

Santé : le sociologue au pays des merveilles

Marc Renaud

Numéro 14, printemps 1990

Savoir sociologique et transformation sociale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1002097ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1002097ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Résumé de l'article

Quel que soit l'angle sous lequel on l'examine, le champ de la santé est en pleine transformation. Ces changements soulèvent d'innombrables questions auxquelles la sociologie est confrontée. Deux enjeux sont ici examinés : les déterminants de la santé, en particulier l'importance des facteurs sociaux, économiques et culturels et les modes de régulation du système de soins dans un contexte où le rationnement des ressources se fait plus pressant que celui que nous avons connu par le passé.

Éditeur(s)

Département de sociologie - Université du Québec à Montréal

ISSN

0831-1048 (imprimé)

1923-5771 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Renaud, M. (1990). Santé : le sociologue au pays des merveilles. *Cahiers de recherche sociologique*, (14), 171-179. <https://doi.org/10.7202/1002097ar>

Santé: le sociologue au pays des merveilles

Marc RENAUD

Les rapports sociaux en matière de santé ont connu des bouleversements sans parallèle au cours des trente dernières années. Le plus évident et le plus discuté de ces changements est la croissance des coûts associés aux soins de santé, qui sont devenus une des principales industries des économies contemporaines. Au Québec, ce secteur draine à lui seul près de 9% de la richesse de la nation (11% aux USA), soit 10 milliards de dollars, contre seulement 4% il y a à peine trente ans. De surcroît, il y a aujourd'hui des pressions diverses et nombreuses pour en augmenter encore davantage le financement, quitte, pour certains, à sacrifier le principe d'égalité d'accès aux services.

Les développements technologiques sont aussi impressionnants. Non seulement est-on maintenant capable de lire le corps grâce aux diverses techniques d'imagerie médicale, mais nous allons bientôt être en mesure de comprendre en détail le code génétique, c'est-à-dire ce qui commande biologiquement le développement du corps et de sa survie. Nous avons aujourd'hui une pharmacopée pour combattre les infections, pour nous aider à dormir et à nous tenir éveillés, pour faire pousser les cheveux comme pour aider à arrêter de fumer. On nous annonce encore des percées: un vaccin contre la carie dentaire, un médicament contre le ralentissement des fonctions cérébrales, etc. Grâce aux diverses techniques de diagnostic prénatal, il est maintenant possible d'éviter de donner naissance à des enfants malformés. Éventuellement, il pourrait devenir possible de choisir les caractéristiques des enfants à naître.

Dans la foulée de ces développements et des attentes qu'ils font naître dans la population, en raison aussi du vieillissement de la population et des contrôles budgétaires de plus en plus serrés imposés dans tous les pays du monde, les pratiques soignantes elles-mêmes se sont radicalement transformées depuis vingt ans. Le médecin de l'an 2000, peut-on lire de plus en plus souvent, n'aura plus rien à voir avec celui des années 1970.

Enfin, ce que l'on pourrait appeler une "culture de la bonne santé" est apparue qui paradoxalement rend à la fois les individus plus dépendants de l'appareil médico-hospitalier et plus autonomes dans la prévention des maladies et la promotion de la

bonne santé. Dans un mouvement apparemment contradictoire, les sociétés contemporaines s'enfoncent ainsi à la fois dans un processus de médicalisation et de démedicalisation.

Pour le sociologue, ces changements, et ceux qu'ils préfigurent, soulèvent d'innombrables questions qu'il est impossible même de seulement énumérer en quelques pages. C'est sans doute cette variété d'enjeux et de problématiques qui expliquent pourquoi la sociologie de la santé est, dans le monde anglo-saxon du moins, le domaine où il y a le plus de sociologues et le plus de revues scientifiques. Il suffit de feuilleter ces revues pour se rendre compte de la richesse de ce champ. Par exemple, dans celle qui est sur ma table de lecture, on parle du sida comme phénomène social, des enjeux culturels autour de la santé maternelle et infantile, du stress comme déterminant de la santé, des convergences et divergences entre l'épidémiologie et la sociologie, de l'éducation des professionnels de la santé, des mythes entourant la participation, des abus politiques de la médecine, et de nombreux autres sujets encore.

De plus, comme les préoccupations sociales en santé ne sont pas l'apanage des seuls sociologues, ce domaine de spécialisation fonctionne en symbiose avec une foule d'autres secteurs de développement des connaissances: l'épidémiologie, l'économie, la psychologie, l'administration, l'anthropologie, la géographie, le travail social, les relations industrielles, le droit, la science politique, la philosophie, pour ne mentionner que les champs qui sont le plus près de la sociologie. Cela complique encore davantage tout effort de description des problèmes et des problématiques les plus importants pour l'avenir.

Du point de vue de la sociologie de la science, l'éclatement des perspectives disciplinaires est d'ailleurs en soi un enjeu important, en particulier quand les structures universitaires ne favorisent pas le décloisonnement des disciplines. Pour un département de sociologie, le domaine de la santé est quasiment par définition une force centrifuge, le sociologue de la santé étant appelé à œuvrer plus souvent avec des collaborateurs d'autres disciplines qu'avec des collègues de son propre département. Pour un étudiant qui veut s'y spécialiser, la sociologie, centrale par ses problématiques de fond, n'est pas suffisante. Il faut aussi qu'il apprenne à s'annexer d'autres champs de connaissances.

Pour toutes ces raisons, ce qui suit est forcément limité et superficiel. Deux séries reliées de problématiques retiendront mon attention en raison de leur importance pour les débats actuels sur le financement du système de soins. Il s'agit premièrement des recherches sur les déterminants de la santé qui voient comme démesurée l'importance accordée aux services médicaux et qui insistent sur les facteurs sociaux, économiques et culturels comme déterminants de la bonne santé de la population. Deuxièmement, nous examinerons les travaux portant sur les modes de régulation du système de soins dans le contexte où l'avenir est sans doute à un rationnement des ressources encore plus grand que celui que nous avons connu par le passé.

Les déterminants de la santé

L'amélioration de la santé des individus dans les sociétés occidentales constitue un des signes les plus spectaculaires et les moins équivoques du progrès de l'humanité. La principale preuve de cette amélioration est l'augmentation continue de l'espérance de vie moyenne depuis deux siècles.

Cette évolution soulève au moins deux questions fondamentales. La première est celle des causes de ce progrès. Dans quelle mesure est-il attribuable aux progrès de la médecine, aux changements dans l'environnement physique, aux modifications dans l'environnement social, culturel et économique? La seconde s'intéresse aux retombées de ce progrès. Comment expliquer les écarts substantiels qui persistent entre pays, entre les hommes et les femmes, entre les riches et les pauvres, entre certaines catégories d'immigrants et la population indigène?

Ces questions sont importantes non seulement pour ce qu'elles nous apprennent du passé, mais également pour ce que les réponses peuvent nous enseigner pour l'avenir: que faudrait-il faire pour améliorer encore davantage la santé de la population et, si possible, de *toute* la population?

La demande de soins est aujourd'hui extrêmement forte. Malgré certaines insatisfactions, le grand public a une foi énorme dans la médecine et ses progrès. Dans les valeurs sociales, l'hôpital est la cathédrale du vingtième siècle. C'est un lieu sacré.

Or, l'étude de la santé des populations montre de façon incontestable qu'il y a des limites importantes à la contribution de l'appareil médico-hospitalier à l'amélioration de la santé. Trois ensembles de données doivent ici être considérés:

1) Les études ont montré que ce n'est que tardivement et de façon restreinte que certains traitements ont joué un rôle dans le recul des grandes maladies mortelles du passé. D'autres facteurs plus puissants, corrélés avec la prospérité grandissante de la société, y ont contribué de façon plus importante: l'amélioration de l'alimentation, des conditions d'hygiène et des conditions générales de vie.

2) La preuve est loin d'être faite que les gains récents (par exemple, en ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires) soient attribuables aux progrès des traitements médicaux et aux investissements sans cesse plus importants que nous leur consentons. Le cas le plus intrigant à cet égard est celui du Japon. Ce pays avait la moins bonne espérance de vie des pays développés dans les années 1960. Il a aujourd'hui la meilleure. De fait, l'espérance de vie au Japon est équivalente à celle que nous aurions au Québec si nous réussissions à éliminer toute la mortalité par maladie cardio-vasculaire plus une partie de la mortalité par cancer. Pourtant, le Japon a des ratios médecin/population et infirmière/population qui sont parmi les plus bas du monde développé. Il dépense aussi beaucoup moins pour ses services de santé que la plupart des pays développés.

3) Même si la médecine a gagné en efficacité au cours de la dernière décennie contre certaines maladies et même si l'accès aux services médicaux est au Québec considérablement plus égalitaire qu'il y a trente ans, les inégalités sociales ont perduré, quel que soit l'indicateur mesuré (espérance de vie, divers taux de morbidité et de mortalité). En fait les plus pauvres sont plus malades que les plus riches et ils meurent plus jeunes, même s'il consomment plus de services médicaux.

Alors, si l'évidence indique que l'amélioration de la santé d'une population ne passe pas uniquement par de plus grands investissements dans le monde médico-hospitalier, où faut-il investir? Dans l'emploi? l'éducation? la sécurité du revenu? la création de solidarités d'entraide? la lutte aux mauvaises habitudes de vie? Qu'est-ce qui serait le plus efficace pour des objectifs de santé?

Le programme de recherche qui découle de ce questionnement est extrêmement vaste. Il faut s'interroger à la fois sur l'efficacité de la médecine, sur le rôle des facteurs proprement biologiques, sur l'importance de l'environnement physique, de même que de l'environnement social, économique et culturel, incluant les habitudes de vie (tabac, alcool, sédentarité, etc.). Dans ce contexte, en quoi la sociologie peut-elle contribuer au développement des connaissances?

S'il est impérieux d'évaluer la médecine en regard des résultats effectivement produits (en termes de guérison et de soulagement), ce n'est pas là une tâche de sociologue. Celui-ci est en général mal équipé pour évaluer de manière fine l'impact des traitements médicaux. C'est plutôt là le champ principal d'investigation de l'épidémiologie clinique.

De la même manière, si les sociologues peuvent soulever des questions fort pertinentes sur les enjeux éthiques entourant les développements dans le domaine de la génétique — où les sociétés investissent plus en recherche que dans le domaine de la recherche spatiale — et s'ils peuvent documenter l'évolution des attentes de la population en matière d'environnement physique (air, eau, sol, déchets, etc.), leur contribution ne peut être que marginale.

À mon avis, c'est sur l'impact des facteurs sociaux, économiques et culturels que les sociologues peuvent apporter la contribution la plus importante au progrès des connaissances. Les revues de sociologie et de santé publique sont d'ailleurs remplies de résultats de recherche concernant l'impact sur la santé du soutien social, du chômage, du stress conséquent à certaines situations, de la pauvreté, et ainsi de suite. Les revues d'orientation psycho-sociologique mettent beaucoup l'accent sur les facteurs incitant ou non les individus à changer leurs comportements perçus comme pathogènes et à adopter des attitudes préventives dont on sait par ailleurs qu'elles sont fortement associées au statut socio-économique.

D'année en année, ces études s'affinent, au plan méthodologique comme théorique, entraînant ainsi une meilleure compréhension des processus étiologiques

et mettant en relief avec toujours plus de précision les facteurs qui semblent affecter la résistance des individus à des agressions diverses.

Prenons un exemple. Les études récentes montrent l'existence, non seulement d'une coupure entre les riches et les pauvres, mais d'un *gradient* où des différences de santé séparent non seulement les groupes ayant le plus haut et le plus faible niveau socio-économique, mais également le groupe ayant le plus haut niveau et celui qui le suit. Plus on est bas dans une hiérarchie — quelle qu'elle soit et indépendamment du niveau de revenu — plus grandes sont les chances de tomber malade et de mourir jeune: les fonctionnaires les moins rémunérés, les gens qui habitent les moins beaux quartiers, les migrants déconnectés de leur culture d'origine, etc.

Ainsi, les données longitudinales concernant les fonctionnaires du Royaume-Uni indiquent que le risque relatif de décès par crise cardiaque est quatre fois plus élevé chez les employés qui occupent des postes au bas de l'échelle que chez les hauts fonctionnaires. Les facteurs de risque connus (tabac, cholestérol, hypertension, obésité, etc.) n'expliquent que 40% de la différence. Contrôlant statistiquement pour ces facteurs de risque, l'écart entre le bas et le haut de l'échelle n'est réduit que de quatre à trois. Un écart significatif existe aussi entre le niveau le plus haut et celui qui le suit immédiatement. Notons ici qu'il ne s'agit pas de populations pauvres: tous les fonctionnaires ont des revenus raisonnables.

Parallèlement, les études en psycho-neuro-immunologie montrent que la santé est en bonne partie le résultat de l'interaction de l'individu avec son environnement. La réponse du système immunitaire à des agressions de l'environnement est influencée par le système nerveux et, réciproquement, le système nerveux influe sur la capacité de réponse du système immunitaire. Des études sur des animaux ont notamment montré que ceux qui ont un meilleur contrôle de leur environnement sont moins malades et guérissent plus vite. En conséquence, dans les recherches actuelles, il devient important de vérifier si le gradient observé ne serait pas attribuable au sentiment différent qu'ont les gens d'être capables de contrôler leur environnement et leur destinée, suivant l'endroit où ils se situent dans une hiérarchie donnée. C'est ce genre de questions de recherche qui sont porteuses d'avenir, non seulement pour la sociologie, mais pour tous ceux qui s'intéressent à l'amélioration de la santé de la population.

Les modes de régulation du système de soins

En matière de soins médico-hospitaliers, on sait maintenant qu'il n'y a pas d'équilibre "naturel" entre l'offre et la demande. À toutes fins pratiques, la demande est illimitée et l'utilisation des services correspond à la demande (les "besoins" dans un vocabulaire plus sociologique) telle que transformée par les prescripteurs, sous contrainte des ressources disponibles. L'équilibre s'opère en partie par les prix, en partie par les listes d'attente, en partie par un contrôle externe sur la nature et le

volume des services qui sont offerts. Dans un contexte où les ressources disponibles augmentent moins vite que les attentes de la population et des prescripteurs, toute forme de contrainte est mal acceptée d'autant plus qu'on est dépourvu de critères qui feraient consensus pour rationner.

Les soins de santé sont des "biens" rationnés et ils le seront vraisemblablement encore davantage à l'avenir. Comment ce rationnement peut-il être effectué le plus équitablement (sans pénaliser certains groupes plus que d'autres) et le plus efficacement possible (avec les meilleurs résultats en termes d'amélioration de la santé)? Voilà la question politique majeure pour ce secteur en ce début des années 1990.

En fait, les gouvernements (dans le cas des régimes fiscalisés d'assurances comme au Canada), les entreprises (dans le cas des systèmes privés d'assurances comme aux États-Unis) ou encore les caisses de sécurité sociale (dans le cas des pays avec un système de remboursement automatique comme en France) ne savent plus vraiment où donner de la tête. Les pressions inflationnistes (vieillessement de la population, développement des technologies, accroissement du nombre de médecins, multiplication et complexification des problèmes psycho-sociaux, etc.) sont nombreuses et, dans une bonne mesure, incontrôlables. En outre, la notion de santé s'est élargie au point d'accroître encore davantage les "besoins" en traitements de toutes sortes, de conditionner les habitudes de vie des gens, de transformer les milieux de travail et de colorer certains débats politiques (par exemple, le mouvement Villes et Villages en Santé).

Comment la sociologie peut-elle contribuer à dénouer l'espèce d'impasse dans laquelle les sociétés contemporaines se trouvent dès qu'il s'agit de contraindre l'expansion du secteur des soins? À mon avis, de toutes sortes de manières. D'abord, une réflexion s'impose sur la nécessité ou non de contraindre ce secteur qui est probablement celui où la population ressent le plus fortement les bienfaits des politiques de sécurité sociale de l'après-guerre. Un vieux sociologue américain décrivait récemment comment, dans les années 1950 — alors que la "santé" ne coûtait que 4% du PIB — les économistes s'alarmaient du fait que ces coûts allaient bientôt représenter 5% du PIB. Aujourd'hui, écrivait-il, l'énervement a repris. "Où devrions-nous dépenser notre argent? se demandait-il.

Cette question est en fait très complexe. Si on pouvait faire la démonstration que le système de soins contribue à la richesse de la nation — au même titre disons que l'investissement dans l'aérospatial — et faire la preuve que les soins sont un des principaux déterminants de l'amélioration de la santé de la population, alors le débat actuel n'aurait aucun sens. Moralement, on devrait laisser ce secteur croître indéfiniment et trouver les moyens pour le financer.

Le problème, c'est que ces démonstrations ne sont pas faites. Aux yeux de plusieurs économistes, ce secteur draine les énergies de la nation plutôt que de participer à l'amélioration de la richesse collective. Ce n'est pas "rentable" pour

une société de trop investir dans son système médico-hospitalier. Des investissements dans les secteurs plus compétitifs de l'économie seraient, disent-ils, préférables, même pour l'amélioration de la santé. Ces secteurs produisent en effet plus de richesse et de bien-être que le secteur des soins, bref des conditions dont l'histoire nous a démontré l'extrême importance pour la santé de la population. Quant aux soins, nous avons vu plus haut que leur rôle, bien qu'important, est malgré tout limité par rapport aux autres déterminants de la santé.

Il y a donc plusieurs arguments pour contraindre l'expansion du secteur médico-hospitalier. Si ces arguments sont valables, où l'argent neuf devrait-il alors aller? Vers les soins aux personnes très âgées? Vers l'équipement technologique de pointe? Pour augmenter le revenu des producteurs? Pour assurer une protection adéquate aux enfants maltraités ou négligés? Comment arbitrer entre les innombrables "besoins" en compétition à l'intérieur même du système de services?

À ces questions, il n'y a pas de réponses simples. Ce sont évidemment des questions éminemment "appliquées" auxquelles la sociologie, sauf exception, n'est pas habituée à se confronter. Mais ce sont là les questions de l'heure. Peut-être la sociologie devrait-elle commencer à se les poser?

Une autre contribution — cette fois, plus classique — de la sociologie est l'étude et l'analyse des règles du jeu qui président à l'allocation des ressources.

Les travaux de la commission Rochon au Québec peuvent servir à cadrer les problèmes de recherche. Cette commission, en partie à cause des recherches en sciences sociales qu'elle a subventionnées, en partie à la suite de ses propres consultations, est arrivée à la conclusion que notre système de services de santé et de services sociaux était, au fil des années, devenu prisonnier des divers groupes d'intérêt et groupes de pression qui le traversent. Il a ainsi perdu la capacité d'inciter l'ensemble des acteurs du système (les professionnels, les établissements, les organismes communautaires, les syndicats, les autres ministères concernés, etc.) à faire converger leurs efforts. Si le gouvernement n'arrive pas à remobiliser les acteurs du système, à introduire de la flexibilité dans la gestion des ressources et à recentrer le système sur l'atteinte d'objectifs, de résultats, poursuit la commission, nous n'obtiendrons pas le rendement qu'il est pourtant possible d'atteindre avec les sommes très importantes que le Québec investit déjà, bon an, mal an, dans ce système.

La lecture du rapport de cette commission donne des services sociaux et de santé l'image d'une multinationale qui aurait un chiffre d'affaires de 10 milliards de dollars (dont 80% sont financés centralement), quelque 300 000 travailleurs dont plus de 15 000 médecins, 900 établissements et un siège social de 1200 employés, plus 800 en région. Or, dans cette industrie, les conflits entre les établissements, entre les groupes professionnels, entre les syndicats et les gestionnaires, voire même entre les groupes de clientèle, doivent tous être arbitrés centralement et ils

ont une telle ampleur qu'il devient pratiquement impossible d'introduire des changements au statu quo. Il est même impossible d'avoir une idée précise des résultats effectivement produits par les différentes composantes de l'organisation!

De surcroît, les intérêts économiques, les pouvoirs et privilèges, qui sont ici impliqués sont extrêmement importants. Un hôpital universitaire, par exemple, ce n'est pas seulement un endroit où l'on fait tout ce qui est humainement possible de faire pour guérir ou soulager des gens affligés de problèmes graves. C'est aussi un important consommateur de médicaments et d'équipement, un lieu où les chercheurs cliniciens veulent de "beaux" cas pour publier et accroître leur prestige, et un milieu de travail où la division du travail est probablement la plus compliquée (et virtuellement la plus conflictuelle) de tous les secteurs industriels.

Enfin, une multitude de processus sociaux traversent ce secteur. Que l'on songe au phénomène de la médicalisation des problèmes sociaux (par exemple, la question des "aptes" et des "inaptes" en matière d'aide sociale, le droit à l'avortement dans l'actuel projet de loi fédéral). Que l'on pense aussi au processus dit de prolétarianisation du corps médical (que d'autres interprètent comme un processus de reproduction de la domination professionnelle devant des contrôles budgétaires de plus en plus stricts), à la technologisation de la prise en charge thérapeutique (si une technologie est disponible, pourquoi ne pas l'utiliser?), à la bureaucratisation des processus de prise de décision, à la désinstitutionnalisation dans le domaine de la santé mentale, à la non-institutionnalisation pour les personnes âgées, ou encore à la responsabilisation de plus en plus grande des individus, notamment en ce qui concerne leurs habitudes de vie.

Pour réguler cette industrie, certains pays font appel aux pressions diffuses (mais extrêmement fortes dans le cas américain) du marché. D'autres se reposent sur la capacité de négociation de la bureaucratie gouvernementale et l'utilisation des pouvoirs coercitifs de l'État. Ailleurs encore, on cherche à redonner une voix aux communautés de base pour contrecarrer les élites bureaucratiques et professionnelles. Il n'y a sans doute pas de solution idéale; le problème, c'est de trouver "la moins mauvaise".

Quel que soit l'angle concret d'étude — une organisation ou plusieurs, une pratique professionnelle ou des professions en interaction, le comportement et les attentes d'un groupe particulier en besoin ou de plusieurs, un processus quelconque de prise de décision, l'impact de tel ou tel changement technologique — la sociologie est particulièrement bien équipée pour éclairer, par des recherches empiriques, ceux-là mêmes qui sont quotidiennement aux prises avec des problèmes de santé, qu'il s'agisse de professionnels, de gestionnaires ou de la population elle-même.

Loin de moi l'idée de voir le sociologue comme une sorte de grand-prêtre qui révélerait aux "acteurs sociaux" le "sens historique" de leurs actes et les "stratégies" sous-jacentes. Mais, la sociologie, de par sa nature même, veut essayer de tirer le

bilan de ce qui se passe dans le monde, espérant par là éclairer les gens sur ce qu'ils vivent et ressentent. Le domaine de la santé est un domaine passionnant pour ce faire. Il permet de lier biographie individuelle et biographie collective. Il permet, pour paraphraser C. W. Mills, de pouvoir franchir tous les degrés qui séparent les transformations les plus impersonnelles et les plus lointaines, des traits les plus intimes de la personne humaine, et apercevoir leurs rapports. Il permet enfin de mettre en œuvre tous les outils méthodologiques des sciences sociales, qu'ils soient quantitatifs ou qualitatifs, sans perdre de vue les grandes questions qui, depuis le début de son histoire, animent la sociologie.

Marc RENAUD
Département de sociologie
Université de Montréal

Résumé

Quel que soit l'angle sous lequel on l'examine, le champ de la santé est en pleine transformation. Ces changements soulèvent d'innombrables questions auxquelles la sociologie est confrontée. Deux enjeux sont ici examinés: les déterminants de la santé, en particulier l'importance des facteurs sociaux, économiques et culturels et les modes de régulation du système de soins dans un contexte où le rationnement des ressources se fait plus pressant que celui que nous avons connu par le passé.

Summary

Whatever ways one looks at it, the health field is experiencing a profound transformation, thus raising countless questions for sociology. Two issues are examined here: the determinants of health, especially the importance of social, economic and cultural factors, and the modes of regulation of the health care system in a context where the rationing of resources will be even greater in the future than it has been in the past.