise en place d'enquêtes et de protocoles de recherche pour prouver l'existence et l'importance du problème, le lobbying auprès des autres médecins (spécialité des visiteurs médicaux des laboratoires pharmaceutiques) ou des autorités... Ce travail peut être fait directement par les médecins proposant la nouvelle définition du problème, comme dans le cas du petit groupe de médecins français à avoir diagnostiqué les premiers cas de sida (Setbon, 1993), mais il est aussi souvent effectué par des groupes profanes. Une telle configuration permet au médecin d'éviter un travail qui pourrait nuire à son image d'expert neutre et impartial. Ces groupes profanes sont parfois totalement autonomes par rapport au médecin inventeur et ne font qu'utiliser la nouvelle théorie dans un but de légitimation de leur action. C'est le cas, par exemple, des « Alcooliques Anonymes » (Conrad et Schneider, 1980) qui ont popularisé, dans les années 1930 et 1940 aux Etats-Unis, l'idée que l'alcoolisme est une maladie.

Le groupe d'intérêt profane qui va se charger de l'entreprise de morale peut aussi être suscité par « l'inventeur », comme le montre l'exemple de nombreuses associations de malades. Le cas des laboratoires pharmaceutiques offre un autre exemple intéressant de stratégies profanes d'entreprise de morale, à travers notamment la publicité et le démarchage auprès des médecins, visant à convaincre le prescripteur, comme le patient dans le cas de médicaments non remboursés, de l'existence de nouvelles indications nécessitant de nouveaux traitements. Dans tous les cas, pour que l'entreprise de morale soit véritablement soutenue et supportée par des stratégies profanes, il est nécessaire que la nouvelle définition de la maladie ou du problème médical puisse conforter les représentations sociales de certains acteurs voire appuyer et renforcer leurs intérêts sociaux et économiques. C'est à cette condition que des acteurs seront motivés pour se mettre au service du travail de consolidation et de diffusion de l'information. Une entreprise de morale pour imposer une nouvelle notion médicale a donc d'autant plus de chances de réussir qu'elle s'inscrit dans le type d'expérience sociale propre à un moment historique et un milieu social spécifique.

La dernière étape, si l'entreprise de morale a été un succès, est celle de l'institutionnalisation de la nouvelle définition, c'est-à-dire le moment où elle devient stable, prévisible, consensuelle, voire objectivée dans des textes à caractère officiel. Pour une nouvelle maladie, les formes d'institutionnalisation peuvent être très variées : inscription dans une liste officielle (classification du *Center for Disease Control* d'Atlanta, par exemple), introduction dans les programmes et les manuels de médecine, création d'institutions spécialisées dans la prise en charge d'un problème (par exemple centre de désintoxication alcoolique, centre de la douleur...) ou encore reprise dans un texte de loi ou une mesure réglementaire (par exemple limitation légale du niveau sonore dans les ateliers de travail ou du taux d'alcoolémie au volant). Dans la phase d'institutionnalisation le problème ou la maladie peuvent faire l'objet de politiques publiques, mais pas nécessairement dans la mesure où l'on peut considérer que le traitement de la question relève du seul colloque singulier entre le médecin et son patient.

Pour qu'une question de santé fasse l'objet d'une intervention collective, il faut donc que l'entreprise de morale l'ait inscrite sur l'agenda politique, qu'elle ait été politisée. « L'agenda politique comprend l'ensemble des problèmes perçus comme appelant un débat public, voire l'intervention d'une autorité publique légitime » (Padioleau, 1982). L'exemple de la légalisation de l'avortement permet d'illustrer cette idée. Il s'agit tout d'abord d'une revendication portée par différents mouvements féministes au nom du droit des femmes à disposer librement de leur corps, mais les prises de position et l'image radicale de certains de ces mouvements délégitiment, aux yeux de l'opinion dominante, leur action. C'est en fait la mise en évidence de la situation tragique des femmes obligées d'avorter clandestinement ou à l'étranger, parfois au péril de leur santé, qui fait émerger, avec l'appui de médecins engagés, l'avortement comme question légitime. Un événement vient alors précipiter les choses : le procès d'une jeune fille de 17 ans, convaincue d'avortement alors qu'elle a été violée par

un « voyou ». L'épaisseur humaine de ce drame concrétise le problème de l'avortement et creuse encore l'écart entre l'opinion publique et le droit (Horellou-Lafarge, 1982). Les « dangers » brandis par les opposants à la légalisation comme la baisse de la natalité apparaissent bien abstraits par rapport à l'intérêt immédiat de cette victime que l'on a placée injustement en situation d'accusée (Padioleau, 1982).

La construction des problèmes de santé publique ne peut donc se limiter à un simple travail d'expertise technique ou scientifique, mais relève bien d'un processus social et politique d'autant plus ouvert que la science permet rarement d'avancer des certitudes telles que la décision puisse passer outre les options de valeur. De plus, l'action du gouvernement ne répond pas seulement à un problème technique aux frontières bien délimitées mais aussi à des enjeux politiques et d'intérêts larges et complexes que l'expert n'a pas toujours en vue.

# ANNALES

## SUJETS D'EXAMEN

### 2007 : TRAITÉZ, AU CHOIX, L'UN DES DEUX SUJETS SUIVANTS :

1°/ Le sociologue des organisations Amitai Etzioni a parlé à propos des infirmières de « semi-profession ». En vous basant sur vos connaissances du fonctionnement de l'hôpital (ou d'autres institutions comme les PMI) et la sociologie des professions, expliquez l'intérêt et les limites de cette catégorie (pour les infirmières, mais aussi d'autres groupes professionnels dans le champ de la santé)

\*\*\*\*\*

2°/ Commentez et discutez l'article suivant (*Libération* du 26/01/2007) :

Selon une étude, les revenus des spécialistes ont progressé trois fois plus vite que ceux des salariés en quatorze ans.

*«Une telle augmentation des revenus chez les médecins est incompréhensible, lâche Christian Saout, membre du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. C'est incompréhensible à l'heure où l'on note autant de patients CMU qui se voient refuser l'accès aux soins par certains médecins.»* Et le président de l'association Aides de dresser un sombre pronostic : *«La situation est devenue grave, nous vivons une véritable rupture du pacte social entre la société et les médecins.»*

**Disparité.** Hier, en séance plénière, le Haut conseil a débattu d'une étude qui analyse l'évolution des revenus des médecins libéraux. Les résultats sont sidérants : en quatorze ans, les revenus globaux des médecins spécialistes ont progressé trois fois plus vite que ceux des salariés, et ceux des médecins généralistes, 2,5 fois plus. On arrive ainsi, en 2004, à des honoraires nets de charges de 60 500 euros par an pour un généraliste et de 100 500 euros pour un spécialiste. Cette très forte augmentation est en partie liée à la revalorisation du prix de la consultation de près de 20 %. De plus, notent les experts, les dépassements des honoraires se généralisent, en particulier chez les spécialistes où près de 40 % de leurs consultations sont facturées au-delà du prix conventionnel. L'étude insiste aussi sur la disparité des situations. Ainsi, *«à l'âge de 40 ans, les femmes spécialistes perçoivent environ 40 % de moins que les hommes, et les femmes généralistes 25 % de moins que leurs collègues masculins»*. De même, ils remarquent que ces revenus varient avec l'âge. *«Les honoraires, assez faibles pendant les premières années d'exercice du médecin, s'accroissent très rapidement pour plafonner entre 35 et 55 ans. Ils se réduisent ensuite lentement, plus rapidement à partir de 60 ans.»*

La publication de ces revenus moyens a fait l'effet d'une bombe. Et provoqué la colère des syndicats de médecins libéraux, en particulier du Dr Michel Chassang, qui préside la Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF), et membre également du Haut conseil. Pour ces syndicats, ces moyennes n'ont aucun sens, et surtout elles ne tiennent pas compte de l'augmentation du temps de travail chez les médecins. La CSMF, très remontée, va jusqu'à demander que *«soient supprimées les comparaisons des revenus des médecins libéraux avec ceux de la moyenne des salariés. Elles n'ont aucun sens ! En revanche la CSMF demande à ce que ces rapprochements soient faits avec les*

*revenus des salariés ayant un niveau de qualification comparable (10 ans d'études supérieures) pour une durée de travail hebdomadaire équivalente et rapportée à une durée de carrière identique».*

---

## **2006 : TRAITÉZ, AU CHOIX, L'UN DES DEUX SUJETS SUIVANTS :**

1°/ Commentez et discutez, à partir de références et d'exemples précis, ce petit texte du sociologue Jean-François Orianne :

« Après neuf ans d'internement à Rodez, Antonin Artaud nous rappelle que « *s'il n'y avait pas eu de médecins, il n'y aurait jamais eu de malades* ». Cette thèse, selon laquelle les maladies sont des inventions, des catégories construites par un corps professionnel, et les malades les produits d'institutions sociales, a été largement développée par la seconde génération de sociologues de l'école de Chicago (Hughes, Becker, Freidson, Goffman). En France, les travaux de Foucault ont largement contribué à son essor. »

\*\*\*\*\*

2°/ Commentez l'extrait d'article suivant (vous n'êtes pas obligés de vous limiter à la question du tabac et de l'alcool ; d'autres actions préventives peuvent servir d'exemple à vos démonstrations) :

« Les Français fument et boivent de moins en moins. Cette tendance, enregistrée depuis quelques années, est confirmée par les résultats du Baromètre santé 2005, rendus publics jeudi 9 mars. Réalisée depuis 1992 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), la cinquième édition de cette enquête nationale a été réalisée, pour la première fois, à partir d'un échantillon représentatif de 30 000 personnes (contre 13 000 auparavant), âgées de 12 à 75 ans. C'est la consommation d'alcool qui enregistre la diminution la plus spectaculaire : entre 2000 et 2005, la proportion d'hommes buveurs quotidiens est passée de 27,8 % à 20,3 % et celle des femmes de 11,2 % à 7,3 %. Derrière ce bon résultat global, *"les usages problématiques d'alcool persistent"*, souligne l'Inpes. Ainsi, 14 % des personnes interrogées déclarent au moins un épisode d'ivresse par mois et 9% présentent un risque de dépendance.

La consommation de tabac livre le même tableau : si la part des fumeurs diminue (29,9 % en 2005 contre 33,1 % en 2000) – particulièrement parmi les femmes (– 11 %) et les plus jeunes (– 41 % chez les 12-15 ans) –, en revanche, le nombre moyen de cigarettes fumées par jour passe de 13,9 à 14,8. Ce sont surtout les petits fumeurs qui sont parvenus à arrêter leur consommation, les plus dépendants étant toujours aussi nombreux. Tout se passe comme si *"la prévention servait à ceux qui en ont le moins besoin"*, constate Philippe Lamoureux, directeur de l'Inpes. *"Les progrès accomplis ont induit des bénéfices de santé inégalement répartis, les populations les plus vulnérables ayant proportionnellement moins bénéficié des avancées réalisées que la moyenne des Français"*, poursuit-il. Les campagnes nationales de prévention pour inciter le grand public à modifier son comportement vis-à-vis de l'alcool et du tabac, ou encore celles incitant au dépistage de certains cancers, ne sont pas suffisamment pertinentes pour réduire les inégalités de santé. En grossissant le trait, la femme cadre qui fume cinq cigarettes par jour est davantage sensibilisée à l'information sur les méfaits du tabac que l'ouvrier accroché à son paquet quotidien.

Au-delà du lien entre conduites à risque pour la santé et catégories socioprofessionnelles, le Baromètre santé fait apparaître une forte spécificité masculine. *"L'écart se creuse entre hommes et femmes"*, insiste M. Lamoureux. Les *"gros fumeurs"*, les *"gros buveurs"* et les accros aux drogues illicites se recrutent surtout chez les hommes. Ainsi, entre 2000 et 2005, la part de consommateurs réguliers de cannabis parmi les hommes de 15-64 ans est passée de 2,6 % à 4,3 %. *"Nous devons probablement recentrer les discours de santé publique sur la population masculine"*, estime le directeur de l'Inpes. »

**LE MONDE** du 09/03/2006

---

## 2006 TRAITER, AU CHOIX, L'UN DES DEUX SUJETS SUIVANTS :

### 1°) Inégalités sociales et santé

\*\*\*\*\*

2°) Discuter et commenter, en vous appuyant sur vos connaissances personnelles, le texte suivant :

*Les médecins libéraux sont invités à alléger le montant de leurs ordonnances*  
(LE MONDE du 15.03.2005)

Des délégués de l'assurance-maladie vont rencontrer 50 000 praticiens pour les inciter à éviter les "prescriptions inappropriées". L'opération vise à réaliser un milliard d'euros d'économies. Les médecins libéraux vont devoir changer leurs habitudes de prescription. Deux mois après la signature de la nouvelle convention médicale, qui prévoit de réaliser un milliard d'euros d'économies dès 2005 grâce à la "*maîtrise médicalisée des dépenses de santé*", l'assurance-maladie passe aux travaux pratiques. "*L'enjeu pour 2005 est de savoir si, oui ou non, lorsqu'on négocie avec des syndicats des objectifs partagés, on obtient des résultats*", a résumé, lundi 14 mars, Frédéric Van Roekeghem, directeur de l'assurance-maladie, en présentant l'arsenal d'actions déployées pour convaincre les praticiens de s'engager dans la réforme. Ce "*programme d'information*" vise à "*modifier les comportements*" des professionnels de santé. Dès la semaine prochaine, 620 "*délégués*" - qui sont à l'assurance-maladie ce que les visiteurs médicaux sont à l'industrie pharmaceutique - rencontreront individuellement quelque 50 000 médecins. Non pour leur vanter les vertus de nouveaux médicaments mais pour les convaincre d'alléger leurs ordonnances. Cinq thèmes de "*prescriptions inappropriées*" ont été retenus : diminuer la consommation de statines (médicaments anti-cholestérol, 161 millions d'euros d'économies attendues), de tranquillisants et de somnifères (33 millions), d'antibiotiques (91 millions), limiter les arrêts de travail (150 millions) et respecter la réglementation pour le remboursement des patients en affection longue durée (ALD, 455 millions). Pour les inciter à contribuer à la réduction du déficit de la Sécurité sociale, les délégués fourniront à chaque médecin leur "*profil personnalisé*". Ce document de cinq pages, rempli de graphiques en couleur, compare, à l'échelle départementale, le niveau de prescriptions du praticien par rapport à la moyenne de ses confrères. Il pourra ainsi savoir s'il est considéré comme un "gros" prescripteur. Parallèlement, les 2 000 médecins conseils de l'assurance-maladie contacteront les médecins qui "abusent" pour leur rappeler les recommandations de bonne pratique médicale et les enjeux de santé publique. Sur chaque thème retenu, l'assurance-maladie ne manque pas d'arguments. Pour les psychotropes, par exemple, elle fera valoir que la France est, sans raison apparente, le premier pays consommateur de somnifères et de tranquillisants, que les médecins ne respectent pas assez la durée et la posologie des traitements et ne réévaluent pas suffisamment leur opportunité. [...] En cas de "*pratiques médicales manifestement abusives*", la Sécurité sociale pourra se reporter à la loi du 13 août 2004 réformant l'assurance-maladie qui prévoit la possibilité de prononcer, "après avis d'une commission", des "*pénalités en fonction de la gravité des faits*". Pour l'heure, les responsables de l'assurance-maladie parlent surtout de "*démarche coopérative*" et de "*visites confraternelles*" tout en rappelant qu'ils entendent "*renforcer les contrôles avant remboursement*".