

PRESENTATION GENERALE

Entre offre et demande sanitaires : enjeux de légitimité

Marcel DRULHE*

Les lecteurs de cette livraison des *Cahiers du LERASS* ne manqueront pas de remarquer que la plupart des contributeurs au « dossier » (au titre sibyllin...) participent d'une discipline relevant des sciences de l'homme et de la société. De quoi témoigne cette quasi-absence de spécialistes de santé publique, qui sont médecins dans la plupart des cas ? Tout le problème, on le verra à la lecture des différentes contributions, réside dans la conjonction sciences sociales et santé publique. Elle indique une séparation autant que la possibilité d'une coopération. On ne peut pas comprendre ce phénomène si on ne le situe pas dans le champ de son émergence. Et s'il ne s'agit pas de faire oeuvre historienne, il est néanmoins nécessaire de tracer quelques lignes de force de la dynamique d'un secteur.

L'espace sanitaire se structure principalement autour de trois éléments : la profession médicale, l'Etat et son administration, enfin les populations (ou les « profanes », pour parler comme E. Freidson (1)). Chacun de ces éléments, se décompose à son tour en parties spécifiques. Notre objectif est de montrer quelques aspects de la dynamique

* Maître de Conférences de Sociologie, chercheur au C.e.S.R., Université Toulouse-Le Mirail.

(1) FREIDSON (E.), *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984 (traduction de : *Profession of Medicine*, 1970).

de leurs rapports afin d'éclairer les enjeux de la séparation et/ou de la collaboration entre les sciences sociales et la santé publique.

I. - L'AUTONOMISATION DE LA MEDECINE : EFFETS SUR LA SANTE PUBLIQUE

Avec la Révolution Française et la fin des corporations, « *n'importe quel citoyen, muni d'une patente* » peut exercer comme thérapeute (2). En brisant la barrière de la corporation médicale d'Ancien Régime, le nouvel Etat républicain place les patients, en quête d'un bon praticien, dans l'embarras : la seule patente laisse la voie libre à toutes sortes d'expériences sans garantie, même quand celui qui les effectue s'appelle « officier de santé ». A une époque où la clientèle solvable est peu nombreuse, et malgré l'accroissement des « besoins sanitaires » du fait de la misère et de la guerre, la concurrence entre thérapeutes est sans merci. Comment sauvegarder l'idéal d'égalité et de liberté tout en éliminant les effets pervers de cette libéralisation ? La loi du 10 mars 1803 détermine une compétence présumée à partir du titre, selon une double filière : le doctorat de médecine et le brevet d'officier de santé. Toute l'histoire du XIX^e siècle est révélatrice des luttes, d'abord sourdes puis franchement ouvertes, pour réunifier la profession : dans l'ambiance de la culture et de la fortune bourgeoises, les praticiens, docteurs en médecine, aspirent à la reconnaissance sociale et revendiquent une position dans l'espace social que la concurrence des officiers de santé brevetés ne leur permet pas souvent d'acquérir. Le monopole leur est enfin assuré par la loi du 30 novembre 1892.

Avec la Révolution, le passage de l'hôpital-enfermement à l'hôpital-lieu de soins permet une mutation du regard (3) et crée un lieu irremplaçable d'observations et d'intégration des découvertes scientifiques à des fins diagnostiques et thérapeutiques. La crédibilité professionnelle s'accroît et se conjugue avec la consécration sociale. Le corps médical devient peu à peu l'interlocuteur privilégié de l'Etat, à travers ses organisations, pour toutes les affaires sanitaires (l'article de L. Murard et P. Zylberman, dans ce numéro, illustre, pour la Grande-Bretagne, un épisode historique de cette conquête : le médecin remplace l'ingénieur de l'assainissement ; l'hygiène passe sous la coupe du sanitaire médical).

Ainsi naît et se développe l'autonomie de la médecine moderne, qui définit le contenu de sa pratique, les critères d'entrée dans la profession, le contrôle du cursus des études... bref qui assure son autorégulation. Autonomie et reconnaissance constituent le socle de son extension

(2) LEONARD (J.), *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs*, Paris, Aubier-Montaigne, 1981.

(3) FOUCAULT (M.), *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, P.U.F., Paris, 1963.

au sein d'une ambiance culturelle positiviste : la théorie microbienne des maladies conforte un scientisme conquérant. La médecine, qui était née d'un mouvement de séparation d'une culture populaire, largement constituée par une vision symbolique du monde, pour s'afficher comme culture savante, s'accomplit en un second mouvement de monopolisation et de réorganisation de cette culture savante, distinguant désormais radicalement les spécialistes des profanes. Les premiers tiendront les savoirs et les activités sanitaires des seconds pour irrationnelles et superstitieuses.

Le colloque singulier du clinicien et du patient, au cours de la visite médicale, nécessite cependant une triple contrepartie :

- une éducation normative qui vise à éradiquer le vieux fond symbolique traditionnel pour lui substituer des pratiques sanitaires « rationnelles », dont une analyse partielle a été effectuée dans le domaine de la puériculture (4) ;
- un minimum d'informations médicales pour que les profanes puissent communiquer avec le praticien et fassent appel à ses compétences ainsi, par exemple, (il a été relevé que les Porto-Ricains de New-York, très liés à leur culture d'origine, utilisent peu les services médicaux dans les années 1960, contrairement aux juifs, mieux intégrés (5)) ;
- l'existence d'un marché de consommateurs solvables qui assurent des revenus « confortables » aux médecins ; comme l'écrit M. Arliaud, « le docteur Knock est moins caractéristique de l'incompétence médicale que d'un cynisme économique et moral qui lui permet d'induire, en jouant à la fois du prestige naissant du métier et des formes culturelles modernes de l'attachement à la santé, une demande de soins artificielle » (6).

C'est de la conjonction de ces trois nécessités avec la hantise étiologique de la dépopulation (l'industrialisation sauvage lamine la reproduction de la force de travail) et le souci naissant du mouvement ouvrier de développer la solidarité mutualiste, qu'émerge l'hygiénisme médical. Conçu dans une perspective d'assistance (médecine des pauvres) mais aussi de mise en évidence des effets de l'insalubrité des logements, des mauvaises conditions de travail et de la misère (matérielle et morale) quant au développement des fléaux pathologiques du moment (tuberculose, syphilis, alcoolisme) pour proposer des politiques socio-sanitaires « correctrices », ce souci de la santé collective (d'inspiration réformiste) est contrebalancé par la crainte d'une collectivisation rampante de la pratique médicale. Promouvoir l'hygiène

(4) BOLTANSKI (L.), *Prime éducation et morale de classe*, Paris, La Haye, Mouton, 1969.

(5) SUCHMAN (E.A.), « Sociomedical variations among ethnic groups », *American Journal of Sociology*, LXX, 1964 (319-331).

(6) ARLAUD (M.), *Les médecins*, Paris, Ed. La Découverte, 1987.

publique, c'est proclamer son sens de l'intérêt général tout en préservant l'intérêt particulier, conçu comme entente directe, pour les honoraires, entre praticiens et malades, de façon à esquiver le plus possible la pression des bailleurs de fonds (l'Etat, les communes, les mutuelles).

Dans cette démarche, plus idéologique que proprement médicale, est déjà inscrite en filigrane ce qui deviendra une spécialité médicale : la santé publique (7). Comme le font remarquer aussi bien A. Riou qu'A. Branciard et P. Mossé (cf. leurs articles ci-après), cette spécialité est moins une discipline scientifique qu'une pragmatique nécessitant une polyvalence pluridisciplinaire vague : celle-ci heurte aussi bien le spécialiste médical (d'où les conflits entre médecins de santé publique et bactériologistes, en matière d'hygiène hospitalière, par exemple) - que les spécialistes des sciences humaines (certains médecins de santé publique en viennent à revendiquer une compétence en économie et en sociologie, sans formation spécifique correspondante).

Toute l'histoire des luttes entre syndicalisme médical et appareils publics dispensateurs de fonds s'accomplit autour du même enjeu : préserver l'autonomie d'une profession libérale. Quoique les praticiens craignent que leur collègue de santé publique vienne contrôler et limiter leur liberté d'exercer, il reste que la pragmatique de celui-ci reste circonscrite par cet enjeu. Dire que la spécialité « santé publique » est médicocentrique ne relève pas d'une « accusation » de concurrents envieux mais du constat de son inscription dans la partie monopolisée de l'espace sanitaire, même si elle évolue vers la statistique sanitaire et l'épidémiologie sous l'effet des diverses transformations dont on tracera les traits essentiels.

II. - DU « GRAND TOURNANT » DE LA MEDECINE LIBERALE... A SA CRISE

A terme, cet enjeu trouve son aboutissement premier dans le « compromis harmonieux » qui articule la pratique libérale de la médecine et la prise en charge collective des soins médicaux par la Sécurité Sociale (octobre 1945) (8) : le système français verrouille ainsi la clôture du monde médical en lui permettant d'échapper à tout regard extérieur (9).

(7) MOUNIER (J.), DESCHAMPS (J.P.), FABRY (J.), MANCIAUX (M.), RAMBAULT (A.M.), *Santé Publique, Santé de la communauté*, Lyon, Simep (2e éd.), 1980.

(8) HATZFELD (H.), *Du paupérisme à la Sécurité Sociale*, Nancy, P.U.N., 1984.

(9) HERZLICH (C.), « Le développement de la sociologie de la médecine en France et son contexte », *Colloque CNRS et INSERM, Santé, médecine et sociologie*, Paris, Ed. du CNRS et INSERM, 1978.

Dans un tel contexte, l'ambiance est à la croyance que santé et maladie sont uniquement affaire de médecine : les conflits entre médecins et spécialités médicales se déroulent plus que jamais dans l'opacité d'une régulation interne, même si certaines fractions du corps médical s'appuient sur des acteurs extérieurs à la profession pour faire reconnaître leur spécificité (c'est le cas en particulier de la cancérologie en France (10)). Ce monopole de la médecine pour le contrôle des ressources (matérielles et humaines) est confronté à une première remise en cause : avec la réforme hospitalière de 1958, le pouvoir médical se heurte à nouveau au pouvoir central. Cette faille dans l'autonomie médicale française est le prélude à une crise qui va s'accroître dans les décennies qui suivent ; le système de soins français « craque » de toutes parts.

L'« orthodoxie médicale » maintenue par la régulation monopolistique est de plus en plus contestée par des courants hétérodoxes développés soit par une partie des médecins, soit par des professions paramédicales et non-médicales. « L'autonomie (de la profession médicale) a été atteinte à un moment de l'histoire qui se situe avant que la compétence n'ait été établie comme caractéristique de la pratique médicale. L'autonomie a été historiquement une fonction du pouvoir et de la définition sociale de la réalité plutôt que quelque chose qui a été établi par quelque critère objectif » (11). A la fin des années 1950, R. Dubos (12) montre la crise théorique de la médecine avec l'effondrement de la théorie pastoriennne des germes : pour expliquer les maladies, si les germes sont nécessaires, ils ne sont pas suffisants ; les conditions environnementales de leur apparition et de leur développement sont tout à fait capitales.

Bien que l'on continue à proclamer que la médecine est la solution à tous les problèmes de santé, on finit par s'étonner de ce triomphalisme à la lumière des travaux des épidémiologistes et des démographes : il existe toutes sortes d'inégalités (en fonction de la classe sociale, de l'urbanisation et de divers autres traits de l'organisation sociale) tant en matière d'utilisation des services de soins (13) que de

(10) PINELL (P.), « Fléau moderne et médecine d'avenir : la cancérologie française entre les deux guerres », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 68, juin 1987.

(11) TWADDLE (A.L.), *From medical sociology to the sociology of health : some changing concerns in the sociological study of sickness and treatment*, in BOTTFMORRE (T.), NOWAK (S.), SOKALOWSKA (M.), *Sponsored by International Sociological Association, Sociology. The State of Art*, London, Sage Publications, 1982.

(12) DUBOS (R.), *Mirage of Health*, New-York, Doubleday, 1959 (trad. française : *Mirage de la Santé*, Denoël, 1961).

(13) AMACH (P.), « Utilisation différentielle des services de santé : un essai d'analyse sur trois groupes socio-professionnels de la population de Boulogne-Billancourt », *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, XI^e A., n° 3-4, 1974.

CHANAUD (A.), MORMICHE (P.), *Disparités de consommation médicale. Enquête Santé 1980-1981*, Les collections de l'INSEE, M 118, janvier 1986.

morbidité et mortalité (14). Par la suite, des recherches de démographie historique révèlent que la baisse des taux de mortalité au cours des deux derniers siècles est presque toujours due à l'amélioration de la nourriture, au contrôle de l'environnement et aux changements d'habitudes. Selon Mc Keown (15) moins de 1 % de cette baisse serait due à la médecine ! D'autres recherches en cours permettront de procéder à des réévaluations et des réinterprétations (nul doute que la récente revue *Social History of Medicine* - Oxford University Press - y contribue).

A. - CRISE INTERNE DE LA MEDECINE

Cette remise en cause « externe » de l'unicité positiviste du point de vue médical en matière de santé et maladie coïncide avec un double mouvement interne au corps médical lui-même.

Tout d'abord, en particulier à partir du milieu du XX^e siècle, se développent des savoirs parcellisés approfondis qui donnent naissance aux spécialisations : à terme, cela aboutit à la division de la collectivité professionnelle et à des fractures qui opèrent une hiérarchisation des médecins. Mais un examen plus attentif de ce mouvement de spécialisation médicale tend à montrer que la création des spécialités et la compétence de spécialistes ne correspondent pas toujours et nécessairement à des innovations scientifiques et techniques « évidentes ». Dans tous les cas, la « massification » des spécialistes a pour conséquence des tensions dans le corps médical : le généraliste tend à devenir le pourvoyeur et le bouc-émissaire des spécialistes, parfois blessé par les remarques qui lui sont renvoyées (il n'a pas su « voir » ou pas assez tôt...). Il faut d'ailleurs noter à ce propos que les dernières conventions avec la Sécurité Sociale paraissent avoir définitivement enterré l'unité, devenue quelque peu illusoire, du corps médical par la reconnaissance du double secteur et du droit au dépassement.

Par ailleurs, malgré une large homogénéité dans la conception de la pratique (diagnostic et thérapeutique basés sur la science), se développent des visions concurrentes de la médecine qui trouvent un large écho dans le public : l'accent mis sur d'autres cultures savantes, considérées par les tenants de la médecine dominante comme hétérodoxes, se conjugue avec la critique de certains profanes, généralement porteurs de visions du monde en porte-à-faux au regard de l'orthodoxie

(14) DESPLANQUES (G.), « L'inégalité sociale devant la mort », *Economie et Statistique*, n° 162, 1984.

(15) MC KEOWN (T.), *The Role of Medicine : Dream, Mirage or Nemesis ?* London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.

officielle (16). Le mouvement de contestation de la médecine officielle offre une opportunité aux autres professions soignantes de mettre en avant leurs propres performances et leurs propres spécificités : ainsi les infirmier(e)s, en faisant valoir la relative autonomie de leurs savoirs et de leurs pratiques, tendent à affaiblir et à réduire le contrôle exercé par les médecins sur l'ensemble de leur travail (17). La crédibilité gagnée par les un(e)s se trouve au contraire mise au ban du soupçon pour d'autres : des associations médicales (telle l'UNAFORMEC en 1987) dénoncent les pressions des industries pharmaceutiques tandis que des chaînes de grands magasins remettent en cause le monopole des pharmaciens (18).

B. - REMISES EN CAUSE EXTERNES DE LA MEDECINE

Bien sûr, ces tendances à l'éclatement restent impensables sans la prise en compte de la crise de l'organisation hospitalière. Parce que l'hôpital est devenu une entreprise où la technique et l'informatique prennent une place toujours plus importante et plus coûteuse, il suscite une logique de rationalisation qui donne une place et une force de plus en plus grandes aux administrateurs gestionnaires : ceux-ci en viennent à disputer aux médecins la « défense du malade » (19).

Et le malade dans cette tenaille ? N'aurait-il pas son mot à dire ? Dans l'évolution de la médecine moderne, on peut observer que « le contrôle clinique » est devenu croissant de deux manières : d'un côté le contrôle des connaissances médicales rend celles-ci « ésotériques » aux patients qui deviennent de plus en plus dépendants de l'expertise médicale ; d'un autre côté, la délocalisation des malades (par leur envoi en hôpital ou en clinique) réduit encore leur autonomie par inversion des rôles : ce n'est plus « le docteur » qui est invité à la maison mais le malade qui se trouve en territoire médical, avec toutes les réactions de déférence sociale que cela entraîne. Dès lors, on aboutit à une aliénation objective : tandis que médecins et administrateurs se disputent le contrôle des ressources, les patients en sont dépouillés et se trouvent démunis pour faire des choix et prendre des décisions.

(16) MOULIN (M.), « Le recours aux médecines parallèles : une contre-légitimité de la pensée occidentale », *Sciences Sociales et Santé*, IV, 2, 1986.

BOUCHAYER (F.), « Les usagers des médecines alternatives : itinéraires thérapeutiques, culturels, existentiels », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° hors série, mai 1986.

(17) PETITAT (A.), *Les infirmières*, Montréal, Ed. Boréal, 1989.

(18) DUPUY (F.), et KARSENTY (S.), *L'invasion pharmaceutique*, Paris, Seuil, 1974.

HOLOWAY (S.W.F.), JEWSON (N.D.), MASON (D.J.), « "Reprofessionnalization" or "occupational imperialism" ? : some reflections on pharmacy in Britain », *Social Science and Medicine*, vol. 23, n° 3, 1986.

(19) STENDLER (F.), *L'hôpital en observation*, Paris, A. Colin, 1974.

MAILLARD (C.), *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours*, Paris, Dunod, 1987.

Cette lame de fond est taraudée par l'émergence d'une double contre-tendance : d'une part, quelles que soient les nécessités techniques des découpages en spécialités et les exigences de rentabilité, les effets de déshumanisation des soins par de pareilles contraintes sont contestés par les populations (les malades et plus encore leur entourage familial) qui revendiquent des services plus « humains » et se montrent plus pointilleux quant à la qualité des services offerts (on en trouve la manifestation dans les litiges en matière de faute professionnelle) ; d'autre part la croissance de la prévalence des maladies chroniques pousse les médecins à rechercher une plus grande coopération du patient : on ne peut plus imposer une fois pour toutes un diagnostic et un traitement ; il s'agit de procéder, par des transactions successives où s'échangeant des informations, à des évaluations répétées de la pathologie et de se mettre d'accord sur les objectifs poursuivis (réduction des conséquences de la maladie ou stabilisation des processus pathologiques ?) (20). Cette double contre-tendance permet de « ré-apercevoir » que les corps souffrants et les corps mourants sont aussi incontournables que l'innovation technique ou l'art de la gestion. La réappropriation de son corps par le malade ou le mourant (21), la préservation ou la réacquisition de son autonomie, la conservation de sa position de sujet tendent à apparaître comme des enjeux aussi importants que la réduction des coûts ou les progrès technologiques : l'hôpital « sort » de l'hôpital (alternatives à l'hospitalisation, hospitalisation à domicile...).

La médecine moderne s'est substituée, en particulier au cours du XIX^e siècle, à la famille qui avait jusque là très largement pris en charge les problèmes de santé : à travers les mouvements corporatistes (22) et grâce à l'éclatement de la médecine et de l'hôpital, on redécouvre aujourd'hui à la fois que les soins du corps débordent largement l'activité réparatrice de la médecine (23) et qu'ils sont d'abord affaire de prise en charge personnelle et familiale.

Ce déplacement du regard vers la famille et son rôle irremplaçable pour l'éducation, le développement et le soin d'un corps sain permet aussi une distance critique vis-à-vis de la domination de l'expertise médicale et de l'exclusivité de son savoir : non seulement il existe des savoirs profanes nécessaires pour l'établissement d'auto-diagnostics,

(20) BASZANGER (I.), « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue Française de Sociologie*, XXVII, 1, 1986.

(21) DRULHE (M.) ET CLEMENT (S.), « Le mourir et le lien social », *Revue Internationale d'Action Communautaire*, 23/63, printemps 1990.

(22) MAISONNEUVE (J.), « Le corps et le corporatisme aujourd'hui », *Revue Française de Sociologie*, XVII, 4, 1976.

(23) DRULHE (M.), « La maladie comme processus dans l'histoire corporelle », *Cahiers du C.e.R.S.*, (Université de Toulouse-Le Mirail), n° 9, décembre 1988.

préludes indispensables à l'éventuel recours au médecin (24), mais aussi ces savoirs et ces représentations ont leur propre légitimité (25), âprement défendue et reconstruite au cours de transmissions culturelles d'une génération à la suivante (26). Autrement dit, le profane n'est plus aussi radicalement réduit à être un objet d'observations, d'examen et de soins : acteur à part entière, il est à comprendre dans son insertion dans des cultures familiales différenciées, elles-mêmes inscrites dans l'espace social (cf. *infra* l'article de J.C. Guyot).

III. - DE LA MEDECINE SOCIALE A L'EPIDEMIOLOGIE : QUELQUES LIMITES D'UNE VISION (TROP) MEDICALE

Alors que le champ de la santé est en cours de recomposition, que devient la santé publique et quelle place est faite aux sciences sociales ? Il est symptomatique que l'on abandonne l'appellation « médecine préventive et sociale » au profit d'une autre : « épidémiologie, économie de la santé et prévention ». Tout le « social » de « l'hygiène sociale », puis de la « médecine sociale », est désormais enfermé et phagocyté par l'épidémiologie et l'économie. En outre, les médecins effectuent une véritable annexion de la « statistique socio-sanitaire » et de l'économie dans la médecine : d'un côté, le vieux mythe positiviste est sous-jacent à l'espoir que l'appareil mathématique redore le blason « scientifique » de la santé publique ; d'un autre côté, cette incorporation témoigne de la résistance de l'entité médicale (par delà le désir d'ouverture de quelques médecins) devant les sciences sociales.

Faute d'analyser comment s'opère la construction sociale de la santé, de la maladie, de la naissance, du vieillissement et de la mort (cf. article de J.C. Guyot), le médecin de santé publique ne s'aperçoit pas qu'il est un agent de normalisation, un « entrepreneur moral » pour reprendre l'expression de la *labelling theory* (courant nord-américain de l'interactionnisme symbolique). Ainsi, les premières enquêtes épidémiologiques sur le SIDA ont abouti à désigner les homosexuels comme groupe à risque, au point que ceux-ci ont réagi en un premier temps en dénonçant ce qu'ils percevaient comme stigmatisation d'une identité et d'un mode de vie. Il a fallu la conjonction de la découverte de l'H.I.V. et de nouveaux travaux épidémiologiques, accompagnés d'études socio-

(24) ALACH (P.), CEBE (D.), *Symptomatologie et conduites de maladies*, Paris, Rapport de recherche au Ministère de la Santé, juin 1982.

BARTHE (J.F.), « Connaissance profane des symptômes et recours thérapeutiques », *Revue Française de Sociologie*, XXXI²-1990.

(25) WORSLEY (P.) « Non-western medical systems », *Annual Review of Anthropology*, 11, 1982.

(26) LOUX (F.), « Transmission culturelle chez les catholiques et les protestants : les soins corporels à Chardonneret », *Ethnologie Française*, IV, n° 1-2, 1974.

logiques, pour parvenir à la notion de « pratiques ou comportements de transmission », évidemment non spécifiques aux homosexuels (27).

Plus généralement, les raisonnements en termes de risques ou de facteurs de risques, souvent produits par les épidémiologistes (mais ils tentent aussi les économistes, comme en témoigne la dernière partie de la contribution de G. Delande), tendent à oublier que les « sources de dangerosité » ne sont pas seulement instrumentales et/ou institutionnelles, de sorte que l'on pourrait en déterminer des critères universels : il existe aussi des perceptions sociales diverses du risque, qui varient en fonction des positions socio-culturelles et des articulations, chez un même acteur, de différentes places sociales (par exemple ouvrier, syndicaliste, père de famille...) (28).

IV. - LE RECOURS DES SCIENCES SOCIALES POUR LA SANTE PUBLIQUE : LES PIEGES DE LA CONCURRENCE

Cette prégnance médicale et « médicocentrique » de la Santé publique, parce qu'elle s'est heurtée à la fin des années 1960 aux soucis gestionnaires des administrateurs, a essayé d'intégrer l'économie. A cause des conflits latents et de la méfiance entre médecins et gestionnaires (de l'Etat et des organismes payeurs), ceux-ci font appel à des chercheurs spécifiquement formés aux différentes disciplines des sciences sociales, et en premier lieu à des économistes : c'est le tournant des années 1970 (29). Ces chercheurs, malgré toute leur distance critique, restent plus ou moins prisonniers des enjeux déjà énoncés : ils sont pris dans la tenaille des rapports de force, toujours occultés par les discours qui protestent du souci de l'intérêt collectif, entre administration et corps médical, coincés entre une approche médicale et une approche gestionnaire. Au sein de cette structuration, les sciences de gestion peuvent se sentir plus à l'aise (cf. l'article d'A. Fenasse) à moins qu'elles ne rejoignent la réflexion critique de certains économistes (dont l'article ci-après de J.P. Moatti est le témoignage le plus incisif).

Ce qui se jouait, dans les années 1960, autour de ce que l'on appelait alors « la répartition des fruits de l'expansion », peut être transféré, *mutatis mutandis*, au champ de la santé, vingt ans plus tard : le même problème est posé, celui de la gestion et du contrôle des flux. Dans les deux cas, des experts (économistes dans les années 1960, médecins de santé publique et épidémiologistes à partir des années 1970) se heur-

(27) GRMEK (M.), *Histoire du SIDA*, Paris, Payot, 1989.

(28) DUCLOS (D.), « La construction sociale du risque : le cas des ouvriers de la chimie face aux risques industriels », *Revue Française de Sociologie*, XXVIII. 1. 1987.

(29) MOSSE (P.), *Une vue sur les Sciences Humaines de la Santé - France 1975-1981*, Paris, Ed. du CDSH, 1982.

tent aux limites de leurs modèles et attendent de « disciplines annexes » les éléments de complexification de leurs propres modèles (30).

Les sciences sociales de la santé sont-elles condamnées à jouer le jeu ? Sommes-nous aujourd'hui à ce carrefour déjà repéré aux Etats-Unis : sciences sociales dans la médecine ou sciences sociales de la médecine ? Faut-il servir les intérêts médicaux et gestionnaires pour gagner l'accès à l'information, au risque de perdre la spécificité disciplinaire ? Ou bien doit-on camper sur les positions disciplinaires spécifiques au risque de se rendre l'accès aux données particulièrement difficile ? Pendant au moins une vingtaine d'années les chercheurs nord-américains ont vécu dans cette tension mais les sociologues de la santé « de la seconde génération » s'affirment d'abord comme sociologues de la médecine et de la santé.

Allons-nous suivre le même itinéraire ? Quelle que soit la forme qu'il prendra, il ne fait pas de doute qu'il sera parsemé d'embuscades et de conflits, car le pouvoir et l'autonomie sont au coeur des relations humaines et des rapports sociaux. *« En définitive, si la science avance, c'est peut-être moins par la vertu de "l'éthique de connaissance", qu'exaltait Jacques Monod dans sa Leçon Inaugurale au Collège de France en 1967, que par celle d'une éthique de la communication, plus puissante en cela au moins qu'elle touche au délicat problème de la vulgarisation et peut surmonter ce que Monod précisément désignait comme l'aliénation de l'homme moderne, coupé des sources du savoir : éthique de la communication (...) qui commence par la modeste mise à plat des données et des procédures de leur recueil, forme élémentaire d'une "transparence" qui constitue l'antidote des truquages inconscients affectant toute recherche »* (31). Mais pour que la transparence gagne sur l'opacité, encore faut-il que tous les chercheurs défendent et promeuvent cette éthique de la communication, quelle que soit leur discipline (l'article de J.F. Barthe témoigne d'une tentative dans ce sens). Il reste que la question politique est difficilement contournable.

(30) DRULHE (M.), *Des trajectoires de maladies : un autre sens de la santé*, Communication au Colloque de Strasbourg, Sociologies III, 14-16 mai 1987 (à paraître dans F. Stendler et P. Watier (sous la dir. de), *Interrogations et parcours sociologiques, Méridiens-Klincksieck*).

(31) WAGNON (C.), « Les lois du milieu... », *Revue Française de Sociologie*, XXIX, 2, 1988.



RECHERCHES
EN SCIENCES
DE LA SOCIÉTÉ

Santé publique : esquisse d'un bilan

Dossier : Le difficile diagnostic des sciences de la société.

Analyses : Pour une politique de santé publique ; médecine générale et santé publique ; la consommation d'alcool ; la santé communautaire ; la participation des usagers ; le système de santé espagnol.

Notes : libres propos ; initiatives ; informations scientifiques.

