

Comment mesurer la santé ?

Marcel Drulhe*

MALGRÉ UNE AUGMENTATION des recours au système de soins, beaucoup de Français considèrent encore leur santé avec une certaine fatalité : selon la voie tracée par le destin (qu'il soit figuré par une « bonne » ou « mauvaise étoile », par la Nature ou par la Providence), on vivrait plus ou moins tôt avec la souffrance et la maladie, et finalement personne ne pourrait avancer ou retarder le moment de sa mort (aux suicidés près, mais n'est-ce pas leur destinée ?). L'esprit des danses macabres, qui ironise furieusement sur l'égalité des riches et des pauvres, des gentilshommes et des gueux, des prélats et des sans-grade devant la mort, reste encore vivace dans nos campagnes et nos agglomérations.

Pourtant les spécialistes des sciences de l'homme et de la société ont depuis longtemps établi, tant en France qu'à l'étranger, que la transition épidémiologique¹ n'a pas pour autant fait disparaître l'hétérogénéité sociale de la santé : mortalité, morbidité, appréciation de la santé, comportements sanitaires ne se distribuent pas au hasard à travers les différentes positions de l'espace social (strates de la hiérarchie sociale, appartenance générationnelles, sexuelles et ethniques, phases du cycle de vie, etc.).

Pourtant, même si ce lien étroit entre santé et société est indéniablement établi, trois questions subsistent : la description de la santé des populations à travers les indicateurs empiriques habituellement sélectionnés – mortalité, morbidité, consommation médicale, etc. –

* Professeur de sociologie à l'Institut des sciences sociales Raymond-Ledrut, université de Toulouse-le-Mirail. Auteur de *Santé et société. Le façonnement social de la santé*, Paris, PUF, 1996.

1. On peut caractériser rapidement la transition épidémiologique comme le déclin des maladies infectieuses dans les causes médicales de décès, ce qui a pour conséquence d'allonger fortement l'espérance de vie.

est-elle bien « représentative » de ce qu'elle prétend objectiver ? Le constat de l'hétérogénéité sociale de la santé procède de la mesure de corrélations statistiques entre états sanitaires et indices des différentes composantes de l'espace social : n'est-ce pas privilégier une posture épistémologique qui considère sans examen un certain nombre de « données » en tant que « faits objectifs », comme si leur délimitation et leur désignation n'avait pas fait l'objet d'un découpage préalable ? Enfin, la description et la mesure de la santé s'effectuent très largement, comme on vient de l'indiquer, à partir de la mortalité, de la morbidité, de la consommation médicale et des comportements soupçonnés de détériorer l'équilibre (tabagisme, alcoolomanie, etc.) : n'est-ce pas accorder une énorme prérogative au pathologique alors que l'idée selon laquelle la santé ne se réduit pas à l'absence de maladie est largement acceptée ?

Empirisme et positivisme

La recherche sur les états de santé des populations et leur dynamique est très largement dominée par le modèle étiologique, à la fois empiriste et positiviste. Deux éléments sont particulièrement significatifs de la logique empiriste de ce modèle. Selon le premier, la théorie étiologique est présentée comme interprétation adéquate de données observées sans *a priori*, « neutres et objectives ». Or, si la résistance du réel est bien la condition de toute vérification scientifique, l'analyse des procédures de vérification remet en cause, au moins partiellement, cette neutralité : le rassemblement de données suppose un choix préalable des « qualités » du réel que le chercheur veut « tester ». Cette sélection de certains aspects, au détriment d'autres, est bien une « théorie-en-acte » qui inscrit un point de vue idéologique, culturel ou pour le moins ethnocentrique, s'il est implicite – mais qui peut être élaboré en construction théorique réfléchie déclinant ses fondements, si elle est explicitée. Dans l'épidémiologie sociale habituelle, c'est encore le coup de force théorique implicite qui est largement en œuvre, par exemple quand on isole « des comportements de santé » (dont le tabagisme) au sein des comportements sociaux, sans produire un « critère universel » qui serait au fondement de cette taxinomie.

L'empirisme épidémiologique ajoute un second élément à sa démarche, sans doute issu de la tradition clinique de la médecine : l'inductivisme. Il s'agit de cette volonté de faire de l'expérience la source de toute connaissance scientifique. Le problème de cette démarche est le passage d'une juxtaposition de cas singuliers semblables à l'énoncé de propositions générales. On le suppose résolu

sous trois conditions : un grand nombre d'observations particulières ; faire varier les contextes de ces observations ; l'énoncé général ne doit pas comporter d'exception. Ce dispositif de contrôle est exposé à bien des difficultés, à commencer par le fait que les sciences sociales ne peuvent pas formuler d'énoncé du genre de l'implication stricte (si A, alors B) sans se heurter à nombre d'exceptions.

La théorie des probabilités et la statistique permet de contourner l'obstacle : la possibilité de calculer la probabilité d'erreur rend acceptable l'implication faible (si A, alors il est probable que B, à 5 % d'erreur près, par exemple), ce qui conduit l'épidémiologie à parler haut et fort des « facteurs de risque » (invoquer des « causes » à ce niveau lui paraît impossible, faute de parapluie de l'implication stricte). Encore ce contournement ne résout-il pas le problème épistémologique de justification de l'induction : combien de fois faut-il mettre sa main dans le feu pour conclure qu'il provoque des brûlures ? Combien d'hémophiles séropositifs à l'HIV sont-ils nécessaires pour conclure au danger du regroupement des dons de sang ? On ne peut sortir de ces impasses qu'en adoptant la position poppérienne² : ce n'est pas l'observation empirique qui est à la source de la connaissance scientifique mais l'expérimentation, ou son équivalent, guidée par une théorie préalablement construite.

Encore ce dernier point de vue peut-il s'intégrer dans la logique positiviste, prédominante dans la littérature épidémiologique. Il est difficile de caractériser cette perspective, tellement le positivisme a pris des formes diversifiées dont la complexité est souvent masquée par des critiques simplificatrices. Au risque de la réduction, retenons ce qui apparaît comme les trois principaux piliers de son édifice : les mondes naturel et social sont potentiellement transparents à la raison, de sorte qu'on peut découvrir les principes qui président à leur fonctionnement ; tout phénomène ne se produit pas par hasard : il est déterminé, c'est-à-dire qu'il a une ou des causes ; enfin, la capacité de notre raison est illimitée à condition d'en faire un usage approprié : le progrès de l'humanité va de pair avec le progrès scientifique et se fonde sur lui.

Guerres, atrocités et catastrophes écologiques produites par l'espèce humaine ont très largement remis en cause ce dernier postulat, souvent qualifié de « scientisme ». Mais les postulats précédents ne valent pas mieux : le vecteur d'observation affecte l'observé et, dans le monde social, les objets d'observation sont aussi des sujets de sorte qu'il devient impossible de tout réduire à des relations de cause à effet. Dès lors, pourquoi cette résistance du positivisme, en particulier dans les bastions de la biomédecine ?

2. K. R. Popper, *La Logique de la découverte scientifique*, Paris, Payot, 1984.

Au-delà de leurs raisonnements erratiques, les positivistes nous laissent un héritage incontestable qu'on ne peut pas rejeter sans risques. Contre tout réalisme naïf, le courant positiviste rappelle que l'objectivité est affaire de construction reproductible ; il montre aussi que les mondes naturel et social sont irréductibles à quelque essence ou substance (« la » maladie, « la » santé, « la » femme, « la » famille, etc.) et que tout résultat scientifique se conquiert dans la durée et dans l'ouverture aux débats argumentés. Cependant, les positions empiristes et positivistes aboutissent à un effet pervers dont témoigne une grande partie de la littérature épidémiologique internationale : si on dispose, en matière de santé, d'un très grand nombre de propositions statistiquement démontrées, on ignore leur cohérence et leur signification faute d'un modèle intégrateur qui permettrait de rendre intelligible l'ensemble de ces démonstrations partielles.

L'impossible « positivité » de la santé

Définir la santé comme « le silence des organes » n'est plus acceptable et n'est plus accepté aujourd'hui. C'est pourquoi l'OMS s'est essayée à une définition « positive » : « un état complet de bien-être physique, mental et social ». Mais la santé ainsi déterminée présente toutes sortes de difficultés. D'abord cette perspective se situe dans l'horizon des normes et des utopies : on a remarqué que des mouvements de *healthism* (littéralement, « santéisme ») se développaient et qu'ils comportaient des dimensions totalitaires³. Ensuite il est délicat de discerner l'ensemble des valeurs, normes et conduites qui dénotent et connotent la santé.

Dès lors en est-on réduit, pour saisir convenablement le bien-être des populations, à décrire et mesurer son envers, c'est-à-dire les troubles et les pathologies ? Dans toutes les enquêtes que l'on peut consulter, sur le plan international, il est remarquable de constater qu'une grande proportion d'individus ayant des maladies chroniques font une autoévaluation de leur état en termes de « bonne santé », voire de « très bonne santé ». Peut-on préciser cet « horizon de santé » qui constitue la référence des gens ordinaires ?

Les mêmes ingrédients principaux rapprochent et distinguent à la fois diverses configurations de la santé⁴ : un « don naturel » à gérer, à investir ou à savourer, dont l'individu se sent responsable du maintien ou du développement, ou bien dont le devenir échappe (qu'il

3. L. Slez, *La Santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*, Paris, Le Seuil, 1995.

4. Les colloques de l'Inserm, *Conceptions, mesures et actions en santé publique*, vol. 104, Paris, Inserm, 1981 ; les colloques de l'Inserm, *les Représentations de la santé. Bilan actuel, nouveaux développements*, vol. 178, Paris, Inserm, 1989.

dépende du destin ou des investissements de l'État-providence dans le système de soins). Leur composition ne s'effectue pas au hasard : « l'horizon de la santé » n'est pas le même selon que l'on est cadre ou ouvrier, artisan ou agriculteur ; pour les uns, l'organisme résonne des échos de l'hédonisme et de la jouissance alors que les autres l'instrumentalisent, soucieux de son contrôle et de son bon fonctionnement, même si pour le plus grand nombre le corps est irréductible à une mécanique biologique : l'influence des modes de vie leur paraît plus important que l'hérédité.

Ces configurations, quand bien même on en précise les contours et les contenus, n'ont pas une portée immédiatement opératoire : représentations et attitudes à l'égard de la santé ne sont pas pleinement prédictives des comportements de santé. Néanmoins elles donnent aux spécialistes de la prévention et de l'éducation sanitaire la possibilité de confronter leurs propres objectifs à ces ensembles de connotations et de valeurs : c'est en fonction d'eux que leur action sera reçue ou rejetée par les groupes dont ils visent à modifier les comportements.

La santé entre modernité et postmodernité

L'examen des difficultés à appréhender les phénomènes de santé nous renvoie à un même enjeu : celui d'une « compréhension » du mode de construction sociale d'une réalité que nous appelons « santé » et qui est irréductible à la maladie et à la mort parce qu'elle participe de l'interprétation du déroulement de l'existence. Encore est-il nécessaire de jouer le jeu sans restriction : la santé n'est pas seulement socialement construite par le commun des mortels tandis que le spécialiste ou le savant tiendrait (on ne sait d'où) le privilège de fabriquer des connaissances parfaitement adéquates à la « réalité objective » des processus sanitaires ! Se situer résolument dans la perspective d'une approche constructiviste nécessite l'examen attentif et soutenu des procédures de sélection et d'élaboration des éléments qui entrent dans la composition de nos modèles scientifiques de la santé.

Pareil engagement confronte l'analyste à une ambivalence : la voie constructiviste n'est pas une autoroute bien tracée et rectiligne ; elle ressemble plutôt au treillis de sentiers de randonnée plus ou moins bien balisés qui couvrent nos paysages rupestres. Pour simplifier, ramenons cette diversité à deux pôles : à l'un d'entre eux, on présuppose qu'il existe un monde aux caractéristiques indépendantes de l'observateur, dont il s'agit de *découvrir* les principes d'agencement et de fonctionnement ; à l'autre on se soucie de savoir comment un

« fait-censé-exister » (pour le savant ou pour l'homme ordinaire) en vient à susciter *l'invention* d'un modèle qui lui convient.

Ainsi la théorie sociologique de l'étiquetage, transposée à la construction de la maladie, permet de modéliser celle-ci par le croisement de deux dimensions : l'existence ou non d'un processus pathologique et le fait que ce processus soit perçu ou non. Quatre situations en découlent : la situation de bien-portant (on ne perçoit pas un processus qui de fait n'existe pas), celle de malade imaginaire (on « perçoit » un processus pathologique qui n'existe pas), celle du malade qui s'ignore (on ne perçoit pas une pathologie pourtant à l'œuvre) et enfin la situation de malade « réel » qui se perçoit et est perçu comme tel. Cette typologie, induite à partir des travaux de Freidson⁵, présuppose un monde « objectif » atteignant nos sens, ainsi que des procédures cognitives qui permettent l'élaboration de sa perception ou l'interdisent.

Le second pôle constructiviste récuse ce dualisme : sa démarche analytique se centre sur les activités définitionnelles et explicatives en considérant que celles-ci se rapportent à un « monde-censé-exister ». Mais ce monde ne présente aucune pertinence, car l'enjeu est d'analyser comment émergent des savoirs à propos de ce que des individus ou des groupes considèrent être une « réalité », comment ces savoirs se maintiennent ou sont abandonnés, comment ils donnent lieu à conflits, disputes et débats...

Selon cette perspective, dire que les connaissances biomédicales sont des produits sociaux et non pas quelque vision pénétrante des processus biologiques, ne signifie pas qu'elles sont « irréelles », ni que les pathologies sont forcément imaginaires ! Mais leur existence « réelle » (celle que l'on « voit » dans des individus qui en souffrent) n'implique aucunement qu'elles prennent cette forme transhistorique et universelle que prétend leur donner la médecine occidentale. Cette approche permet de se donner les moyens d'imaginer d'autres formes de connaissances et d'autres modes d'exercice de la médecine : parmi elles, certains pourraient apparaître plus désirables et les citoyens pourraient souhaiter les développer.

Ainsi les débats internes à la médecine de la douleur⁶ témoignent de la possibilité pragmatique de cette double voie : pour certains médecins, toute manifestation d'une douleur chronique incite à rechercher s'il y a « quelque chose ou rien » (origine organique ou psychique de la douleur) ; pour d'autres, la douleur chronique est « censée exister » (ils croient le patient qui s'en plaint en vain depuis plusieurs mois) et cela les incite à modifier les réactions cognitivo-comportementales des patients au syndrome douloureux.

5. E. Freidson, *la Profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

6. I. Baszanger, *Douleur et médecine. la fin d'un oubli*, Paris, Le Seuil, 1995.

Comment mesurer la santé ?

Les débats de cette nature, qu'ils se rapportent à la santé en général ou à tel ou tel de ses aspects, témoignent finalement que « la bataille intérieure au rationalisme », réactivée par la réflexion philosophique sur la postmodernité, est loin d'être achevée. Le rationalisme de la modernité qui émerge des « Lumières » parcourt encore les analyses du programme constructionniste « faible », celui qui s'interroge sur les approximations de l'adéquation de nos connaissances au monde « objectif ». Le programme constructionniste « fort » ou « radical » s'inscrit dans la délégitimation postmoderne de tout discours qui prétend fonder les « règles du jeu » de l'énonciation de propositions scientifiques : le « fait décisif », selon Jean-François Lyotard⁷, est que toute méthode scientifique relève d'énoncés prescriptifs qui sont donc au principe des énoncés dénотatifs de la science. Au désenchantement de l'Histoire succéderait le désenchantement de la Raison.

Modernité ou postmodernité ? Raison ou crise de la raison ? Ce débat n'est pas seulement théorique ou philosophique : il est au cœur des enjeux de gestion et de régulation de nos sociétés. En tout cas les incertitudes et les tergiversations qui affectent la manière dont on appréhende la santé des individus et la santé publique témoignent du vertige où nous placent ces enjeux.

Marcel Drulhe

7. J.-F. Lyotard, *la Condition postmoderne. Rapport sur le savoir*, Paris, Minuit, 1983.

ESPRIT

Revue internationale
212, rue Saint-Martin, 75003 Paris
Rédaction: 01 48 04 92 90
Administration, abonnements, société des lecteurs: 01 48 04 08 33
Télécopie: 01 48 04 50 53

Fondée en 1932 par Emmanuel Mounier, la revue *Esprit* a été dirigée par Albert Béguin (1950-1957), Jean-Marie Domenach (1957-1976) et Paul Thibaud (1977-1988).

Directeur de la rédaction: **Olivier Mongin**
Rédacteurs en chef:
Éric Conan, Joël Roman, Jean-Louis Schlegel
Secrétariat de rédaction:
Paul Garapon, Marc-Olivier Padis

Directrice adjointe pour la gestion: **Mireille de Sousa**
Conseiller pour la gestion: **Alain Mallart**

Comité de rédaction:

Journal: **Daniel Lindenberg**
Économie: **Bernard Perret**
Mœurs, société: **Alain Ehrenberg, Jean-François Laé, Patrick Mignon**
Véronique Nahoum-Grappe, Jacques Sédat, Irène Théry, Georges Vigarello
Enseignement: **Guy Coq, Gil Delannoï**
Politique, justice: **Pierre Chambat, François Coleombet, Jacques Donzelot**
Antoine Garapon, Jérôme Giudicelli, Guillaume Malaurie
Bernard Manin, Michel Marian, Marc Osouf
International: **Gilles Bataillon, André Engrén, Thierry Fabre**
Marc Lazar, Joseph Maïla, Marie Mendras, Jean-Luc Pouthier
Lue Rosenzweig, Olivier Roy, Catherine de Wenden
Europe: **Nicole Gnesotto, Pierre Hassner**
Aleksander Smolar, Paul Thibaud
Sciences, techniques: **Dominique Bourg, Jean-Pierre Dupuy**
Jean-Luc Giribone, Pierre Lévy
Religions: **Olivier Abel, Alex Derczansky, Jean-Claude Eslin**
Philosophie: **Dominique Bourel, Jean-Marc Ferry, Jean-Claude Monod**
Philippe Raynaud, Jean-Loup Thébaud
Lettres, arts: **Jacques Darras, Jean-Philippe Domecq**
Françoise Gaillard, Claude Habib, Anne Laurent
Pierre Mayol, Pierre-François Mourier, Bujor Nedelcovici
Thierry Paquot, Alfred Simon
Images, médias: **Vincent Amiel, Michel Mesnil**

n° 229, février 1997

SOMMAIRE

- 3 Éditorial : La dérive scientiste de l'économie
- 5 Débâcle dans la presse. A propos de la démission de Bernard Porte de la présidence de la FNPF. *Olivier Mongin*

LA SANTÉ PUBLIQUE, À QUEL PRIX ?

I. SÉCURITÉ SOCIALE ET SANTÉ PUBLIQUE

- 13 Sécurité sociale : une réforme sous conditions. *Entretien avec Gilles Johanet*
Grand connaisseur de notre système d'assurance maladie, Gilles Johanet est aussi un observateur critique de la « nécessaire » réforme du financement de la sécurité sociale mise en place par le gouvernement.
- 24 Pour une politique de la santé publique. *Aquilino Morelle*
On aurait tort de se focaliser sur le seul milieu médical pour comprendre les faiblesses sanitaires françaises : l'État lui aussi a été défaillant. Dans la mesure où la médecine n'évolue pas dans un système strictement libéral, on est en droit d'attendre qu'il relance la voie réformatrice en s'affrontant à la nature même de la médecine libérale.
- 34 La profession médicale au tournant. *Patrice Muller*
Regrettant l'absence de débat public concernant la santé, l'auteur – médecin lui-même – s'inquiète des carences du milieu médical, en appelle à la responsabilité des politiques, des professionnels et des usagers pour améliorer la qualité des soins.

II. L'IDÉOLOGIE DE LA « BONNE » SANTÉ

- 43 L'utopie du corps parfait. *Entretien avec Lucien Sfez*
La description de nouvelles utopies technologiques qui apparaissent aux États-Unis révèle un désir puissant de posséder un corps sain dans une nature réconciliée.
- 56 Comment mesurer la santé ? *Marcel Drulhe*
En réaction contre une tradition positiviste qui se satisfait du bon fonctionnement des organes pour définir la santé, les chartes internationales parlent de « bien-être », contribuant encore à embrumer le débat.
- 63 La santé et ses inégalités. *Pierre Aïach*
L'étude de l'état de santé et de la mortalité par catégorie socioprofessionnelle montre un maintien des inégalités dans le domaine des soins.
- 72 L'éducation pour la santé. *Georges Vigarello*
Parce que le « prêche sanitaire » auquel se livrait l'instituteur de la III^e République ne correspond plus aux exigences de la médecine ni aux méthodes de l'école, la santé doit être présentée autrement aux élèves.
- 83 L'internationalisation de la santé : entre culturalisme et universalisme. *Didier Fassin*
Les politiques de santé peuvent-elles s'appliquer à tous les habitants de tous les pays ? ou les traditions locales supposent-elles des aménagements ?