HAL
open science

Les livres : Henri Bergeron et Patrick Castel, Sociologie politique de la santé, Paris, Presses universitaires de France, 2015

Béatrice Jacques

▶ To cite this version:

Béatrice Jacques. Les livres : Henri Bergeron et Patrick Castel, Sociologie politique de la santé, Paris, Presses universitaires de France, 2015. Revue française de sociologie, 2017, 58 (4), pp.690-693. hal-01662769

HAL Id: hal-01662769
https://hal.science/hal-01662769v1

Submitted on 12 Jul 2022

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.

Béatrice JACQUES

Centre Émile Durkheim, Université de Bordeaux

Les livres : Bergeron Henri, Castel Patrick, *Sociologie politique de la santé.* Paris, Presses universitaires de France, 2015, 480 p., dans la *Revue française de sociologie*, vol. 58, no. 4, octobre -décembre 2017.

Si l'ouvrage d'H. Bergeron et P. Castel se présente comme un manuel de sociologie politique de la santé, on peut d'abord y voir une méta-analyse, pour reprendre le vocabulaire du champ biomédical. Il s'agit bien en effet, pour les auteurs, de réaliser une synthèse de la littérature en sociologie et science politique anglo-saxonnes et françaises (en insistant d'ailleurs davantage sur les travaux anglophones). Il faut souligner le travail titanesque réalisé : plus de 960 articles et ouvrages sont référencés dans la bibliographie. Mais, plus qu'une synthèse, cet ouvrage souhaite dépasser les « lacunes » des précédents manuels (P. Adam et C. Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 1994 ; D. Carricaburu et M. Ménoret, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004) en proposant une sociologie *politique* de la santé « saisie dans ses différentes dimensions ». Ce choix se justifie de deux manières selon les auteurs : d'une part, parce que « les questions de santé s'invitent, chaque jour davantage, sur l'agenda public, qu'il s'agisse des scandales ou des crises sanitaires, du financement des systèmes de soins, des inégalités sociales face à la maladie et la santé, de la régulation de la profession médicale, du bioterrorisme, des maladies infectieuses émergentes ou encore de l'apparition de nouveaux virus liée à la réduction de la biodiversité » (p. 3) et, d'autre part, parce que les travaux français n'ont pas su proposer une sociologie générale. Les auteurs souhaitent donc répondre à cette absence de montée en généralité, en montrant « le caractère structuré et structurant des questions de santé » (p. 4). Notons que, tout au long de l'ouvrage, H. Bergeron et P. Castel font appel à différents champs et perspectives sociologiques, parfois pour les opposer ou exposer en quoi ils sont complémentaires, parfois pour montrer leur fécondité ou leur obsolescence dans l'analyse contemporaine des questions de santé. L'ouvrage est articulé autour de trois parties : les trajectoires des systèmes de santé ; les organisations et les professionnels du soin et, enfin, les politiques de santé publique. Pour éviter l'écueil d'un découpage aux contours flous – tant les questions de santé sont transversales –, on peut aussi privilégier une entrée par chapitre (il y en

a 7), ce qui permet une lecture plus précise d'un objet, tout en le replaçant dans la portée plus globale de l'ouvrage.

Dans la première partie, les auteurs proposent une double approche originale : une comparaison internationale entre les systèmes de santé et une lecture par les politiques sociales, qui permet d'accéder « aux déterminants des trajectoires historiques » des différents États-providence. Cette seconde entrée, rarement présente en sociologie de la santé, est féconde car elle permet de repenser la question du pouvoir médical sur l'organisation des systèmes de santé et ses politiques. Les travaux de sociologie de la santé ont longtemps diffusé le présupposé selon lequel il existerait un « lobby » médical bien installé dans les instances politiques et qui infléchirait fortement les politiques en sa faveur ; de même l'idée s'est installée selon laquelle les médecins seraient hostiles à toute nouvelle mesure pouvant entraver leur autonomie ; or, il est désormais impossible de se reposer sur une analyse aussi simple du rôle du corps médical dans la fabrication et la mise en œuvre de l'action publique. Les auteurs proposent une nouvelle façon de traiter ces questions en mettant l'accent sur l'émergence d'un phénomène transnational, la « force du médico-économique ». À les suivre, la santé est désormais gouvernée par la gestion des coûts. Ce virage néolibéral, intervenu dans les années 1980, a profondément changé les systèmes en imposant « une nouvelle langue » (P. Miller et N. Rose, *Governing the Present : Administering Economic, Social and Personal Life*, Cambridge, Polity Press, 2008) et « un référentiel des débats » (J. V. Pickstone, « Savoir médical et pouvoir des médecins de la révolution industrielle à l'État postindustriel : autour de Manchester », *Genèses*, 2011, 82, p. 75-94). L'essor de la notion de qualité en est un exemple très illustratif. Ces transformations ont aussi porté sur la structuration du corps médical, et souvent à son désavantage en termes de capacité à infléchir les décisions politiques le concernant. On reprochera ici tout de même aux auteurs le prisme d'une lecture des systèmes de santé par l'économie, car cette lecture laisse trop à l'arrière-plan à la fois la capacité des professionnels de santé à résister aux changements institutionnels et le rôle d'autres acteurs tels que les consommateurs de soins dans le gouvernement du champ de la santé (E. Fillion, *À l'épreuve du sang contaminé. Pour une sociologie des affaires médicales*, Paris, EHESS, 2009 ; V. Rabeharisoa, « L'engagement des associations de malades dans la recherche », *Revue internationale des sciences sociales*, 2002, 171, p. 68-73 ; J. Barbot, *Les malades en mouvement : la médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland, 2002).

La deuxième partie aborde des questions plus classiques en sociologie de la santé : médecine et profession d'une part (chap. 3), organisation(s), décision et rationalisation d'autre

part (chap. 4). Le concept de « profession » médicale a fait l'objet d'une littérature foisonnante, notamment chez les sociologues américains. Le corps médical y a été présenté comme un idéaltype parce qu'il serait l'incarnation du principe d'autonomie (E. Freidson, *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York, Dodd, Mead, 1970). Cependant, si les médecins ont reçu un mandat exclusif pour exercer, celui-ci n'est pas suffisant pour leur conférer une autorité sur les décisions politiques qui les concernent. Selon les auteurs, les médecins ne sont susceptibles de conserver leur marge de pouvoir que s'ils se rapprochent des acteurs influents (économiques et politiques). L'apport essentiel du chapitre 3 est la mise en débat des approches fonctionnalistes (T. Parsons, *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, 1951 ; R. K. Merton, *The Student Physician : Introductory Studies in Sociology of Medical Education*, Cambridge, Harvard University Press, 1957), interactionnistes (E. Freidson, *ibid.* ; A. L. Strauss, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Paris, L'Harmattan, 1992) et, en second plan, néo-wébériennes (avec les travaux d'A. Abbott). Cela permet de confirmer la faiblesse analytique des premières (F. Champy, *La sociologie des professions*, Paris, PUF, 2009) et de réaffirmer qu'il est plus juste de parler de (sous-) segments professionnels ou « des » professions médicales, tant l'hétérogénéité des valeurs, des compétences, des pratiques et des clientèles semble être la caractéristique dominante du groupe étudié. Notons cependant que la force de la profession médicale se fonde sur sa capacité à se structurer et à « construire les conditions d'exercice de son activité », notamment en contrôlant la formation (Merton, 1957) et les autres métiers liés à son activité.

Le chapitre 4 reprend les analyses classiques de l'hôpital comme organisation, en insistant sur les luttes de pouvoir entre médecins, managers et administrateurs, comme « dynamiques structurantes de l'hôpital » (p. 196). Le propos se porte ensuite sur l'une des activités principales de l'hôpital, les décisions de soins. Les auteurs rapportent que plusieurs travaux ont mis en évidence l'importance de l'incertitude dans la prise de décision, tout en montrant la réticence des médecins à admettre qu'ils sont dans cette situation, au point de faire alors appel à des savoirs non scientifiques pour continuer à incarner leur rôle. Il arrive aussi que la décision médicale tienne plus de la « routine locale » (p. 242) ou de la collégialité interprofessionnelle que d'une connaissance parfaite des dernières données scientifiques.

Dans la troisième partie, composée de trois chapitres, les auteurs font un focus sur les politiques de santé publique. Ils s'appuient d'abord sur les travaux de Joseph Gusfield (*La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris,

Économica, 2009) pour discuter de la question des savoirs et des conditions de leur circulation. Ils montrent par quels processus les connaissances scientifiques sont transformées en normes, écartées (P. Galison, « Removing Knowledge. The Logic of Modern Censorship » dans R. Proctor, L. Schiebinger [eds.], *Agnotology. The Making and Unmaking of Ignorance*, Stanford, Stanford University Press, 2008, p. 37-54,) ou *in fine* inscrites dans les politiques de sécurité sanitaire. L'histoire récente montre l'émergence progressive de l'épidémiologie et les conditions dans lesquelles celle-ci va imposer le concept de facteurs de risques (individuels) comme modèle cognitif de gestion des populations (P. Peretti-Watel, « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risques » *Revue française de sociologie*, 2004, *45*, 1, p. 103-132). Les auteurs concluent en s'interrogeant sur le rôle des sciences sociales dans la définition des politiques de santé publique ; ils rappellent comment les financements de l'ANRS ont contribué à ce que les travaux sociologiques soient utilisés dans les politiques de prévention du sida (M. Calvez, *La prévention du sida. Les sciences sociales et la définition des risques*, Rennes, PUR, 2004).

Le chapitre suivant propose une reconstruction socio-historique de l'émergence des collectifs de patients et montre comment les malades sont de plus en plus associés à la décision publique, et ce même si les auteurs soulignent à juste titre l'extrême diversité des associations sur des registres multiples : les objectifs poursuivis, les rôles assumés auprès des patients et de leur famille, les types de mobilisation, la visibilité des organisations et leur capacité à atteindre le public, les alliances nouées avec des partenaires médicaux et non médicaux, avec des acteurs politiques, institutionnels et privés... En mobilisant la *contentious politics*, peu utilisée pour analyser les mouvements de patients, les auteurs expliquent que « selon les pays, les activistes ne font pas face aux mêmes opportunités et aux mêmes contraintes structurelles et, en conséquence, n'ont pas les mêmes chances de succès » (p. 337).

Du dernier chapitre, qui porte sur les transformations des politiques de santé publique, on peut retenir deux idées principales. Tout d'abord, les auteurs font la démonstration tout à fait convaincante que le concept de médicalisation n'est pas toujours opérant et qu'il « tend à faire perdre de vue que la maladie comme catégorie est utile à beaucoup d'acteurs autres que médecins qui, en s'y référant et l'opérationnalisant, conduisent à la définir et à renforcer son évidence ». Parmi eux, « l'État, les compagnies d'assurance, l'industrie pharmaceutique, certains patients et leurs représentants » (p. 369). Le propos se porte ensuite sur le rôle d'évaluation des agences, souvent accusées de connivence et de complaisance, notamment à l'égard des firmes pharmaceutiques. La littérature citée est plus nuancée et laisse entendre qu'en

fait les phénomènes de capture (c'est-à-dire le détournement des intérêts des agences par des acteurs privés, des groupes partisans) sont mineurs. La réalité est plutôt que les liens entre les évaluateurs et les laboratoires sont complexes tant ils relèvent de dispositifs de régulation contraignants.

En conclusion, les auteurs dressent un diagnostic nuancé. D'un côté, ils reprennent à leur compte le point de vue critique de beaucoup d'observateurs : globalement, les systèmes de santé demeurent plus orientés vers le soin que vers la prévention ; ils ne contribuent que faiblement à la réduction des inégalités sociales de santé ; leur cible se concentre de plus en plus sur l'individu. D'un autre côté, H. Bergeron et P. Castel affirment néanmoins que l'interprétation du changement requiert de procéder à des analyses microsociales et contextualisées, seules de nature à en faire apparaitre la pluralité. Si les quelque 480 pages éditées sur papier bible pourront rebuter de nombreux apprentis sociologues, leur mérite est de faire dialoguer les approches sociologiques et les disciplines, proposant ainsi, sur de nombreux sujets, une nouvelle approche des questions de santé. Une question demeure quant à la nature de cette contribution : s'agit-il d'un « manuel » de « sociologie politique de la santé » comme l'indique le titre ? En privilégiant l'angle de la sociologie des organisations (la spécialité de leur laboratoire de rattachement), H. Bergeron et P. Castel restreignent le caractère englobant de cette sociologie politique, en dépit de l'objectif qu'ils s'assignent. Malgré la grande exhaustivité des questions abordées, on peut avoir quelques regrets, par exemple concernant la quasi-absence des interrogations sur tous les métiers du soin autres que la médecine ; de même en ce qui concerne les autres formes de recours aux soins. La réflexion étant très hospitalo-centrée, on ne sait comment les patients consomment du soin en dehors des institutions. De même l'ouvrage manque-t-il d'ouverture sur les systèmes de santé non occidentaux, alors que la comparaison aurait été profitable. Ce manuel reste cependant remarquable : il est désormais une référence incontournable pour les étudiants comme pour les chercheurs. Il fera date en sociologie de la santé, comme dans l'analyse des politiques de la santé et, espérons-le, en santé publique.