

COMMISSION INTERDISCIPLINAIRE 42

SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Président de la CID

Jean-Paul MOATTI

Membres de la CID

Jean-Paul AURAY

Simone BATEMAN-NOVAES

Christelle BAUNEZ

Manuel BOUVARD

Martine BUNGENER

Martine CADOR

Claude CASELLAS

Franck CHAILLAN

Benoît DERVAUX

Olivier DUTOUR

Farid EL MASSIOUI

Philippe ENCLOS

Laurent FASANO

Christian GROSS

Yves LÉVI

Jacques MILLET

Christophe TIFFOCHE

INTRODUCTION

Au cours des dix dernières années, **les Sciences Humaines, Économiques et Sociales appliquées à la santé (SHES-S)** ont connu, au plan international, un développement rapide. Certaines tendent (notamment anthropologie de la santé, économie de la santé, psychologie et psychosociologie de la santé, sociologie de la santé) à se constituer en champ disciplinaire à proprement parler, doté d'une autonomie relative forte par rapport à leur discipline de référence, avec ses sociétés savantes internationales, ses Congrès internationaux (qui rassemblent des milliers de participants) et ses revues spécialisées dont certaines atteignent des Impact Factors significatifs (1). Dans d'autres disciplines de SHES, il existe des créneaux de développement bien établis et structurés pour les applications à la santé et à la médecine (droit et santé, sociologie des sciences appliquées à la biomédecine, histoire de la médecine, sociologie politique de la protection sociale, etc.). Par ailleurs, on constate une montée en puissance des publications de SHES dans les meilleures revues biomédicales.

Ce dynamisme s'alimente d'abord de celui des différents champs scientifiques concernés mais tout autant de l'importance des enjeux économiques, culturels et sociaux

liés à la santé que les SHES peuvent contribuer à éclairer :

– le poids croissant des **intérêts économiques liés à l'industrie pharmaceutique et biotechnologique**, qui demeure le secteur le plus profitable au plan international, avec la branche des assurances, en dépit du ralentissement régulier du nombre de molécules nouvelles mises sur le marché ainsi que de leur degré d'innovation (2) ;

– la place de plus en plus centrale que **la « culture du risque »** tend à occuper **dans la vie quotidienne** des sociétés contemporaines (3) ;

– la mise sur l'agenda politique d'un nombre croissant **d'enjeux de sécurité sanitaire** et les crises de santé publique qui leur sont souvent associés (4) ;

– l'internalisation croissante, dans les pratiques de soins et dans l'organisation des systèmes de santé, des **contraintes de maîtrise de la croissance des dépenses de santé** ;

– **la tendance à la « chronicisation » du risque maladie** sous les effets du vieillissement démographique, de la prévalence croissante des maladies chroniques et des handicaps associées à l'âge, ainsi que, simplement, des avancées de la science biologique et du progrès médical ;

– la montée en puissance du **« consumérisme » en matière de santé**, liée à l'élévation des niveaux d'éducation et d'accès aux technologies de l'information des populations, qui peut alimenter à la fois les mouvements sociaux de patients et leur revendication d'un plus grand partage de l'information et de la décision médicales, l'intégration dans les politiques publiques de la lutte contre les inégalités d'accès aux soins et d'états de santé (5) comme l'extension des créneaux de marché relevant du champ sanitaire.

CONJONCTURE NATIONALE

L'un des avantages comparatifs, au plan international, des premiers travaux français en SHES-S dans les années 1960/80, dont la ligne dominante se référait au concept de socio-économie de la santé, était justement d'avoir affirmé une telle démarche doublement interdisciplinaire. Celle-ci a favorisé, dans le champ de la santé, une confrontation plus poussée entre les différentes SHES que dans la plupart des autres champs appliqués, et elle a permis d'attirer l'attention sur plusieurs spécificités des problèmes et systèmes de santé, dont les paradigmes dominants dans ces disciplines ne permettaient pas de bien rendre compte. Cette dynamique initiale a néanmoins fini par s'épuiser car elle a entretenu une certaine déconnexion des recherches françaises en SHES de la santé par rapport aux recherches internationales du domaine (et du coup une sous-représentation dans les publications scientifiques internationales) ainsi que par rapport aux « avancées » théoriques les plus récentes en SHES (6). Il en a découlé, au cours des dix dernières années, de façon variable mais convergente selon les domaines, une tendance de plus en plus marquée des chercheurs à s'efforcer à un retour vers les « fondamentaux » des disciplines de SHES. Outre l'amélioration de la qualité et de la quantité des publications qui ont accompagné ce mouvement, cette démarche s'est, là encore, révélée fructueuse à de nombreux titres dont on ne peut bien sûr pas faire ici la liste exhaustive.

À titre d'exemples, les recherches en économie de la santé inspirées de la théorie de l'agence et des contrats ont révélé les limites des politiques de maîtrise des dépenses prioritairement fondées, comme en France, sur le contrôle malthusien de l'offre, et renouvelé l'approche des spécificités de la relation médecin/patient qui tendent à rendre inopérantes les solutions classiquement proposées aux problèmes d'asymétries d'information dans le cadre des marchés (7). Toujours en économie de la santé, la mise en relation des travaux d'évaluation économique de stratégies médi-

cales avec le cadre de référence de l'économie du bien-être (welfare economics) et de l'analyse coût-bénéfice (8) permettent de lever les nombreuses ambiguïtés méthodologiques qui avaient pu présider à l'introduction du calcul économique dans ce domaine (9). De même, les références à la sociologie des professions et à la sociologie des organisations ont apporté un éclairage indispensable à la compréhension des mécanismes de régulation des systèmes de santé et d'évolution de l'hôpital moderne, comme la théorie des représentations en psychologie sociale à celle des discordances maintes fois constatées entre attitudes et croyances d'une part, comportements effectifs de santé d'autre part. L'approche anthropologique, quant à elle, a étendu son champ de préoccupations aux pratiques et représentations des personnels de santé et au fonctionnement des structures de soins, privilégiant désormais l'analyse de la rencontre (et souvent de la confrontation) des « agendas » respectifs des patients, de leur entourage, des soignants et des acteurs institutionnels, nationaux comme internationaux, de la santé. En droit, en histoire, et en philosophie (entre autres autour des réflexions soulevées par la bioéthique), des champs spécialisés sur les enjeux de santé ont émergé de façon significative.

Au plan pratique, comme l'ont révélé les concours chercheurs de la CID 42 en 2005/2006, il existe désormais un important **vivier de jeunes post-doctorants et chercheurs dans la plupart des disciplines de SHES qui se spécialisent en santé** et qui peinent à trouver des débouchés statutaires leur permettant de pérenniser leur investissement dans ce champ.

Cette évolution des dix dernières années a pu cependant entretenir une certaine insuffisance de rapprochement entre des équipes (et des chercheurs) de SHES-S mettant à profit leurs liens avec les disciplines biomédicales (au travers notamment de l'INSERM ou de certains départements de santé publique des UFR de Médecine), et d'autres équipes (notamment CNRS) demeurant rattachées à des laboratoires « généralistes » de SHES et éprouvant certaines

difficultés à pénétrer en profondeur et de façon pérenne le terrain de la santé. Comme au plan international, elle alimente désormais un **risque d'autonomisation excessive des sous-champs de recherche en SHES de la santé** qui pourrait conduire à sacrifier la pertinence (scientifique et concrète) des recherches à un souci de pure sophistication méthodologique « en soi » (10). Tout en maintenant l'enracinement fort dans chacune des disciplines de référence, il faut aujourd'hui **renouer avec les acquis d'interdisciplinarité** qui caractérisaient les débuts des SHES-S, en particulier dans notre pays.

S'inscrivant dans la continuité du programme interdisciplinaire « Sciences Biomédicales, Santé et Société », la création de la **CID 42 Santé & Société du CNRS** constitue une innovation stratégique majeure, qui va au-delà de l'organisme lui-même, dans la mesure où, pour l'instant et pour la première fois en France, elle constitue le seul lieu institutionnel qui rend possible une double interdisciplinarité : entre les équipes SHES spécialisées en santé et celles qui demeurent « généralistes » d'une part, entre les SHES et les sciences de la vie d'autre part. Sauf à envisager une généralisation de cette double démarche (dans le cadre de l'AER?) par la mise en place d'une instance analogue mais commune à l'ensemble des EPST concernés (CNRS, INSERM, IRD, INRA, etc.), sa poursuite paraît d'autant plus cruciale que la conjoncture internationale, théorique et pratique, des SHES-S met à l'ordre du jour la relance d'une nouvelle interdisciplinarité.

S'agissant des thématiques qui permettent la mise en œuvre de cette nouvelle interdisciplinarité, elles peuvent être regroupées autour de deux axes :

1. Déchiffrer les interventions sur le vivant, analyser la genèse et l'impact sur la société des innovations biomédicales :

- les progrès de la biomédecine et des applications biotechnologiques qui lui sont liées contribuent à modifier en profondeur les représentations du vivant, les pratiques professionnelles et de recherches concernées et, plus

largement, les rapports entre sciences biomédicales, médecine et sociétés. Ces progrès affectent les définitions mêmes de la personne humaine et les grandes catégories anthropologiques des différentes cultures (vie, genre, filiation, douleur, mort, etc.). Ils bousculent certaines dimensions fondatrices du fonctionnement économique et de l'ordre social ;

– les SHES ont un rôle important à jouer pour déchiffrer les modalités par lesquelles l'ensemble des technologies nouvelles (tant biomédicales que d'information et de communication), tendent à modifier les rapports à la subjectivité et à l'identité, les conceptions de soi et du corps comme des mécanismes essentiels de la régulation économique et sociale (systèmes d'assurance maladie, etc.). Au plan social, certaines de ces possibilités techniques interviennent directement sur les frontières entre des catégories que l'on pouvait jusque là considérer comme intangibles : frontières entre la vie et la mort (réanimation assistée, soins palliatifs) ; de la parenté (fécondation in vitro, clonage) ; entre le normal et le pathologique (vieillesse, dépression) ; entre l'homme et l'animal (xénogreffes) ; entre ce qui relève du marché et du secteur public ou solidaire. Souvent porteuse d'amélioration de l'état de santé, l'accessibilité à ces nouvelles technologies peut néanmoins induire de nouvelles formes d'inégalités et de discriminations entre différents groupes sociaux, entre pays riches et pays pauvres, et implique e toute façon des arbitrages complexes entre impératifs de santé publique, efficacité économique et justice sociale (accès aux médicaments dans les PED, brevetabilité des gènes, etc.).

2. Saisir les nouvelles formes de la « médicalisation », et leur impact sur les groupes et solidarités sociales :

– les limites de ce qui constitue les domaines privilégiés de la prise en charge par la

médecine ont toujours répondu à la fois à une logique scientifique et à une logique sociale. Ces limites se déplacent aujourd'hui rapidement sous la pression conjuguée des progrès de la biomédecine (en particulier en génétique et en imagerie) d'une part, des mutations socio-économiques qui affectent la stabilité de l'emploi ainsi que les systèmes de redistribution et de protection sociales. Cette double pression est exacerbée par le vieillissement démographique, et l'augmentation du nombre des personnes vivant avec une maladie ou/et un handicap chronique (ou contraintes de suivre des traitements médicaux à vie ou de longue durée) ;

– au-delà de la diversité des groupes concernés (personnes âgées, accidentées de la vie ou handicapées de naissance, personnes à risque génétique ou comportemental de pathologies lourdes, etc.), les SHES doivent contribuer aux débats, en renouvellement permanent, sur la définition des notions de normalité et de thérapeutique ainsi que sur les formes d'intervention sanitaire et les types de politiques publiques censées répondre aux besoins de ces personnes. Comme le confirme la mise en place par l'OMS d'une Grande Commission sur les « Déterminants Sociaux de la Santé », faisant suite à un exercice similaire sur « Macroéconomie & Santé », la question de la persistance d'inégalités sociales face à la santé et à l'accès aux soins demeure centrale. Les SHES, en interdisciplinarité avec les sciences de la vie, sont essentielles pour mieux comprendre les chaînes causales complexes qui conduisent à ces inégalités qui ne se limitent pas aux effets directs des déterminants socio-économiques de base. Enfin, les transformations des relations entre les professionnels de santé et les patients qu'ils prennent en charge sont à la croisée d'évolutions multiples que les SHES peuvent, mieux que toutes autres disciplines, contribuer à décoder.

Notes

- (1) Par exemple, *Journal of Health Economics*, *Social Science & Medicine*, *Health Affairs*, *Milbank Quarterly*, *Health Psychology*, *American Journal of Public Health*, *Annals of Behavioral Medicine* ont des IF compris entre 2,5 et 3,5.
- (2) Angell M. *The truth about drug companies*. Random House, New-York, 2004.
- (3) Beck U. *Risk Society, Towards a New Modernity*. Sage Publication, London, 1992.
Giddens A. *Modernity and Self-Identity*. Stanford University Press, Los Angeles, 1991.
Peretti-Watel P. *Sociologie du risque*. Armand Colin, Paris, 2000.
- (4) Noiville C. *Du bon gouvernement des risques*. PUF, Paris, 2003.
Setbon M., Raude J., Fischler C., Flahault A. *Risk perception of the «mad cow disease» in France: determinants and consequences*. *Risk Analysis*, 25, 2005, Pages 813-826.
Bagayoko-Penone N., Hours B. (Eds.) *Etats, ONG et production des normes sécuritaires dans les pays du sud*, Paris, L'Harmattan, 2005.
- (5) Renault E. *L'expérience de l'injustice. Reconnaissance et clinique de l'injustice*. La Découverte, Paris, 2004.
- (6) Pour l'économie de la santé, voir : Benamouzig, D. *La santé au miroir de l'économie*. PUF, Paris, 2005.
Pour la psychologie de la santé, voir : Morin, M. *Parcours de Santé*, Armand Colin, Paris, 2004.
- (7) Rochaix L. Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats. *Economie & Prévision* 1997, 129-130 : 11-24.
- (8) Drèze N., Stern N. The theory of cost-benefit analysis. *Handbook of Public Economics*, Vol. II,, North Holland, Amsterdam, Pages 909-986, 1987.
- (9) Carrère M.O. Préface. In Drummond M.F. et al. *Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé*. Economica, trad. fr., Paris, 1998.
- (10) Par exemple, lorsque les conférences du Health Economics Study Group britannique présentent des dizaines de communications sur les méthodologies de révélation des préférences face à des choix de santé tout en négligeant totalement des sujets comme ceux de la propriété industrielle et de l'innovation pharmaceutique ou de l'organisation hospitalière.