



**HAL**  
open science

## Faut-il cibler des populations “ à risques ” ?

Claude Martin

► **To cite this version:**

Claude Martin. Faut-il cibler des populations “ à risques ” ?. Haut conseil de la santé publique. Santé en France. Problèmes et politiques, Paris, La Documentation française, collection “Avis et rapports”, p. 94-95, 2015, Santé, bioéthique, 978-2-11-009981-5. halshs-01781207

**HAL Id: halshs-01781207**

**<https://shs.hal.science/halshs-01781207>**

Submitted on 18 May 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## Faut-il cibler des populations « à risques » ?

Claude Martin, sociologue, directeur de recherche au CNRS

Publié dans Haut conseil de la santé publique, *Santé en France. Problèmes et politiques*. Paris, La Documentation française, collection « Avis et rapports », 2015, (ISBN 97862611600998165), p. 94-95

L'identification et la prise en compte de populations spécifiques dans les politiques de santé semblent à la fois une nécessité et un problème : une nécessité, dans la mesure où il est manifeste que certaines populations sont confrontées à des problèmes de santé beaucoup plus que d'autres (il en est ainsi de la perte d'autonomie qui augmente au fur et à mesure de l'avancée en âge ou bien encore de comportements à risques accrus chez les jeunes, ou des liens entre durée du chômage et dégradation de l'état de santé, ou encore entre certains comportements et certaines pathologies, etc.). Mais c'est aussi un problème dans la mesure où toute politique ciblée de santé peut conduire à figer, labelliser et stigmatiser la population qu'elle considère comme « à risque » précisément, ce qui peut aussi l'éloigner d'une prise en charge.

Mais, plus fondamentalement encore, en visant des populations-cible, ces politiques peuvent réduire la compréhension de leur problème de santé à son expression statistique, confondant probabilités et causalité et conduisant à ce que Robert Castel désignait il y a maintenant près de trente ans comme « le passage d'une clinique du sujet à une clinique épidémiologique » (Castel, 1983). Comme il l'écrivait lui-même en proposant quelques lignes de réflexion sur les stratégies préventives émergentes à l'époque : « ces nouvelles stratégies passent par la dissolution de la notion de sujet ou d'individu concret, qu'elles remplacent par une combinatoire construite de facteurs, les facteurs de risque » (ibid, p. 119, voir aussi Peretti-Watel, 2010).

Dans l'ouvrage de synthèse intitulé : *Santé publique : l'état des savoirs*, qu'ils ont coordonné, Didier Fassin et Boris Hauray ont pris le soin d'éviter de faire explicitement des focus par populations-cible (Fassin & Hauray, 2010). Aucun des 44 chapitres n'est donc directement consacré à une sous-population. Ces auteurs ont préféré aborder les liens entre santé et handicap, vieillissement, enfance, précarité, santé mentale, Sida, cancers, drogues et toxicomanies, évitant ainsi d'identifier des groupes de population particuliers, comme les enfants, les personnes âgées dépendantes, les personnes handicapées, les toxicomanes, etc. Un tel choix n'est bien entendu pas le fruit du hasard mais l'expression d'une volonté de souligner les difficultés que soulève pour les acteurs et les politiques de santé le recours à des catégories de population spécifiques.

La définition et la prise en compte de telles catégories posent donc d'épineux problèmes. Tout d'abord, comment les définir et les délimiter ? Deuxièmement, comment éviter les effets de labellisation, voire de stigmatisation de ces publics dits « à risques » ? Comment éviter encore de rapporter leurs problèmes de santé, physiques ou mentaux, à des traits de leur identité (classes d'âge, génération, genre, classe sociale, niveau d'étude, lieu

d'habitat) ? Mais au-delà de la compréhension des problèmes soulevés, comment intervenir sur les conduites de certains groupes qui deviennent repérables ou que l'on perçoit comme en croissance massive, comme c'est le cas par exemple pour la pratique de l'alcoolisation rapide (*binge drinking*) chez certains jeunes, qui fait l'objet de nombreuses campagnes d'informations et de tentatives de régulation ? Pour prendre un autre exemple, comment sensibiliser la population générale sur une pathologie comme la maladie d'Alzheimer, pour laquelle on ne dispose pour l'heure d'aucun véritable traitement, en soulignant sa progression et pour inciter au diagnostic, sans en même temps créer une véritable angoisse chez nombre de personnes âgées qui redoutent cette pathologie et l'idée de finir leur vie « dans un labyrinthe mental » ?

Dans tous les cas, et dans chacun des exemples mentionnés, les « facteurs de risque » sont l'expression d'inégalités, qu'elles soient économiques, culturelles, de genre, de classe, de génération, d'habitat, de réseau de soutien ou de capital social : des inégalités que l'on peut en somme qualifier de « sociales », tant elles ont de composantes. Ces inégalités sociales constituent en fait le principal défi pour les acteurs des politiques de santé. Ils doivent en effet sans cesse rappeler que les inégalités sont à l'origine de très nombreuses manifestations du mal-être, de la souffrance et de la maladie, et en même temps reconnaître que leur rôle est de saisir ces manifestations dans leur globalité, en tenant compte des ressources mobilisables pour y faire face, mais aussi de la variation des représentations du risque que chaque groupe social contribue à construire et qu'eux-mêmes véhiculent.

En recourant à des notions à forte plasticité comme celle de vulnérabilité, faisant écho à celle de fragilité ou de précarité, les acteurs des politiques de santé, professionnels, décideurs ou experts, cherchent à rendre compte de cette dialectique entre risques et représentations des risques. Contrairement à la prétendue objectivité statistique du risque, ces notions mettent en effet en avant à la fois l'expérience ou l'épreuve de la maladie ou de la souffrance, mais aussi le décalage entre les ressources mobilisables et la vulnérabilité ressentie, ce qui peut permettre aussi de redonner une place au sujet et à une compréhension globale de ce à quoi il faut faire face pour l'épauler, lui donner des capacités, des capabilités.

Peretti-Watel P. (2010), *La société du risque*. Paris La Découverte.

Fassin D., Hauray B. (dir), *Santé publique: l'état des saviors*. Paris, La Découverte.

Castel R. (1983), « De la dangerosité au risque », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 47-48, pp. 119-127.