



HAL
open science

Sociologie de la santé

Pierre Brasseur

► **To cite this version:**

| Pierre Brasseur. Sociologie de la santé. Licence. Sociologie de la santé, Paris, France. 2022. ⟨halshs-04257262⟩

HAL Id: halshs-04257262

<https://shs.hal.science/halshs-04257262v1>

Submitted on 24 Mar 2024

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY 4.0 - Attribution - International License

Introduction à la Sociologie de la Santé et de la Maladie

Pierre Brasseur

2022

Pierre.brasseur@ulb.be

Une sociologie de la santé

- Définition (Herzlich)
 - Étude des définitions sociales de la maladie
 - Pratiques, institutions, statut et comportements du patient
- 5 Axes de Recherche
 1. Définitions sociales de la santé
 2. Pratiques médicales
 3. Institutions de soins
 4. Rôle du patient
 5. Rôle du professionnel de santé
- Rompre avec la Conception dominante
 - Au-delà du corps et de l'esprit
 - Apparue fin des années 1940 (parsons)
- Rôle social
 - Médecin et patient dans la société
 - Confluence de penseurs : Goffman, Becker, Freidson, Strauss
 - La maladie et la mort dans un contexte social et culturel
 - Liens entre biologie et société
- Objectif global
 - Analyser les différentes composantes de la santé
 - Lien entre maladie et questions sociales

Maladies dans l'Histoire des Sociétés - Intersection entre Sociologie et Histoire

- **L'Historicité des Maladies**
 - Maladies spécifiques à chaque époque
 - Non strictement individuelles
- **Évolutions au 19e siècle**
 - Diminution des grandes épidémies
 - Retour de la tuberculose
- **Imaginaire collectif**
 - Changement de la perception des épidémies
 - Tuberculose non vue comme maladie collective
- **Transformation du Vécu**
 - Mort individuelle et lente due à la tuberculose

Émergence du Patient et Individualisation du Rapport à la Maladie

- **Contexte Historique**

- 19e siècle : Conditions de vie spécifiques pour les malades (voyage, sanatorium)

- **Vers l'Individualisation**

- Le patient au centre des préoccupations
- Individualisation du rapport à la maladie

- **Évolution Contemporaine**

- Maladies chroniques : gestion individuelle des limites de son état

- **Une "Forme de Vie"**

- Le patient doit intégrer sa maladie comme une partie intégrante de sa vie

Influence des Facteurs Sociaux sur la Santé

- **Répartition Sociale de la Maladie**
 - État de santé de la population
 - Déterminants sociaux de la santé

Prestige et Division Morale du Travail dans la Santé

- **Division Morale du Travail**
 - Tâches nobles vs tâches déléguées
 - Culture professionnelle en milieu hospitalier
- **Rôle des Patients**
 - Participation aux travaux médicaux

Interprétations Culturelles et Sociales

- **Cadre Culturel**
 - Comment la culture influence l'interprétation des symptômes
- **Représentations sociales**
 - Maladie comme point de conflit social

L'Expérience de la Maladie dans la Vie Sociale

- **Rôle de la Famille et de l'Entourage**
 - Prise en charge de la maladie
- **Interaction avec Divers Acteurs sociaux**
 - Perturbation des modes sociaux
 - Réduction de cette perturbation par le patient

Déterminants Sociaux de la Santé

- **Inégalités Sociales en Santé**
 - Focus sur l'état de santé des populations
 - Intérêt croissant pour les inégalités sociales
- **Histoire des Études sur l'État de Santé**
 - **Courant Hygiéniste: Fin 19e Siècle**
 - Méthodologie axée sur la mortalité
 - Importance pour la santé publique
- **Avant le Courant Hygiéniste : Fin 18e siècle**
 - **Topographies médicales**
 - Mortalité liée aux conditions de vie et environnementale
- **Insalubrité et Santé publique**
 - **Quartiers Pauvres**
 - Focus sur l'insalubrité
 - Études systématiques post-19e siècle

Focus sur Enfants et Nourrissons dans les Familles Pauvres

- États-Unis et France comme terrains d'étude
- Milieu scolaire comme cadre d'action du courant hygiéniste
- **Campagnes préventives**
 - Aération de la maison
 - Sensibilisation sur l'alcool
- **Double Dimension sociale du Courant Hygiéniste**
 - **Réforme morale et politique**
 - Éducation de la population sur des présupposés moraux liés à la santé
- **Réforme scientifique**
 - Intégration des découvertes biologiques dans la pratique médicale
- **Exemple de Réforme scientifique : Pasteurisation du Lait**
 - Consultations pédiatriques
 - Réduction significative de la mortalité estivale chez les nourrissons

Données Épidémiologiques et Santé Publique

- Approche historiquement descriptive
- Création du Haut Comité de santé publique en 1981
- **Rapports Détaillés**
 - État de la santé
 - État du système de santé
 - Principes d'actions politiques
 - Objectifs en matière de santé publique
- **Manque de Réflexion sur les Déterminants sociaux**
 - Peu de recul critique avant le rapport de 2002
 - Séparation entre la santé et le système de santé initiée
- **Vers une Approche Plus qualitative et sociologique**
 - Représentations sociales de la santé
 - Déterminants sociaux
 - Attitudes et comportements

Inégalités Sociales de Santé en France

- Inégalités plus marquées en France comparativement à d'autres pays
- Le focus historique sur l'offre de soins
- **Le Mythe de l'Accès aux Soins**
 - Le discours dominant attribue les inégalités à l'accès aux soins
 - Masquage des mécanismes sociaux fondamentaux
- **Manque de Visibilité et de Débat politique**
 - Peu ou pas de discussions politiques sur les inégalités de santé
 - Une lacune dans l'attention scientifique et politique
 - Nécessité de passer du registre scientifique au registre politique
- **Au-delà du Système de Soins**
 - La santé ne se réduit pas à l'offre de soins
 - Objectif : identifier les processus sociaux qui façonnent la santé

La Transition Démographique

- Quasi-disparition des crises majeures de mortalité
- Baisse de la mortalité infantile
- Augmentation de l'espérance de vie
- **Transition Épidémiologique selon Omran**
 - Évolution des causes de décès
 - Diminution des maladies infectieuses
 - Émergence des maladies chroniques (cardiaques, cancers)
- **Explosion Démographique en Europe**
 - De 1750 à 1959, la population multipliée par 4
 - Fécondité diminue plus lentement
- **Impact des Comportements sur la Morbidité**
 - Alcoolisme, suicide, maladies professionnelles
 - Accidents de la route comme nouvelle cause de mortalité
 - Évolution significative de la mortalité par cause

Modèle Cyclique d'Omran

- Première période: Mortalité élevée (maladies parasitaires et infectieuses)
- Deuxième période: Transition (maladies mortelles à âge avancé)
- Troisième période: Maladies chroniques et dégénératives dominant
- **Pays et Phases du Cycle**
 - Japon: Phase 2 après la Seconde Guerre mondiale
 - Grande-Bretagne: Phase 2 dans la seconde moitié du 19e siècle
 - Pays en développement: Majoritairement en Phase 2, sauf exceptions (sida)

Évolution Accélérée et Adaptations au Modèle d'Omran

- Pays à transition rapide: Ex. Hong Kong
- Pays industrialisés: En phase 3
- Pathologies chroniques en diminution: Ex. cancer du col de l'utérus aux États-Unis
- **Extensions du Modèle d'Omran**
 - Phase 4: Stabilisation entre 45-55 ans et régression comme cause de mortalité
 - Phase 5 (Drulhe): Sociopathie, maladies émergentes du social (Ex. sida)

Mort Violente et Suicides – Une Visibilité Accrue

- Emergence statistique due à la régression d'autres types de mortalité
- Accent sur la dimension sociale des maladies et des décès

Contexte Structurel – Trois Changements Clés

1. Techniques agricoles améliorées: Augmentation de la productivité alimentaire
2. Transports et commerce: Urbanisation et réorganisation spatiale
3. Diffusion des connaissances médicales: Quarantaines, nouvelles relations à la contagion

Évolution de la Médecine

- 18e siècle: diffusion plutôt que progrès
- 19e siècle: avancées majeures dans la compréhension des mécanismes de santé
- Impact sur la mortalité infantile: innovations pharmaceutiques et réduction des maladies infectieuses

La Médicalisation des Sociétés

- Discours médical puissant
 - Idéologie de la santé dans le corps social
 - Aseptisation du social
 - Grille de lecture sanitaire
- **Conséquences de la Médicalisation**
 1. Campagnes de prévention
 2. Peur de la discrimination
 3. Extension du domaine sanitaire à d'autres secteurs
- **Médicalisation et Inégalités Sociales**
 - Écart entre les sexes
 - Écart entre environnements professionnels
 - Progrès pour les classes moyennes, stagnation pour les classes populaires

Les Débuts de la Recherche sur les Inégalités Sociales en Santé

- Villermé dans les années 1820-1830
- Étude sur la mortalité parisienne
- Lien entre mortalité et pauvreté
- Mortalité par choléra dans quartiers riches vs pauvres
- **Virage au XXe Siècle**
 - Focus sur les conditions d'existence et pratiques sociales
 - Influence des découvertes de Pasteur
 - Fin du mouvement hygiéniste
- **La Théorie Dominante**
 - Chaque maladie est liée à un microbe
 - Réduction des intérêts pour les causes sociales des maladies
- **Absence de Demande Sociale et Politique**
 - Pas de questionnement sur les causes sociales
 - Création de la sécurité sociale comme facteur
 - Inégalités abordées uniquement sous l'angle de l'accès aux soins

Interactions entre le Biologique et le Social

- Question générale : liens entre maladie et social
- Réduction aux inégalités physiques
- Focus sur les différences génétiques
- **Au-delà du Biologique**
 - Ne pas ignorer les différences génétiques
 - Mais interroger l'impact du social sur ces prédispositions
 - Transformations des prédispositions en inégalités de santé
- **Le Biologique comme Système Imbriqué**
 - Nature et société engagées dans le processus de la maladie
 - Les risques ne sont pas que héréditaires ou aléatoires
 - Rôle de la production sociale dans la santé

Défendre la Détermination Sociale des États de Santé

- Un argument scientifique
- Nécessité de montrer l'influence sociale sur la santé
- **Épidémiologie et Social**
 - Pas de facteur de risque unique
 - Déterminants sociaux dans la vie quotidienne
 - Exemple : personnes handicapées et durée de vie
- **Limite des Soins Médicaux**
 - Accès aux soins ne suffit pas pour éliminer les disparités
 - Ne pas réduire à un réductionnisme sociologique
- **Imbrication Biologique et Sociale**
 - Nécessité d'un regard intégré
 - Négligence politique et publique
 - Besoin d'un compromis équilibré

Disparités de Santé entre les Sexes en France

- Taux de mortalité: 9,2 pour mille
- Espérance de vie: 74 ans pour les hommes, 83 pour les femmes
- **Évolution Historique**
 - Diminution depuis 1950
 - Mais ralentissement des progrès, parfois renversement de tendance
- **Comparaison Internationale**
 - France bien positionnée dans l'UE
 - Bonne espérance de vie, maladies cardiovasculaires en baisse
 - Mais mortalité prématurée avant 65 ans
- **Écarts liés au Sexe**
 - Écart de plus de 8 ans en France
 - Écart existe dans tous les pays industrialisés
 - Historiquement, avantages biologiques des femmes annulés par conditions sociales
- **Écart Variable Selon les Pays**
 - Écart nul en Inde, Pakistan, Bangladesh
 - Facteurs sociaux en pays occidentaux: accidents, alcoolisme, tabac
- **Interprétations Possibles**
 - Préoccupation pour la santé plus élevée chez les femmes
 - Les femmes signalent plus de troubles, sauf pour maladies graves

Consultations Médicales

- Les femmes consultent plus fréquemment les médecins
- Importance dans l'espérance de vie prolongée
- **Espérance de Vie et Classe Sociale**
 - Plus grande disparité dans les classes ouvrières
 - Plus long veuvage pour les femmes dans ces classes
- **Risque de Décès selon Milieu Social**
 - Moins prononcé chez les femmes
 - Cadres moins exposés que ouvriers
 - Écart de mortalité 2x entre cadres et ouvriers
- **Espérance de Vie selon Professions**
 - Très faible pour les travailleurs comparé aux cadres
 - Écart de 9 ans entre cadres de l'enseignement et ouvriers
- **Évolution de la Mortalité (20 ans)**
 - Augmentation des inégalités entre catégories sociales
 - Pas de réduction des inégalités, détérioration récente
- **Influence du Diplôme**
 - Mêmes disparités observées selon niveau d'éducation

Disparités Selon les Causes du Décès

- Hiérarchie différente selon les groupes sociaux
- Travailleurs employés: accidents, alcoolisme, suicide, cancer du poumon, infarctus
- Groupe CSPI: sida, faible alcoolisme
- **Surmortalité du Groupe Ouvrier**
 - Surmortalité en lien avec le sida
 - Risque lié à l'alcool multiplié par 10
- **Évolution des Taux de Mortalité**
 - Baisse moins marquée pour les ouvriers employés
 - Augmentation: cancer du poumon, suicide
 - Diminution maximale: maladies cardiovasculaires, cancer du poumon

Mortalité Selon les Groupes d'Âge

- 25-34 ans: Morts violentes, 70% de surmortalité (accidents de route, suicide)
- 35-44 ans: Cancer du poumon, causes pathologiques augmentent
- **Impact du Chômage sur la Mortalité**
 - Hommes sans emploi (1982-1987): mortalité deux fois plus élevée
 - Interaction bidirectionnelle entre santé et chômage
- **Mécanismes Socio-économiques**
 - Effet de sélection: mauvaise santé augmente risque de chômage
 - Effet de situation: chômage affecte la santé

Disparités Géographiques en France

- **Nord vs Sud:** Arc de surmortalité du Nord-Est au Nord-Ouest
- **Sept groupes:** De la sous-mortalité à la surmortalité
- **Régions clés:** Bretagne, Normandie, Nord–Pas-de-Calais (causes liées à l'alcool)
- **Facteurs de Surmortalité dans le Nord**
 - **Indicateurs:** Faible espérance de vie, forte mortalité infantile et générale
 - **Causes:** Cancer particulièrement élevé
 - **Évolution:** Détérioration depuis les années 60
- **Causes Structurelles de Surmortalité**
 - **Soins:** Sous-équipement, déficit de spécialistes
 - **Environnement:** Risques industriels, pollution
 - **Économie/Social:** Sous-scolarisation, faible revenu, chômage élevé
 - **Culture:** Habitudes alimentaires, modes de vie, négligence

Comprendre les Différences de Santé - Une Question Sociologique

- **Production sociale de la santé:** Lien entre santé et structure sociale
- **Inertie sociale (Drulhe):** Inégalités dans la santé
- **Limite des explications socio-économiques:** Ex: Niveau de vie et espérance de vie
- **Deux Axes pour Comprendre les Différences**
 1. **Sélection sociale par la santé:** Santé détermine la position sociale
 2. **Structure sociale et modes de vie:** Impact sur la santé
- **Théories Mobilisables : Sélection sociale par la santé**
 1. **GOLBERG:** Études sur les conditions de travail et la santé
 1. Goldberg M. [1995], L'Épidémiologie sans peine, Frison-Roche, Paris. Goldberg M. [2006], « La place de la santé au travail dans la santé publique », Actualité et Dossier en santé publique, n° 57.

Mobilité Sociale et Schizophrénie

- **Classe sociale de résultat vs d'origine** : Descente sociale souvent observée
- **Éducation et formation** : Liens entre santé mentale et opportunités de mobilité sociale
- **Régimes alimentaires et Comportements à risque**
 - **Long terme** : Effets des carences de l'enfance sur la santé adulte
 - **Santé comme variable** : Influence sur l'accès à une CSP (Catégorie Socio-Professionnelle)
- **Sélection et Reproduction sociale**
 - **Qualité de la santé** : Un critère pour les "meilleures places" dans la société
 - **Reproduction sociale** : Impact sur la santé des générations futures

Waldsworth et la Cohorte de 1946

- **Relation enfance-adulte:** Santé dans l'enfance influence la trajectoire sociale adulte
- **Variables multiples:** Effets directs et indirects sur la santé et la mobilité sociale
- **Inertie Sociale vs Sélection Sociale**
 - **Santé productive et produite:** Les phénomènes sociaux peuvent amplifier ou être amplifiés par la santé
 - **Filtres de sélection:** Les individus eux-mêmes influencent ce processus
- **Stigmatisation et Auto-Censure**
 - **Épilepsie comme étude de cas:** Implications sur l'éducation, le chômage, l'inclusion sociale
 - **Mécanismes GOFFMAN:** Idées de stigmatisation et leurs effets sur l'individu
 - **Repli social:** Autocensure et évitement comme réponses aux stigmates
- **Transitions de Vie et Mobilité Intergénérationnelle**
 - **Période clé:** Transition de l'enfance à l'âge adulte
 - **Explications multiples:** D'autres facteurs dans le processus de sélection sociale

Influence Sociale sur la Santé

- **Causalité sociale:** Complexité dans l'identification des mécanismes
- **Déterminants sociaux:** Revenu, éducation, comportements, cultures
- **Usures Différentielles au Travail**
 - **Effets délétères:** Comment le travail affecte la santé
 - **Mécanismes possibles:** Stress chronique, ergonomie, environnement toxique

Thébaud-Mony sur l'Usure au Travail

- **Répression sociale:** Négligence historique depuis le 19e siècle
- **Au-delà du toxique:** Rythmes et intensité du travail
- **Effets pathogènes:** Spécifiques aux professions et catégories socioprofessionnelles
- * Annie Thébaud-Mony, Travailler peut nuire gravement à votre santé : Sous-traitance des risques, Mise en danger d'autrui, Atteintes à la dignité, Violences physiques et morales, Cancers professionnels, La Découverte, 2007

Chômage et Santé

- **Effets contradictoires:** Le chômage n'est pas nécessairement délétère
- **Chômage comme "protecteur":** Efficace contre un travail néfaste
 - remet en question l'idée répandue que le chômage a uniquement des effets négatifs sur la santé. Pour certains, être au chômage peut même être une forme de protection lorsque les conditions de travail sont néfastes à la santé.
- **Relation au Corps et Mode de Vie**
 - **L'expérience sociale:** Influence la conduite
 - **Culture des groupes sociaux:** Comprend le mode de vie et les comportements
 - **Exemples:** Consommation de tabac, alcool, exerci

Information Médicale et Règles Implicites

- **Inégalités d'information:** Pas la seule explication au recours au médecin
- **Règles implicites:** Influence la perception du corps
- **Variabilité:** Le code corporel varie selon les groupes sociaux
 - Burger indique également que l'information médicale seule ne peut pas expliquer les différences dans le recours aux services médicaux. Les règles implicites, qui varient entre les groupes sociaux, jouent un rôle crucial dans la manière dont les individus prêtent attention à leur corps et parlent de leurs symptômes.