

La santé pour tous

Nadège VEZINAT

Protection sociale, médicalisation croissante de la société, dynamiques des professions médicales et de l'institution hospitalière : la santé est au croisement de multiples préoccupations. Un état des lieux de recherches empiriques et de perspectives théoriques sur ce thème s'avérait nécessaire.

Recensé : Henri Bergeron, Patrick Castel, *Sociologie politique de la santé*, PUF, Quadrige, 484 p., 24 €.

Ce livre co-écrit par Henri Bergeron et Patrick Castel vise à occuper une place vacante littérature pourtant foisonnante de la sociologie de la santé en tentant de lier cette dernière à l'analyse des politiques sociales et sanitaires. Pour cela, il dresse un bilan des grands modèles explicatifs classiquement mobilisés pour traiter cette « sociologie politique de la santé ». L'ouvrage s'organise autour de trois grandes parties (les systèmes de santé et leurs trajectoires, les professions et organisations du soin, les politiques de santé publique) qui mettent au centre du propos la question de l'action collective et des rapports de forces qui apparaît structurante dans chacune des parties du livre.

Les systèmes de santé et leurs trajectoires comme point de départ

La genèse des systèmes de santé est au cœur de la 1^{ère} partie qui restitue la manière dont les États providence ont conçu et construit leurs systèmes de protection sociale ainsi que la façon dont les réformes les travaillent. Plusieurs conceptions de l'État et de son rôle existent cependant et conduisent à développer des systèmes de santé différents.

Le 1^{er} chapitre analyse les principes et programmes du Welfare, la question de la redistribution des bénéfices sociaux, la thèse du compromis social, la diversité des trajectoires nationales au regard du degré de bureaucratisation et de centralisation dans la mise en œuvre des programmes sociaux. S'appuyant majoritairement sur les travaux de Bruno Pallier¹, l'analyse des politiques sociales d'un point de vue comparatiste nous apprend que le système de santé à vocation universelle n'est pas un donné, mais a été construit historiquement et selon des modalités différentes dans les différents pays. Trois régimes d'État-providence², (1990) ont été identifiés et ont donné lieu à une typologie des trajectoires des systèmes de santé qui différencie les divers systèmes nationaux de santé (large couverture de la population, équitable mais problème de qualité et d'accès aux soins), les systèmes d'assurance maladie (qualité des soins mais niveau élevé de dépenses et inégalité d'accès aux soins) et les systèmes libéraux de santé (accès aux soins conditionné aux moyens du patient, fortes inégalités). L'analyse des trajectoires nationales des systèmes de santé permet d'étudier à la

¹ Palier B., 2010, *La réforme des systèmes de santé*, Paris, Puf.

² Esping-Andersen G., 1990, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Oxford, Polity Press and Princeton, Princeton University Press.

fois la capacité des États, sa structure institutionnelle et son régime de gouvernement. Bergeron et Castel s'intéressent notamment à la question de savoir « pourquoi les États-Unis sont-ils restés longtemps le seul pays occidental sans système de santé universel ? ». Ils présentent l'intérêt de la trajectoire du système de santé américain (du fait de la réforme Obama, de sa transformation en système de santé universel, de la résilience des institutions, des politiques et déterminants socio-politiques des réformes des systèmes de santé).

Dans leur chapitre 2, les auteurs partent de l'effritement du consensus noué, au lendemain de la 2^{ème} Guerre Mondiale, autour de la légitimité des politiques sociales pour évoquer les réformes des systèmes de santé. Ce consensus a nécessité de réformer les systèmes de santé en mobilisant différents instruments de politiques publiques, justifications et entrepreneurs pour ces réformes. En s'appuyant sur les travaux de Gosta Esping-Andersen ou de Bruno Pallier, ce chapitre propose une analyse de la controverse portant sur l'augmentation des coûts de santé et la perception de l'État-providence autrement que comme une charge seule. En étudiant l'impact de la mouvance néo-libérale dans les États (déclinée sous la thématique de l'efficacité notamment), le rétrécissement de la place des États-providence laisse plus de place aux assurances privées tout en nécessitant l'intervention de l'État. Les réformes en France « auraient ainsi conduit au renforcement du rôle de l'État dans le pilotage des établissements et politiques sanitaires, et ce, par le truchement d'un recours massif au marché [...]. Un processus d'économisation n'est pas incompatible avec un processus d'étatisation » (p. 71). Parmi les différentes mesures qui favorisent les réformes des systèmes de santé, les auteurs notent des mesures de gouvernance (mesures pour modifier la nature des relations entre les intervenants du secteur) ; de contrôle des dépenses de santé et d'amélioration de la qualité. Au final, le lien très fort et très étudié (ou très fort car très étudié ?) entre les trajectoires des systèmes de santé et des États-providence occidentaux a permis aux auteurs du manuel de répertorier plusieurs modèles d'explication des réformes : le modèle institutionnaliste (de la dépendance au sentier et de la manière dont les institutions favorisent certains groupes au détriment d'autres), le modèle des choix rationnels (des incitations économiques et des relations de pouvoir entre acteurs dominants) et le modèle néo-institutionnaliste.

L'approche classique et connue de l'organisation et des professionnels du soin

Les études de la profession médicale qui a dans tous les pays obtenu des protections lui assurant un monopole et un droit à l'autocontrôle sont au cœur du « périmètre traditionnel de la sociologie de la santé » (p. 131) pour les auteurs qui lui consacrent deux chapitres.

Le chapitre 3 traite de la profession médicale en s'interrogeant sur les spécificités du métier de médecin (p. 134) et en se demandant comment expliquer les protections dont bénéficier les médecins (p. 141). L'émergence de la médecine libérale y apparaît l'avènement d'un processus de professionnalisation classique. Profession prestigieuse et établie, jouissant d'une autonomie professionnelle reflet d'une « dominance professionnelle »³ et portant un « projet professionnel »⁴, les médecins forment un groupe professionnel reconnu pour leur expertise et pour lequel les intérêts professionnels sont légitimes dans la mesure où ils participent de la défense de bénéfices collectifs (p. 157). La profession médicale est cependant plus segmentée qu'il n'y paraît, les divergences et dynamiques internes de la profession

³ Freidson E., 1970, *Professional dominance: the social structure of medical care*, New York, Atherton Press.

⁴ Sarfati-Larson M., 1977, *The rise of professionalism. A sociological analysis*, Berkeley, University of California Press.

médicale ne l'empêchant pas de développer des alliances au sein de leur « système » des professions⁵.

Le chapitre 4 aborde l'organisation des soins et des décisions médicales. L'évolution de la profession médicale a conduit à remettre aujourd'hui en cause la position forte de la médecine face aux autres acteurs du soin, l'hôpital constituant une organisation traversée par des rapports de pouvoir qui redistribuent les légitimités, les compétences de chacun et modifient la division du travail en place. Bergeron et Castel y étudient également la manière dont les patients sont remis au centre du dispositif avec une relation thérapeutique qui apparaît alors comme une focale heuristique pour appréhender le processus de décision de soin. Les auteurs du manuel identifient ensuite une rationalisation croissante qui passe par la prégnance des managers à l'hôpital, une limitation de l'autonomie des médecins, la montrée de l'*Evidence Based Medicine*, une normalisation des savoirs. De ce point de vue, il est dommage que les auteurs (Mike Saks et Ellen Kuhlmann notamment⁶) ayant cherché à étudier la profession médicale et l'organisation des soins au regard des systèmes de santé nationaux mis en œuvre à travers la question de la gouvernance de la profession médicale soient malencontreusement absents de cet ouvrage.

Les politiques de santé publique au cœur du livre

La troisième et dernière partie de l'ouvrage vise « à mesurer à quel point les luttes sont fortes et les savoirs et acteurs encore plus nombreux pour ce qui concerne la définition des politiques de santé publique » (p. 266). Les auteurs commencent par y définir les politiques de santé publique comme les politiques de santé préventive et de « sécurité sanitaire ». Elle s'organise autour des trois derniers chapitres.

Le chapitre 5 qui se penche sur les savoirs (les questions d'épidémiologie, de risques, de biomédecine) est celui dans lequel les auteurs justifient – étonnamment bien tard – le choix du titre de leur livre : « Une sociologie politique des questions de santé se doit d'accorder une place importante à l'étude des savoirs médicaux et, plus largement sanitaires, ainsi que ceux qui participent d'une manière ou d'une autre au(x) champ(s) de la santé » (p. 271). Ce chapitre, cœur de compétences des auteurs, conduit paradoxalement presque à questionner la place des deux autres parties.

Le chapitre 6 porte sur les organisations de patients, les savoirs et politiques de santé. Le rôle des associations de patients dans la formation des politiques de santé y est explicité : leur nombre, leur forme, leur visibilité et leurs mobilisations y sont étudiés en montrant la diversité des collectifs et les rapports de pouvoir qui en émergent. Très documenté, ce chapitre montre bien que les associations obtiennent parfois une « juridiction morale » (p. 350) mais ne réussissent pas nécessairement à pénétrer l'organisation concrète du travail et à y exercer un pouvoir décisionnel.

Le chapitre 7 conclut l'ouvrage sur les politiques de santé publique. Les auteurs y effectuent un rappel des acquis des travaux sur les politiques de santé publique : le rôle de l'État dans l'impulsion des politiques de santé publique, l'émergence d'un « espace européen de la santé », l'histoire des savoirs et disciplines au fondement de la santé publique (confrontation de la médecine clinique et de la médecine sociale), l'influence de la révolution

⁵ Abbott A., 1988, *The systems of professions*, Chicago, University of Chicago Press.

⁶ Kuhlmann E., Saks M., 2008, *Rethinking professional governance. International directions in health care*, Bristol, The Policy Press ; Kuhlmann E., 2006, *Modernising health care. Reinventing Professions, the State and the Public*, Bristol, The Policy Press.

pasteurienne sur le développement des soins, la démocratisation de leur accès, l'investissement sanitaire, l'évaluation des médicaments par les agences sanitaires, les inégalités sociales de santé. En étudiant comment les politiques de santé publique travaillent de plus en plus le rapport aux risques (épidémies, pathologies chroniques, styles de vie particuliers...), les auteurs montrent comment la médicalisation agit comme un cadrage des problèmes « publics » par une définition médicale et forme de contrôle social. Le fait par exemple, pour reprendre les travaux d'Abigail Saguy⁷, de parler d'obésité plutôt que de corpulence constitue un cadrage médical (p. 367). Bergeron et Castel s'intéressent aussi à la façon dont la mise à l'agenda de certains problèmes sociaux plutôt que d'autres s'opère. Cette dernière permet d'analyser les instruments de la santé publique sous l'angle des luttes définitionnelles et des processus socio-politiques qui autorisent ou empêchent l'inscription sur agenda et la publicisation des problèmes sociaux⁸. Des acteurs, tels que les observatoires européens, peuvent ainsi produire une expertise et, comme l'a montré Bergeron sur la question des drogues et toxicomanies, contribuer à la construction d'une politique de santé publique et parfois à une convergence des pratiques nationales et à la circulation des savoirs. Au final, expliquent les auteurs, si la santé publique a remporté quelques succès (la normalisation du SIDA par son inscription dans la juridiction des politiques préventives généralistes par exemple), elle reste cependant dominée par l'approche curative et peine à résoudre la problématique de la faible prise en compte des inégalités de santé (l'accord sur le constat ne se traduisant pas en mesures pratiques, en instruments et actions concrètes).

Ce manuel, qui dresse un tableau d'ensemble complet et comporte une somme de travaux et de références impressionnante, met l'accent sur ce qui perdure dans les pratiques, politiques et systèmes de santé et produit une individualisation et une responsabilisation des individus dans la prise en charge de leur santé. Malgré toutes ses qualités, cet ouvrage présente cependant le défaut de s'adresser plutôt aux initiés. Or l'utilité d'un manuel n'est pas évidente pour les bons connaisseurs du champ de la santé. Les implicites laissés par les auteurs sont en effet dommageables en ce qu'ils n'explicitent pas toujours suffisamment pour les autres, ceux à qui ce type d'ouvrage est finalement destiné, certaines notions comme par exemple le « *disease management* » ou « les itinéraires cliniques » (p. 90). Un effort supplémentaire d'explicitation aurait pourtant rendu ce livre incontournable en le rendant plus accessible aux non-spécialistes du champ de la santé.

Publié dans laviedesidees.fr, le 6 janvier 2015

© laviedesidees.fr

⁷ Saguy A., 2013, *What's Wrong with Fat?*, New York, Oxford University Press.

⁸ Gusfield J., 2009 [1981], *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Economica.