Document generated on 07/16/2025 5:53 p.m.

Sociologie et sociétés

Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale
Risk in public health : possibilities for broadening social theory

Raymond Massé

Volume 39, Number 1, Spring 2007

Risque et santé
Risk and health

URI: https://id.erudit.org/iderudit/016930ar
DOI: https://doi.org/10.7202/016930ar

See table of contents

Publisher(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (print)
1492-1375 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Massé, R. (2007). Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale. *Sociologie et sociétés*, *39*(1), 13–27. https://doi.org/10.7202/016930ar

Article abstract

Social theory has shed much light on a number of social, political and ethical issues raised by sickness prevention and health promotion policies. We are sometimes left with the impression that these attempts at theorizing tell us more about the social science and the researchers than about the risk as experienced in the society in question. One of the causes is probably the lack of empirical studies that might explain the highly complex risk management mechanisms and that limit us to a certain circularity of the discussions on the shortcomings of the global risk society. Taking a micro-sociological and anthropological approach, this paper explores three possible ways of broadening the social theory of risk, namely 1. the interest for public health in a rearticulation of the many dimensions of risk centered on integrating concepts such as 'lifestyle at risk'; 2. the pertinence of an anthropology of risk based on its daily management, popular theories of risk and morality; 3. the pertinence for the social sciences of coupling denunciations of abuse and shortcomings in public management with an analysis of the 'positive' impacts of risk, for instance, as new occasions for socialization, liberation, and social commitment.

Tous droits réservés © Les Presses de l'Université de Montréal, 2007

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale

RAYMOND MASSÉ
Département d'anthropologie
Université Laval
Québec, Canada, G1K 7P4
Courriel : raymond.masse@ant.ulaval.ca

La gestion des risques à la santé associés à nos habitudes de vie et à nos environnements physique et social est devenue l'un des éléments clés dans l'entreprise de légitimation des interventions de prévention et de promotion de la santé. Le citoyen moderne est convoqué par les institutions de santé publique à s'engager dans la lutte face aux risques environnementaux (climatiques, pollution, champs électromagnétiques, réchauffement de la planète, virus de la grippe aviaire, encéphalite spongiforme bovine), mais surtout à modifier ses habitudes de vie (alimentation, activité physique, sexualité, tabagisme) afin de limiter son exposition à ces risques *évitables*. Au Québec, par exemple, le Programme national de Santé publique (2003-2012) propose un ensemble de stratégies visant à étudier et à gérer ces risques à la santé. Stratégies de recherche d'abord visant à mieux documenter l'importance des risques de même que les *facteurs*, *situations*, *conditions* et *populations* qui y sont associés. Mais aussi stratégies d'intervention plus ou moins normatives, invasives et contraignantes soulevant de multiples enjeux sociaux, politiques et éthiques (Guttman, 2000 ; Massé, 2003).

Une analyse des contributions des sciences sociales à l'analyse du risque (en particulier dans le champ de la santé) laisse toutefois penser que nous sommes moins face à un réel effort de compréhension du sens et de la place du risque dans la vie quotidienne

des citoyens qu'à un souci de raffinement des théories sociales qui utilisent le risque comme objet réifié de recherche. Sommes-nous devant une nouvelle société du risque (Beck, 2000, 2001) caractéristique d'une nouvelle forme de modernité, ou devant une culture du risque (Douglas et Wildansky, 1983 ; Douglas, 1992, Scott, 2000) ? Le risque constitue-t-il une forme postmoderne d'intériorisation des dangers désormais perçus comme évitables ? Résulte-t-il d'une hypersensibilité aux dangers dans nos sociétés hypermodernes (Lipovetsky, 2004), d'une intolérance à la souffrance désormais dépourvue de sens ou d'une omniprésence de l'anxiété dans les seules sociétés occidentales (Caplan, 2000) ? Bien sûr, la théorie sociale remplit diverses fonctions fondamentales, telles la mise à jour des mécanismes de construction de l'ordre social, la mobilisation politique autour de l'entreprise sanitaire, l'analyse des processus de construction du sens du risque et des enjeux éthiques. Mais, sans entrer dans les débats traitant des rapports entre micro et macroanalyses, des contributions d'un pragmatisme et de l'induction théorique, sans revenir sur les dénonciations des Mead, Strauss et autres interactionnistes de théories qui préexistent à l'analyse, force est de constater que la sociologie a laissé la part congrue à une phénoménologie des mondes construits par l'individu autour du risque dans la quotidienneté. Du côté de l'épidémiologie et de la santé publique, les milliers d'études publiées au cours des dernières décennies sur les facteurs de risque associés aux divers problèmes de santé et traumatismes ont adopté des méthodologies quantitatives qui laissent, elles aussi, peu de place au discours de l'individu et des communautés, et encore moins à une analyse des *habitus* du risque. La production scientifique exprime mieux un discours savant sur le risque qu'une sensibilité au vécu quotidien en contexte familial et communautaire, plus une théorisation *sur* qu' *à partir du* risque et des savoirs et pratiques populaires. En complémentarité avec le questionnement qui guide l'ouvrage de Adam, Beck et Van Loon demandant « quelles sont les contributions de la théorie sociale à notre compréhension de la nature des risques modernes » (2000 : 1), les sciences sociales doivent aussi demander, à l'inverse, ce qu'une compréhension du risque du point de vue de l'individu peut apporter à la théorie sociale. Paraphrasant l'appel lancé par Latour dans sa préface à l'édition française du livre de Beck (2001), nous demandons si les spécialistes en sciences sociales ne doivent pas d'abord apprendre à penser les pratiques et les savoirs liés au risque avant d'apprendre comment ils doivent se penser eux-mêmes à travers des cadres théoriques pré-établis.

Le présent texte propose quelques pistes destinées à élargir la réflexion théorique sur le risque. Nous ferons le double parti d'un recentrage des études sur le vécu du risque au quotidien dans les cadres de vie familiale et communautaire et d'une ouverture des théories sociales à l'analyse des retombées positives, sur le plan social, politique et éthique, de la société du risque. Nous soulignerons :

1. l'importance pour la santé publique de transcender les approches morcelées des *indicateurs*, des *facteurs* ou des *situations* à risque pour articuler ces multiples dimensions du risque autour de concepts intégrateurs, tel que celui de *mode de vie à*

risque, mieux aptes à resituer les rapports aux risques dans le cadre des multiples épaisseurs du vécu ;

2. la pertinence d'une anthropologie du risque d'abord préoccupée par la gestion quotidienne du risque, les théories populaires du risque et de la moralité ;
3. enfin, la pertinence pour les sciences sociales de coupler aux dénonciations des abus et manquements dans la gestion publique du risque une analyse de ses impacts *positifs*, par exemple, en tant que nouveaux lieux de socialisation, de réflexivité et d'engagement social.

1. RÉARTICULER LES MULTIPLES DIMENSIONS DU RISQUE DANS LE CONTEXTE SOCIOCULTUREL DES PRATIQUES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Les sciences sociales ont dénoncé le flou existant en épidémiologie dans la définition des dimensions et des sites du risque (ex. : population, facteur, indicateur, contexte, situation) tout autant que les simplifications abusives dans la définition et la mesure des déterminants de la santé (déterminants sociaux et culturels réduits à l'état de simples *variables* et *indicateurs* quantifiables (voir Trostle, 2005 pour un bilan). D'évidence (tout au moins pour ceux qui ont suivi l'évolution de la recherche au cours des dernières décennies), les mises en garde contre la simplification de la complexité du social n'ont que peu traversé les barrières disciplinaires et méthodologiques de l'épidémiologie. Toutefois, les sciences sociales ont, elles-mêmes, encore un travail important à faire en termes de propositions constructives de concepts qui seraient en mesure d'intégrer les multiples dimensions des rapports au risque.

Confusion dans la définition des sites du risque

Mais où se situe le risque ? Quels devront-être les angles d'attaque pour la santé publique : les problèmes de santé, les groupes vulnérables, les facteurs de risque, les contextes et situations à risque ? Dans le cadre d'un bilan critique des contributions de la promotion de la santé à la gestion des risques, O'Neil *et al.* (2006) concluent que beaucoup de travail reste à faire pour élargir les approches traditionnelles, morcelées et individualisées. Dans un premier temps, l'approche par *problème de santé* a permis à la santé publique de concentrer son attention sur un nombre limité de problématiques, soit celles qui sont les plus coûteuses sur le plan humain, social et économique. Dans une telle perspective utilitariste, le *problème* est censé résumer et condenser l'ensemble des facteurs de risque associés. Il n'y parvient toutefois qu'en masquant leurs causes sociales et économiques, profondes et transversales. Centrer la gestion des risques sur les *facteurs de risque* reporte le problème ailleurs. Pour Frohlich et Poland (2006), plusieurs des facteurs de risque investigués relevant de comportements individuels, il en a résulté un surinvestissement dans des interventions axées sur la promotion de *modèles de rôle* et de modèles de modification des comportements plutôt que sur la modification des environnements (sinon des seuls environnements individuels tels les réseaux de soutien social). Les approches par *populations à risque*, pour leur part, ont souvent conduit à confondre ces populations avec des *indicateurs de risque*. En fait, le

genre, le niveau de scolarité ou l'origine ethnique, bien qu'ils identifient des groupes vulnérables, constituent des indicateurs bruts sans véritable potentiel explicatif. De plus, ils réduisent considérablement la richesse du sens de ces caractéristiques. Bien qu'elle recadre les comportements dans un univers social et culturel plus large, l'approche par population ne serait pas plus prometteuse du fait qu'elle postule que ces populations vulnérables s'inscrivent dans une communauté de valeurs et d'intérêts partagés, minimisant encore une fois les déterminants structurels communs à l'ensemble de ces populations. On se trouve aussi à survaloriser la différence entre ces groupes aux dépens des facteurs structurels communs (pauvreté, discrimination). Enfin, la notion de *situation à risque* pose aussi problème, tel qu'il ressort de l'étude conduite par Calvez (2004) sur les façons dont a été traité le risque dans les recherches portant sur le sida et les comportements sexuels à risque en France. L'accent placé sur la notion de situation à risque réduirait ce dernier à une simple propriété de situations pour ainsi placer la connaissance du risque en dehors de l'expérience individuelle, mais surtout pour éviter les débats sur les implications sociopolitiques de l'usage des notions de groupe à risque (Calvez, 2004). Cet auteur déplore que l'absence d'articulation entre ces diverses acceptions du risque (indicateurs, populations, problèmes, situations) ait conduit à une segmentation abusive des connaissances du risque, mais aussi à des interventions prévues dans les politiques de prévention. Enfin, notons que la culture demeure le parent pauvre des études sur les sites du risque. James A. Trostle (2005), dans un bilan récent du traitement des facteurs de risque *culturels* par l'épidémiologie et la santé publique, montre à quel point l'épidémiologie tend encore aujourd'hui à réduire ces facteurs (valeurs, représentations, croyances) à des *variables* désocialisées et déculturées. Il plaide alors pour de véritables *théories auxiliaires de la mesure* qui rendent compte des complexes interfaces entre les concepts et les indicateurs utilisés pour les mesurer. En fait, les approches dites socio-environnementales ne permettent toujours pas de dépasser l'identification des facteurs de risque pour répondre aux questions du *comment* et du *pourquoi* ils le sont. La santé est abordée comme un ensemble de facteurs de risque pris un à un plutôt que comme un processus dynamique de surexposition de populations vulnérables à ces facteurs de risque. L'élaboration de ces théories auxiliaires intégrant facteurs (sociaux, culturels, environnementaux), situations ou populations *à risque* représente toujours un défi fondamental pour la théorie sociale.

Une approche alternative

Seule une stratégie de promotion d'une *santé globale* permettrait de dépasser le *paradigme des facteurs de risque* (Fleisher *et al.*, 2006) pour aller vers des modèles plus *écologiques* axés sur les facteurs de protection ou de résilience et les déterminants communautaires. C'est pourquoi une *nouvelle santé publique*, telle que conçue par les professionnels de la promotion de la santé (O'Neil *et al.*, 2006), devrait reposer sur une approche fondée sur les *modes de vie collectifs*, soit une approche qui saurait « prendre en compte à la fois les comportements, les contextes sociaux et les contraintes structurelles (inégalités sociales, rapports sociaux inégalitaires) » (Frohlich et Poland, 2006).

Dans ce cadre, « les modes de vie collectifs incluent les ensembles interreliés d'orientations, de ressources et de comportements de santé, adoptés par des groupes d'individus en réponse à leur environnement social, culturel et économique » (idem, p. 75). Le concept de *comportements relatifs à la santé*, référant surtout à des déterminismes individuels, est alors remplacé par celui de pratiques sociales (inspiré des concepts d'habitus de Bourdieu (1980) et de pratiques de Giddens (1984). Les contributions des sciences sociales, en soutien aux réflexions critiques qui émergent au sein de l'épidémiologie (Weed, 1997 ; Weed et McKeown, 2003 ; Fleisher *et al.*, 2006) devraient aller non seulement dans le sens de la production de concepts et de théories aptes à saisir l'intégration du risque et de sa gestion dans les modes de vie, mais aussi dans la réalisation de recherches empiriques qui sauront illustrer et comprendre les mécanismes de gestion et de construction du sens des risques et des menaces à la santé au quotidien. L'enjeu de taille ici est celui de l'évitement d'une désocialisation, d'une dépolitisation et d'une déculturalisation du risque découlant d'un morcellement de ses multiples dimensions.

2. POUR UNE ANTHROPOLOGIE SOCIOCULTURELLE DU RISQUE

Un autre des défis posés aux sciences sociales dans l'étude du risque est l'étude des mécanismes subtils et complexes de sa gestion, non par les institutions publiques, mais par les individus, au gré des trajectoires de vie et dans des cadres de vie tels que la famille et la communauté. En particulier, la recherche devrait s'intéresser plus à fond au processus d'intériorisation du risque et au développement d'un éthos de la responsabilité, à l'étude empirique de la gestion quotidienne des risques multiples, à l'analyse des complémentarités entre rationalités divergentes, voire à une ethnoéthique de la construction sociale de la menace et de la moralisation des habitudes de vie. La gestion du risque au quotidien n'implique pas automatiquement des analyses réflexives et des questionnements de fond sur les probabilités associées à chacun des risque, sur leurs effets cumulés, sur l'efficacité relative de telle modification des habitudes de vie. Elle s'opère généralement dans le cadre d'une pensée sociale de sens commun et de pratiques ancrées dans un *habitus* au sens que lui donne Bourdieu (1980). Non seulement un habitus en tant que processus incessant et largement inconscient, d'apprentissage et d'inculcation, qui aiguillonnerait l'individu à penser, à agir et à percevoir ses expériences selon des modèles intériorisés, inculqués par l'entremise de l'apprentissage ou la socialisation. Mais aussi, et surtout, un habitus comme ensemble de prédispositions variant selon la nature du risque et ses contextes d'émergence, de même que comme « capacité infinie d'engendrer en toute liberté (contrôlée) des produits – pensées, perceptions, expressions, actions – qui ont toujours pour limites les conditions historiquement et socialement situées de sa production » (Bourdieu, 1980 : 92). Or, peu d'études se sont penchées sur cet art d'inventer des pratiques prévisibles répondant d'*improvisations réglées* évoluant entre raison, sens pratique et sens commun. Sans oublier, comme le rappelle Giddens (1994), que dans nos sociétés modernes, les pratiques sociales s'inscrivent dans une *réflexivité* et donc, dans une révision constante des pratiques. Dans la gestion quotidienne

du risque, la recherche devrait alors s'intéresser tout autant aux influences externes, structurelles et contingentes, qu'au recul critique entretenu par le citoyen face aux édits des institutions de prévention et de promotion de la santé. Réflexivité qui habilite les profanes à s'approprier les savoirs produits par les *experts* et à construire des justifications pour rendre compte des pratiques. Les exemples suivant illustrent le potentiel de cette dialectique entre habitus et réflexivité dans la gestion quotidienne du risque.

Une sociologie des stratégies profanes de gestion du risque

L'enrichissement de la réflexion théorique passe, au-delà des analyses critiques dénonçant les dérives éthiques, politiques et économiques dans la gestion du risque, par l'étude des pratiques de leur négociation dans la vie quotidienne. Tout à fait intéressante à ce titre est l'étude de Burton-Jeangros sur les *cultures familiales du risque*, les pratiques empiriques et les *stratégies profanes* de gestion des risques à la santé par les familles en Suisse romande (2004). Elle montre que la gestion des risques faite par cette population n'est aucunement *naïve*. Les mères de famille rapportent accepter de prendre consciemment certains risques dans certains domaines (ex. : tabagisme), certaines circonstances (ex. : accepter un certain niveau de risque dans les activités de loisir des enfants) et certains moments de la vie personnelle (ex. : sexualité à risque en contexte de période amoureuse), et ce, tout en étant conscientes des écarts par rapport à une rationalité utilitariste ou de conformité sociale. Le concept d'*utilité espérée* proposé par certains économistes permet aussi de prendre en considération la complexité des décisions individuelles en contexte de risque et de probabilité et s'avère tout aussi pertinent pour analyser ces modulations dans l'exposition au risque. Dacunha-Castelle (1999), référant aux risques associés à la conduite automobile, part du constat que les modèles dits de risque zéro sont invalidés par la pratique ; au quotidien, les conducteurs prennent bel et bien volontairement certains risques pour eux et pour les autres. Et cette prise de risque consciente répond partiellement d'une « fonction d'utilité » donnée au transport automobile. « La fonction d'utilité [précise-t-il] tient compte du gain de temps, du plaisir de conduire, de la place que l'on a au regard d'autrui en conduisant vite, de l'appréciation que l'on a de soi » (Dacunha-Castelle, 1999 : 139). Il en conclut que l'utilité espérée de pratiques de gestion du risque n'est donc pas nécessairement l'utilité maximale ; il s'agit d'une utilité pondérée pour tenir compte de logiques et de finalités divergentes. Bref, ces concepts de stratégie profane et d'utilité espérée mettent en évidence le fait que les rapports profanes aux risques sont loin d'être uniformes, et ce, à l'intérieur même d'un sous-groupe social (défini par la classe sociale, le genre, le statut familial). Si le risque est indéniablement une construction socioculturelle, les pratiques de gestion du risque sont, pour leur part, bien concrètes, mais complexes, nuancées, sensibles aux contextes familiaux, conjugaux, biographiques. L'intérêt s'impose alors pour une sociologie de la quotidienneté qui permettra de comprendre les mécanismes régissant la modulation de ces expositions graduées à certains risques et, de là, d'éviter les risques de surinterprétation associés aux métarécits théoriques.

Risque et rationalités alternatives

Le risque zéro n'existant jamais, la domestication individuelle du risque concerne les choix rationnels faits en contexte d'incertitude relative. Dans le cadre d'une rationalité utilitariste limitée (entre autres par le manque d'informations), l'individu considérera le rapport entre les bénéfices à retirer d'un comportement (ex. : conduire son automobile pour aller au travail, acquiescer à une relation sexuelle non protégée avec une personne convoitée, fumer pour se voir intégré à un groupe de pairs) et les coûts possibles (en termes de probabilité accrue de maladie ou de traumatisme). Il fera cette évaluation en fonction de ses propres valeurs, mais aussi en conformité avec la sélection et la construction du risque proposée par sa collectivité d'appartenance (Douglas et Wildavsky, 1982). Tous les individus ne sont pas en mesure d'évaluer les probabilités d'association de tel symptôme avec tel ou tel diagnostic, puis de pondérer les probabilités relatives de succès des diverses approches préventives ou thérapeutiques pour l'un ou l'autre de ces diagnostics.

Bien sûr, cette forme de rationalité utilitariste n'est pas la seule convoquée pour guider les comportements. Certaines conduites préventives relèvent plus d'une *logique* alternative *de conformité sociale* aux recommandations des professionnels, telle l'acceptation par des parents d'une vaccination de leurs enfants même lorsqu'ils sont informés des risques d'effets secondaires, et ce, au nom d'une logique de conformité aux prescriptions de personnes signifiantes (médecin, directeur d'école). En revanche, le refus de la vaccination peut être justifié dans le cadre d'une *logique symbolique* associant le vaccin à la mafia des compagnies pharmaceutiques ou à l'univers du *chimique* (Massé, 1997). D'autres conduites à risque relèvent pour leur part de *jeux de mort* (Le Breton, 2002). En fait, dans toutes les sociétés, modernes ou traditionnelles, une rationalité utilitariste axée sur une pondération des conséquences en termes de rapport coûts bénéfices cohabite avec de multiples rationalités alternatives et complémentaires. Le rapport au risque relève, non pas d'une logique (ou d'un illogisme), mais de la cohabitation d'une pluralité de formes logiques qui déterminent une ou plusieurs formes de rationalité mises à contribution dans tel ou tel contexte. La maximisation des retombées de nos gestes ne constitue que l'une des préoccupations des citoyens modernes. Ici, c'est à une théorisation des modalités de cohabitation, de pondération et de valorisation d'une pluralité de logiques des savoirs et de rationalités des pratiques que sont conviées les théories sociales du risque. De nouvelles sous-disciplines sont même suggérées pour analyser ces perceptions populaires du risque, telle une *épidémiologie non professionnelle* (*lay epidemiology*) qui vise à reconstruire le « plan sur lequel les individus interprètent les risques à la santé à travers une observation de routine et la discussion de cas de maladie ou de mort à l'intérieur de leur réseau personnel et dans l'arène publique aussi bien que de faits officiels ou non officiels découlant d'autres sources telles que la télévision et les magazines » (Frankel *et al.*, 1991 : 428). Une telle épidémiologie populaire permet de documenter, dans le respect des valeurs et des logiques locales, les *irrationalités* dénoncées par les spécialistes dans les rapports de populations

migrantes, autochtones ou défavorisées face aux facteurs de risque reconnus et évitables. Elle devra aussi relever le défi d'illustrer empiriquement que le risque évolue dans le contexte d'un *monde vécu,* soit un monde où, comme le suggère Pécaud (2005), se confrontent et interfèrent deux types de certitude quant à sa compréhension : des *certitudes explicatives,* relevant de la science, en tant que résultat de démarches hypothétiques, maîtrisées avec volonté et méthode, grâce à l'utilisation de modalités de raisonnement codifiées, appliquées avec rigueur pour obtenir une vérité construite ; des *certitudes pratiques*, équivalentes à des croyances ordinaires, à des significations personnelles, mais collectivement partagées, et à des interprétations spontanées disponibles à partir de l'expérience concrète du monde.

Intériorisation de la responsabilité face au risque et réflexivité

Les dangers ont toujours fait partie de la vie et les sociétés humaines ont tenté de les prédire et d'en gérer les conséquences par des processus divinatoires et magico-religieux. Aujourd'hui, les dangers sont toujours des menaces à la sécurité et à l'intégrité. Chacun se perçoit comme étant exposé à une multitude d'entre elles (sanitaires, climatiques, économiques, politiques, risque au travail). Toutefois, ce ne sont plus les esprits malins, les divinités malveillantes ou les âmes des ancêtres en colère qui nous menacent, mais les produits toxiques cachés dans les objets usuels et les aliments, les radiations, les champs magnétiques, les virus, tous facteurs de risques tout aussi invisibles qu'envahissants. Le lieu de gestion de ces menaces à la santé est désormais l'institution de la santé publique. Mais le risque, lui, a changé de nature. Il n'émerge comme composante de la société globale du risque qu'au moment où l'humain pense le danger en termes d'« incertitude fabriquée », soit lorsque « le risque est activement confronté à l'intérieur de cadres d'action organisés dans une perspective réflexive » (Giddens, 1995 : 152). Alors que l'attitude face au danger, perçu comme résultant de facteurs extérieurs incontrôlables, appelle une simple gestion des conséquences de ces dangers (les réparations), l'émergence du risque implique un processus d'explication des causes du danger et une remise en question par l'individu de sa responsabilité. Cette réflexivité va de pair avec une construction du risque comme menace intérieure. Comme le rappelait Beck (2001), en contexte postindustriel, les sources du risque ne sont plus l'autre (immigrants, noirs, Juifs, communistes) ; elles se trouvent a l'intérieur de nos propres sociétés, voire à l'intérieur de nous-mêmes. Le risque, c'est nous, à travers nos habitudes de vie, nos choix, nos pratiques polluantes, nos comportements en matière de sexualité, de conduite automobile ou d'alimentation. Reprenant l'expression de Beck, les dangers et les risques à la santé sont devenus des *passagers aveugles* sur les trajectoires de vie ; ils sont constitutifs de nos propres histoires personnelles.

Cette intériorisation du risque a déjà fait l'objet de plusieurs réflexions théoriques en sociologie. Le risque a été abordé comme déclencheur d'un processus de culpabilisation de la victime correspondant aux nouvelles stratégies de contrôle social elles-mêmes fondées sur l'autocontrôle et l'intégration de normes imposées auxquelles les individus se conformeront volontairement par une autodiscipline (Peterson et Lupton, 1996).

La gestion du risque est réduite à un exercice d'occultation des rapports de pouvoir entre médecine préventive et citoyens (Lupton, 1994), à des *processus micropolitiques* par lesquels les individus sont encouragés à se conformer aux règles morales de la société. La santé devient non un état, mais un projet individuel axé sur la vigilance et la discipline sanitaire ; l'individu devient un *soi entrepreneur* (*entrepreneurial self*) qui vise à maximiser les retombées de ses pratiques sur son état de santé au moyen d'une vigilance et d'un contrôle de soi de tous les instants, mais qui se présente aussi comme un *soi civilisé* conscient des impacts de la maladie sur la stabilité de la société.

Pour éclairantes qu'elles soient, ces analyses foucaldiennes visent moins à comprendre le sens profond de cette intériorisation du risque qu'à dénoncer l'asservissement du citoyen aux finalités des politiques de santé publique, processus qui en ferait un collaborateur consentant, un simple relais du biopouvoir. Or, un aspect moins bien analysé du risque est, au contraire, sa contribution à la redéfinition d'une nouvelle identité personnelle, d'un nouveau rapport à soi, aux autres et au monde, voire à l'intégration du risque au cœur des habitus. La réflexion théorique disposerait de nouvelles sources d'inspiration dans des études empiriques traitant des domaines tels que : a) le processus d'autoresponsabilisation du citoyen face à des dangers qui, en apparence lui échappent (ex. : gaz à effets de serre, migration internationale de réfugiés atteints de maladies infectieuses, stress au travail) ; b) l'identité personnelle des citoyens qui n'obtempèrent pas aux prescriptions de la promotion de la santé en matière de conduite automobile en état d'ébriété, de tabagisme, d'activité physique, de comportements alimentaires ; c) l'intériorisation d'un sentiment de culpabilité des parents informés des impacts, à long terme, de leurs pratiques parentales sur le devenir de leurs enfants en bas âge ou d) le sentiment de culpabilité de ceux qui se savent transmetteurs d'une prédisposition génétique à leurs enfants. Sur ce dernier point, une enquête menée auprès de membres d'associations américaines de personnes atteintes de la Chorée d'Huntington et de leur famille (Wexler, 2000) a montré de quelle façon les parents en viennent à se suresponsabiliser en cas de refus des tests diagnostiques et acquièrent de nouvelles formes d'identité personnelle et collective. Elle illustre l'importance d'une science sociale qui donne la parole aux malades et aborde la gestion du risque en la localisant dans leur histoire personnelle, biographique et familiale.

Une ethnoéthique du processus de moralisation

Les sciences sociales ont bien mis en évidence les enjeux éthiques liés à l'implantation des politiques de santé publique (Guttman, 2000 ; Buchanan, 2000 ; Vorveijt, 2000). Toutefois, nombreuses sont les études qui ne prennent aucunement en considération le point de vue des populations diversifiées ciblées par les programmes de prévention. L'enrichissement des théories sociales sur le risque passerait, ici encore, par l'étude empirique des *moralités séculières*, soit les fondements (principes, valeurs) et le contenu des jugements moraux posés par la population sur les comportements à risque (tabagisme, toxicomanie, sexualité non protégée) (Katz, 1997). Les défis sont ici énormes pour une ethnoéthique qui se donnera comme mandat d'analyser la nature et les

processus de construction et d'évolution des normes sociales et morales populaires en matière de saines habitudes de vie. De même, considérant que le marché de la moralisation des rapports au risque est âprement disputé par divers groupes d'intérêt, y compris communautaires (ex. : groupes de défense de l'environnement, de séropositifs, de dépressifs, de victimes de l'industrie biomédicale, multinationales des produits dangereux), une ethnoéthique élargira le champ de la recherche au rôle joué par ces partenaires communautaires de la santé publique en tant qu'*espaces moraux* (Massé, 2005). En outre, ce dont il est question dans une telle ethnoéthique, c'est de l'intégration par le citoyen moderne d'une *micro-éthique de la honte*, soit une honte intériorisée de ne pas être sain, énergique et productif, mais surtout une honte de ne pas avoir tout fait en son pouvoir pour maintenir sa santé (Lecourt, 1996 : 115). Au-delà d'une étude des impacts des habitus sur les modalités de gestion des risques au quotidien, une telle approche pourrait solliciter la théorie sociale pour une relecture d'un *ethos* du risque inscrit désormais au cœur des identités modernes dans les sociétés du risque.

3. DES SCIENCES SOCIALES OUVERTES AUX IMPACTS POSITIFS DE LA GESTION DES RISQUES

Une troisième piste d'enrichissement de la théorie sociale sur le risque passe par un élargissement du cadre *critique* en faveur d'une analyse des contributions *positives* d'une société du risque sur le social, politique et éthique. Tout en évitant les écueils d'un empirisme naïf, l'enjeu est de considérer le risque non seulement comme facteur d'asservissement du citoyen aux politiques d'un biopouvoir, mais aussi comme composante d'un nouveau rapport au monde, à la liberté, à la responsabilité et à l'engagement. Un bilan des réflexions critiques adressées à la santé publique au cours des trois dernières décennies laisse à penser qu'une partie de la théorie sociale est confinée dans une sorte de prison des catégories, des présupposés et des idées convenues. La dénonciation des enjeux éthiques liés à la gestion publique du risque nous confine à une certaine circularité dans l'argumentaire. Or, le risque ne se résume pas à une forme d'opium du peuple qui déposséderait le citoyen de toute réflexivité critique face aux enjeux politiques liés au contrôle des corps et à la reproduction du biopouvoir. La théorie sociale a permis de mettre en évidence ces dimensions bien réelles ; mais d'autres dimensions complémentaires de ces politiques de gestion des risques à la santé l'interpellent tout autant.

Certains ont déjà anticipé la pertinence de ce nouvel axe de réflexion. À titre d'exemple, Dupuy (2002) suggère qu'il résulte de cette culture de l'inquiétude et de la recherche de sécurité une sorte de « catastrophisme éclairé » possiblement fécond et positif au regard de la mobilisation sociale qu'elle peut susciter. On peut même y voir un facteur de développement de la réflexivité. Par les débats contradictoires que ce catastrophisme soulève dans les médias et les milieux scientifiques, sur leur réalité, leur construction, leur imprécision, l'abus dans le contrôle des corps, il encourage le recul critique au point où, comme le propose Beck, « les sociétés du risque deviennent des sociétés d'autocritique » (2000 : 218). De même, le rapport au temps s'en trouve

modifié au profit d'une ouverture sur les possibles de l'avenir. D'ailleurs, rappelle Lipovetsky : « Où voit-on que notre culture ait pris congé de l'avenir ? Le voici, au contraire, au centre des inquiétudes et des débats contemporains » (Lipovetzky, 2004 : 103). Comme le souligne Beck (2000), le concept de risque renverse le rapport entre le passé, le présent et le futur. Le passé perd son pouvoir de déterminer le présent. Sa place, en tant que cause de l'action et de l'expérience quotidienne, est prise par le futur. Le risque ouvre sur le futur et le sentiment de pouvoir le contenir. Et une telle ouverture peut aussi devenir « un outil politique contre l'injustice » (Levitas, 2000). En fait, le désespoir face à la multiplication des risques (environnementaux, sanitaires), désespoir relayé par plusieurs spécialistes de sciences sociales (ex. : Dupont, 2003), trouve sa contrepartie dans une utopie de la santé parfaite, alimentée par la prévention, la recherche médicale, les biothechnologies, la génomique. Et comme toutes les utopies, cette dernière est source d'espoir, potentiel révolutionnaire, force mobilisatrice. Une fraction importante des citoyens modernes est à mille lieux d'une attitude de résignation face aux dangers inévitables ou d'un abandon passif de son avenir sanitaire aux mains d'experts pourtant légitimement responsabilisés pour gérer les risques. Les interventions de prévention et de promotion de la santé répondent, bien sûr, à notre obsession utopique de libérer l'individu de l'emprise de la fatalité, et de toute crainte et inquiétude face à l'imprévisible. Mais, le risque peut aussi être vu comme facteur d'*empowerment*, lieu d'un renforcement de la capacité d'action des individus et des collectivités qui opèrent des choix conscients. De plus, le risque, une fois pris en charge par les citoyens, devient un facteur de mobilisation communautaire, mobilisation qui peut prendre la forme d'une *épidémiologie populaire* (*popular epidemiology*) que Brown définit comme « un processus par lequel des non-experts recueillent des données et autres informations scientifiques, et aussi orientent et canalisent le savoir et les ressources des experts dans le but de comprendre l'épidémiologie d'une maladie » (Brown, 1992 : 269). Pour exemple, la population d'une communauté du Massachusetts qui s'est mobilisée devant une *épidémie* de cas de leucémie chez ses enfants et devant les liens possibles de ces décès avec les polluants industriels. En questionnant les *experts*, en forçant la mise en œuvre d'enquêtes et la mise en place d'une banque de données locales, cette communauté a réussi à confirmer l'impact d'un polluant (le trichloréthylène) sur l'émergence d'un syndrome du trichloréthylène, qui attaque à la fois les systèmes immunitaire, cardiovasculaire et neurologique (Brown, 1992).

Cette société du risque est susceptible d'entraîner de multiples autres retombées dont certaines ont été identifiées plus en détail ailleurs (Massé, 2007). La théorie sociale du risque trouverait une source d'enrichissement dans des recherches empiriques qui exploreraient les hypothèses posant que les interventions de prévention et de promotion de la santé offrent à l'individu : a) de nouvelles voies d'intégration et de participation sociale, par exemple l'implication dans des groupes communautaires écologistes ; b) un nouveau champ d'expression de la maîtrise sur soi et de contrôle de son destin sanitaire, soit un outil de contrôle sur la maladie et la mort prématurée, véritable condition obligée de toute liberté ; c) un lieu d'engagement envers soi et, possiblement, un

tremplin obligé pour un engagement social préoccupé du bien d'autrui et du bien commun ; d) le lieu du développement d'une forme de *responsabilité individuelle engagée* que Lipovetsky et Charles (2004) voient comme le futur de la responsabilité dans *les temps hypermodernes*.

Bref, le risque ne réfère pas qu'aux insécurités ontologiques et aux anxiétés, mais aussi aux *opportunités* de modification de la société qui le génère, ces *opportunités des maux* qui pour Beck (2000 : 226) sont une source importante d'enrichissement de la théorie sociale.

CONCLUSION

Dans le champ de la santé publique, la théorie sociale du risque a permis de mettre en évidence un ensemble d'enjeux sociaux, politiques et éthiques des interventions, souvent invasives, de prévention et de promotion de la santé. Les acquis de ces réflexions critiques sont incontestables ; elles ont alimenté un débat critique dans divers groupes communautaires devant les risques de dérapages paternalistes de l'entreprise normative de la promotion de la santé, tout en entretenant une réflexivité constructive chez les professionnels de la santé publique eux-mêmes. Ces réflexions critiques n'étant jamais acceptées une fois pour toutes, l'un des défis de la théorie sociale est de poursuivre ce travail réflexif *sur* le risque. Toutefois, ce défi est aussi celui du renouvellement de la réflexion. Nous avons suggéré dans le présent texte que l'une des pistes permettant d'élargir le débat sur le risque réside dans un exercice d'induction théorique fondé sur une réflexion *à partir* du risque, tel qu'il s'inscrit dans les modes de vie, les habitus, les pratiques sociales, les stratégies profanes de gestion des choix en contexte d'incertitude ; bref, tel qu'il est négocié, au quotidien, par un individu traversé de multiples rationalités complémentaires et ouvert à composer, dans un cadre réflexif, avec certains risques dans certaines circonstances. L'élargissement de la recherche passe alors par une analyse du monde naturel de la vie quotidienne, des mondes du risque construits par l'individu, des stratégies d'application de procédures de sens commun.

La question n'est pas de savoir si la théorie peut ou doit préexister à l'analyse ; bien sûr, les sciences sociales évoluent au gré d'une dialectique théorie versus pratique. Mais, il faut éviter que l'approche macrosociologique occulte le travail sur le sens mené par les acteurs, leurs interprétations, parfois inattendues, du risque et du jugement moral porté sur les pratiques. La tâche de l'anthropologue et du sociologue est alors de chercher à concilier les constructions du monde élaborées par la population et par les chercheurs.

RÉSUMÉ

La théorie sociale a largement contribué à nous éclairer sur plusieurs des enjeux sociaux, politiques et éthiques soulevés par les politiques de prévention de la maladie et de promotion de la santé. Nous pouvons toutefois avoir l'impression que ces efforts de théorisation nous renseignent mieux sur la science sociale et les chercheurs que sur le risque tel qu'il est vécu dans la société. L'une des causes en serait le manque d'études empiriques qui permettent de saisir les mécanismes fins et complexes de gestion du risque et qui nous confinent à une certaine circularité de l'argumentaire sur les dérives de la société globale du risque. Prenant le parti d'une approche microsociologique et anthropologique, ce texte explore trois pistes de contribution pour un élargissement de la théorie sociale du risque, soit : 1. l'intérêt pour la santé publique d'une réarticulation des multiples dimensions du risque autour de concepts intégrateurs tel celui de *mode de vie à risque* ; 2. la pertinence d'une anthropologie du risque ancrée dans la gestion quotidienne du risque, les théories populaires du risque et de la moralité ; 3. la pertinence pour les sciences sociales de coupler aux dénonciations des abus et manquements dans la gestion publique une analyse des impacts *positifs* du risque, par exemple, en tant que nouveaux lieux de socialisation, de libération et d'engagement social.

ABSTRACT

Social theory has shed much light on a number of social, political and ethical issues raised by sickness prevention and health promotion policies. We are sometimes left with the impression that these attempts at theorizing tell us more about the social science and the researchers than about the risk as experienced in the society in question. One of the causes is probably the lack of empirical studies that might explain the highly complex risk management mechanisms and that limit us to a certain circularity of the discussions on the shortcomings of the global risk society. Taking a micro-sociological and anthropological approach, this paper explores three possible ways of broadening the social theory of risk, namely 1. the interest for public health in a rearticulation of the many dimensions of risk centered on integrating concepts such as 'lifestyle at risk' ; 2. the pertinence of an anthropology of risk based on its daily management, popular theories of risk and morality ; 3. the pertinence for the social sciences of coupling denunciations of abuse and shortcomings in public management with an analysis of the 'positive' impacts of risk, for instance, as new occasions for socialization, liberation, and social commitment.

RESUMEN

La teoría social contribuyó ampliamente a aclararnos varias de las problemáticas sociales, políticas y éticas planteadas por las políticas de prevención de la enfermedad y de la promoción de la salud. Podemos no obstante tener la impresión, que estos esfuerzos de teorización nos informan más sobre la ciencia social y los investigadores que sobre el riesgo tal como se vive en la sociedad. Una de las causas sería la falta de estudios empíricos que permitan comprender los finos y complejos mecanismos de gestión del riesgo y que nos limitan a una determinada circularidad de la argumentación sobre las derivas de la sociedad global del riesgo. Tomando parte de un enfoque micro sociológico y antropológico, este texto explora tres pistas de contribución para una ampliación de la teoría social del riesgo, o sea 1. el interés por la salud pública de una rearticulación de las múltiples dimensiones del riesgo en torno a conceptos integradores tales como el de 'modo de vida a riesgo' ; 2. la pertinencia de una antropología del riesgo afianzada

en la gestión diaria del riesgo, las teorías populares del riesgo y de la moralidad ; 3. la pertinencia para las ciencias sociales de acoplar a las denuncias de abusos e incumplimientos en la gestión pública a un análisis de los impactos 'positivos' del riesgo, por ejemplo, en tanto que nuevos lugares de socialización, liberación y compromiso social.

BIBLIOGRAPHIE

ADAM, B., U. BECK, et J. van LOON (éds) (2000), *The Risk Society and Beyond. Critical Issues for Social Theory*, London, Thousand Oaks, Sage Publications.

ADAM , B. et J. van LOON, (2000), « Introduction : Repositioning risk ; The Challenge for Social Scientists », *in* B. ADAM, U. BECK, et J. van LOON (éds) (2000), *The Risk Society and Beyond. Critical Issues for Social Theory*, London, Thousand Oaks, Sage Publications.

BECK , U. (2000), « Risk Society Revisited : Theory, Politics and Research Programs », *in* B. ADAM, U. BECK, et J. van LOON (éds) (2000), *The Risk Society and Beyond. Critical Issues for Social Theory*, London, Thousand Oaks, Sage Publications.

BECK , U. (2001) [1987], *La société du risque*, Paris, Aubier.

BOURDIEU, P. (1980), *Le sens pratique*, Paris, Minuit.

BROWN, P. (1992), « Popular Epidemiology and Toxic Waste Contamination : Lay and Professional Ways or Knowing », *Journal of Health and Social Behavior,* vol. 33, p. 267-281.

BUCHANAN, D. R. (2000), *An Ethic for Health Promotion. Rethinking the Sources of Human Well-being,* New York, Oxford, Oxford University Press.

BURTON-JEANGROS, C. (2004), *Cultures familiales du risque*, Paris, Anthropos.

CALLON M., P. LASCOUMES, et Y. BARTHE (2001), *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Seuil.

CALVEZ, M. (1993), « L'analyse culturelle du risque », *in* A. Tursz, Y. SOUTEYRAND et R. SALMI (éds), *Adolescence et risque*, Paris, Syros, p. 75-87.

CALVEZ , M. (2004), *La prévention du sida. Les sciences sociales et la définition des risques*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

CAPLAN, P. (éd.) (2000), *Risk Revisited*, London, Sterling, Virginia, Pluto Press.

COUGHLIN, S. S. (2006), « Ethical Issues in Epidemiologic Research and Public Health Practice », *Emerging Themes in Epidemiology,* vol. 3, n° 16, article en ligne [http ://www.ete-online.com].

DACUNHA-CASTELLE, D. (1999), *Chemins de l'aléatoire. Le hasard et le risque dans la société moderne*, Paris, Flammarion, Coll. « Champs ».

DOUGLAS, M. (1992), *Risk and Blame. Essays in Cultural Theory*, London, Routledge.

DOUGLAS , M. et A. WILDAVSKY (1982), *Risk and Culture*, Berkeley, University of California Press.

DUPONT, Y. (dir.) (2003), *Dictionnaire des risques*, Paris, Armand Colin.

DUPUY, J.-P. (2002), *Pour un catastrophisme éclairé. Quand l'impossible est certain*. Paris, Seuil.

FLEISHER N. L., A. M. WEBER, S. GRUBERS *et al.* (2006), « Pathways to Health : a Framework for Health-Focused Research and Practice », *Emerging Themes in Epidemiology*, vol. 3, n° 18, article en ligne.

FRANKEL, S., C. DAVISON et G. DAVEY SMITH (1991), « Lay Epidemiology and the Rationality of Responses to Health Education », *British Journal of General Practice,* vol. 41, p. 428-430.

FROHLICH, L. K. et B. POLAND (2006), « Les points d'intervention dans la pratique de la promotion de la santé : l'intérêt d'une approche du contexte social en termes de modes de vie collectifs », *dans* M. O'NEIL, S. DUPÉRÉ, A. PEDERSON et I. ROOTMAN (2006) (dirs.), *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 62-80.

GIDDENS , A. (1995), *Beyond Left and Right : The Future of Radical Politics*. Cambridge, Polity.

GIDDENS, A. (1994), *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan.

GUTTMAN, N. (2000), *Public Health Communication Interventions. Values and Ethical dilemmas*, Thousand Oaks, Sage Publications.

KATZ, S. (1997), « Secular Morality », *in* A.M. BRANDT et P. ROZIN (éds), *Morality + Health*, New York et London, Routledge, p. 297-330.

LEBRETON, D. (2002), *Conduites à risque. Des jeux de mort au jeu de vivre*, Paris, Presses Universitaires de France.

LECOURT, D. (1996), « Le paradoxe moderne de l'éthique », *Le Magazine Littéraire,* p. 112-115.

LEVITAS, R. (2000), « Discourses of Risk and Utopia », *in* B. ADAM, U. BECK, et J. van LOON (éds), *The Risk Society and Beyond. Critical Issues for Social Theory*, London, Thousand Oaks, Sage Publications.

LIPOVETSKY, G. (2004), « Temps contre temps ou la société hypermoderne », *in* G. LIPOVETSKY et S. CHARLES, *Les temps hypermodernes,* Paris, Grasset.

LIPOVETSKY, G., et S. CHARLES (2004), *Les temps hypermodernes*, Paris, Grasset.

LUPTON, D. (1994), *Medicine as Culture. Illness Disease and the Body in Western Societies*. London, Sage Publications.

MASSÉ, R. (1997), « Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux », *Anthropologie et Sociétés,* vol. 21, n° 1, p. 53-72.

MASSÉ, R. (2003), *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, Québec, Presses de l'Université Laval.

MASSÉ, R. (2004), « Les groupes communautaires comme espaces moraux », *in* F. SAILLANT, M. CLÉMENT et C. GAUCHER (dirs.), *Identités, vulnérabilités et communauté,* Québec, Éditions Nota Bene, p. 307-324.

MASSÉ, R. (2007), « Les sciences sociales au défi de la santé publique », *Sciences sociales et santé*, vol. 25, n° 1, p. 5-24.

O'NEIL, M., S. DUPÉRÉ, A. PEDERSON et I. ROOTMAN (dirs.) (2006), *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses de l'Université Laval.

O'NEIL, M. et A. STIRLING (2006), « Travailler à promouvoir la santé ou travailler en promotion de la santé », *in* M. O'NEIL, S. DUPÉRÉ, A. PEDERSON et I. ROOTMAN (dirs.) (2006), *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses de l'Université Laval.

PECAUD, D. (2005), *Risques et précautions. L'interminable rationalisation du social,* Paris, Éditions La Dispute.

PETERSEN, A. et D. LUPTON, D. (1996), *The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk*, Thousand Oaks, Sage Publications.

ROZIN, P. (1997), « Moralization », *in* A.M. BRANDT et P. ROZIN (dirs) *Morality + Health*, New York et London, Routledge, p. 379-402.

SCOTT, A. (2000), « Risk society or Angst Society ? Two Views of Risk, Consciousness and Community », *in* B. ADAM, U. BECK, et J. van LOON (éds.) (2000), *The Risk Society and Beyond. Critical Issues for Social Theory*, London, Thousand Oaks, Sage Publications.

TROSTLE, J. A. (2005), *Epidemiology and Culture*, Cambridge, Cambridge University Press.

VEIWEIJ, M. (2000), *Preventive Medicine between Obligation and Aspiration*, Dordrecht, Boston, London, Kluwer Academic Publishers.

WEED, D. L. (1997), « Underdetermination and Incommensurability in Contemporary Epidemiology », *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol. 7, n° 2, p. 107-127.

WEED , D. L. et R. E. MCKEOWN (2003), « Science, Ethics, and Professional Public Health Practice », *Journal of Epidemiology and Community Health,* vol. 57, n° 1, p. 4-5.

WEXLER, A.R., (2000), « Chorea/graphign Chorea : The Dancing Body of Huntington's Disease », *in* P. Brodwin (éd), *Biotechnology and Culture*, Indianapolis, Indiana University Press, p. 193-208.