VULNÉRABILITÉS SANITAIRES ET SOCIALES

AGENCE NATIONALE DE LA RECHERCHE
ANR

Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris - 14 et15 novembre 2013

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Institut de Recherche en Santé Publique
IReSP

aviesan
alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé
ITMO Santé publique

Vulnérabilités sanitaires et sociales

Colloque organisé par l'Agence Nationale de la Recherche
et l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP)
avec le soutien de l'ITMO Santé Publique d'Aviesan
et du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

Jeudi 14 et vendredi 15 novembre 2013
Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris

Sommaire

Le programme « Vulnérabilités : à l'articulation du sanitaire et du social » de l'ANR **6**

Les projets ANR **21**

Transformations historiques de la définition des catégories et des populations **22**

Penser la protection. Définition et gestion des populations vulnérables depuis 1900 : approche comparée 24

Philanthropes en 1900 (Londres, New York, Paris, Genève) : une approche par les réseaux 35

LYONVULNERABILITES
La « vulnérabilité » entre sanitaire et social 45

Retour sur un projet de reconstituions d'un milieu de recherche : PHS2M
et le renouvellement de l'interdisciplinarité philosophie, histoire, sciences sociales
de psychiatrie et de santé mentale 50

Les catégories de prise en charge : entre droit et politique **56**

Evaluer des trajectoires, accorder des droits : entre expertise sur autrui et expertise d'autrui 57

Processus de vulnérabilité et parcours des personnes au grand âge : régulations juridiques et pratiques sociales 63

Approche juridique comparée des risques psychosociaux au travail (France - Europe du Nord et du Sud, Canada/Québec, Japon) : quels apports au regard du système français 72

Gouverner les conduites ? **78**

Sport, genre et vulnérabilités en contextes de crise, de la Grande Guerre au XXe siècle 80

Activités physiques et santé : transformations socio-historiques des représentations
et des modes d'action (de la fin du 19e siècle au début du 21e siècle) 88

Lutter contre l'obésité en gouvernant les conduites des consommateurs ?
Les enjeux sanitaires, scientifiques, politiques et industriels de la lutte contre l'obésité 95

Aspects macroéconomiques et microéconomiques, capital économique ou social et vulnérabilité **102**

Préférences temporelles et expérience du cancer 103

Mondialisation, inégalités et mobilité sociale dans les pays avancés 107

Mesurer la discrimination sur le marché immobilier à la location en France : apports croisés des méthodes quantitatives et qualitatives 116

Formes et conditions de maintien et de sortie de la « vulnérabilité sociale » en milieux populaires 120

Politiques et régulations : prévention, protection, accès aux soins **125**

Vulnérabilités en contexte : expérimentations dans le champ des actions sanitaires et sociales et reconfiguration des politiques de prévention et de protection 126

Les jeunes vulnérables et leurs prises en charge dans les politiques locales santé/sociales 137

Pollution atmosphérique, évaluation des risques et qualité de vie : une approche comparative Nord-Sud 146

Qualité des soins : pratiques et indicateurs, information et responsabilité **155**

Place et rôle de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins hospitaliers 156

Comité d'évaluation du programme « Vulnérabilité : à l'articulation du sanitaire et du social » **163**

Les sciences humaines et sociales à l'ANR **164**

Bilan des appels à projets IRESP « Recherches sur les services de santé » et « Territoires et santé » **167**

Les projets IReSP **173**

Les catégories de prise en charge : entre droit et politique **174**

L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en débats 175

Politiques et régulations : prévention, protection, accès aux soins **178**

Environnements géographiques de vie, mobilité quotidienne et santé métabolique 179

Contexte socio-spatial et accès aux soins pendant la grossesse : impact sur la santé périnatale en France 186

Qualité des soins : pratiques et indicateurs, information et responsabilité **192**

Responsabilité financière des patients ou des médecins ? Analyses théorique et empirique 194

Des mécanismes économiques pour améliorer les pratiques de prescription en médecine de ville ? 200

L'interaction médecin-patient en médecine générale et inégalités sociales de santé - Intégration des productions interdisciplinaires du projet INTERMEDE 203

Perceptions discordantes entre patients et soignants vis-à-vis de la qualité de l'information médicale délivrée : besoins spécifiques des patients précaires hospitalisés 210

L'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) **218**

Programme du colloque **222**

Les déterminants sociaux sont au cœur des inégalités d'éducation, de travail ou de santé, comme le rappelle le débat actuel sur l'évaluation de la pénibilité. L'apparition récente du concept de vulnérabilité et sa rapide extension à des domaines aussi variés que le droit, l'action politique ou l'analyse socioéconomique, montre sa valeur heuristique. Pour que ce concept demeure opérant, il convient d'en tracer l'histoire, d'en repérer les limites, de mieux comprendre son usage. Il convient aussi d'examiner les apports les plus récents de la recherche sur les relations complexes qu'entretiennent l'évaluation et la prise en charge des vulnérabilités.

De nombreux travaux de recherche ont montré l'existence d'un gradient social des principaux indicateurs de santé (mortalité, morbidité) et le rôle des inégalités socio-économiques et socio-culturelles dans la genèse de nombreuses pathologies. A l'inverse, les recherches montrent aussi les conséquences des handicaps et des maladies quant à une détérioration de la place occupée sur le marché du travail, comme dans la société et dans l'accès au bien être en général.

D'autres travaux ont exploré les déterminants économiques et sociaux des inégalités, des différentes formes de pauvreté ou d'exclusion, la genèse et les transformations des différents systèmes de protection.

En étant associée à la fois à des populations ou des âges spécifiques, à des situations sociales (précarité, pauvreté), à des problèmes socio-psychologiques ou physiopathologiques ou encore à des comportements, la notion de vulnérabilité permet d'offrir un cadre pour analyser, à la fois, les évolutions des déterminants sociaux et économiques de la santé, les transformations des questions sociales et les interrelations entre dimensions sociales et sanitaires.

Le colloque « Vulnérabilités sanitaires et sociales » fait le point sur les recherches financés sur ce thème dans le cadre des appels à projets : « Vulnérabilités : à l'articulation du sanitaire et du social » (ANR, 2008), « Gouverner et administrer » (ANR, 2008), « Blanc » et « Jeunes Chercheuses et Jeunes Chercheurs » (ANR, 2007-2008-2009-2010), « Recherches sur les services de santé » et « Territoires et santé » (IReSP, 2008)

LE PROGRAMME « VULNERABILITE : A L'ARTICULATION DU SANITAIRE ET DU SOCIAL » DE L'ANR

Au-delà de son caractère polysémique et de nombreux recouvrements avec des termes proches ou liés (pauvreté, précarité, inégalité, inéquité, désaffiliation, solidarité, assistance, protection, accompagnement, etc.), la notion de vulnérabilité a pris une importance croissante dans l'action publique. Empiriquement, elle peut être associée à certains âges de la vie (personnes âgées, adolescents en difficulté, etc.), au genre, à des problèmes physiopathologiques ou socio-psychologiques (obésité, troubles des comportements alimentaires, addictions, souffrance psychique, etc.), à des facteurs proprement sociaux, voire à des événements potentiellement traumatiques (maltraitance, accidents biographiques, etc.).

De nouvelles dynamiques scientifiques en sciences humaines et sociales

La recherche en sciences humaines et sociales est marquée par une double polarisation, d'une part, les questions de santé, et de l'autre, les questions sociales, parmi lesquelles, l'exclusion et la pauvreté, le chômage, les inégalités, les politiques sociales…. Les avancées récentes de la recherche ont, notamment, conduit à interroger cette polarisation. En effet, maints travaux montrent qu'il existe un lien intrinsèque entre la place dans la hiérarchie sociale et de travail, l'espérance de vie et l'état de santé et, inversement, qu'il existe des effets propres de l'état de santé sur la place occupée dans (ou hors) le marché du travail. Par ailleurs, de nombreux travaux socio-historique ont montré comment ces objets et problèmes se sont construits et comment certains ont pu passer du registre sanitaire au social et inversement. Ils mettent, également, en évidence les transformations du rapport entre sanitaire et social et les changements de frontière entre les recherches qu'elles suscitent. L'analyse des interrelations entre les questions sociales et sanitaires ouvrent aujourd'hui un champ de recherche plus vaste nécessitant d'envisager des problématiques plus transversales.

Au cours des dix dernières années, les Sciences Humaines, Economiques et Sociales appliquées à la santé (SHES-S) ont connu, au plan international, un développement rapide. Certaines tendent (notamment, l'anthropologie de la santé, l'économie de la santé, la psychologie et psychosociologie de la santé, sociologie de la santé) à se constituer en champ disciplinaire, doté d'une autonomie relative, avec ses sociétés savantes internationales, ses congrès internationaux et ses revues spécialisées. Dans d'autres disciplines de SHES, se développe un intérêt 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. Ces recherches appliquées, en plein essor, rencontrent néanmoins certaines limites au plan international en raison de liens encore insuffisants avec les avancées méthodologiques et conceptuelles récentes dans les disciplines de référence.

D'importants travaux ont été conduits sur les questions sociales, mobilisant un ensemble de disciplines comme l'histoire, le droit (public), les sciences du politique, l'économie, les sciences de gestion, la sociologie des institutions et des pratiques, l'anthropologie, les sciences l'éducation, les sciences cliniques. Si les problèmes globaux liés à la mutation en cours des sociétés au niveau du travail, des modes de vie (famille, sociabilités) de la ville, des recompositions des solidarités et de l'État providence… ont constitué la majeure partie des publications, Des question plus ciblées comme la délinquance et la protection de l'enfance, le handicap et sa compensation, le vieillissement et la

dépendance, ont aussi fait l'objet de travaux de recherche, autant de domaines qui sont traversés par la problématique de la vulnérabilité.
En France différents programmes ont financé des recherches en sciences humaines et sociales en lien avec la santé1 et avec le social, mais sans proposer, du moins jusqu'à présent, une approche commune de ces questions.

Origine du programme

La création du programme « Vulnérabilité : à l'articulation du sanitaire et du social » en 2008 s'est appuyée sur trois constats :

- Le peu de synergies entre les communautés de recherche en sciences humaines et sociales travaillant sur le social et celles travaillant sur la santé alors que de nombreuses questions articulent ces deux dimensions ;
- La nécessité de renforcer la visibilité des sciences humaines et sociales sur le secteur de la santé et la diversité des polarisations thématiques d'un milieu relativement faible numériquement (santé environnement, addictions, vieillissement….) ;
- La sollicitation des disciplines des sciences biologiques et médicales pour des coopérations avec les sciences humaines et sociales qui impliquait de rendre plus visibles les objets propres aux sciences humaines et sociales.

Le texte de l'appel à projets à été élaboré par un groupe de travail d'une dizaine de personnes, réunissant différentes disciplines (économie, sociologie, anthropologie, histoire, sociologie, droit…), dont la réflexion a été nourrie par 24 notes issues de chercheurs[2] ou d'institutions, telles la Drees Mire ou la CNSA.

---

[1] L'ANRS a soutenu le développement de recherche sur les modalités de prise en charge des malades, les déterminants des comportements, l'observance des protocoles de soins. Le programme « Sciences bio-médicales, Santé et Société » conduit par l'INSERM, le CNRS, la DRESS-MIRE a abordé les thèmes des inégalités sociales de santé, des déterminants sociaux de santé, du handicap, de l'innovation technologique en biomédecine, de la prévention et de la décentralisation des services sanitaires ou sociaux ainsi que de la gestion hospitalière. Le CNSA financent des travaux sur le handicap ou encore la CNAF sur la famille, solidarité, l'exclusion. Le programme « Risques collectifs et situations de crise », à travers la constitution d'un milieu de recherche spécifique, a soutenu des travaux sur les risques sanitaires.
La DRESS-MIRE a depuis 2001, conduit des programmes sur différents thèmes : santé, système de soins et assurance maladie ; protection sociale, santé et travail ; perte d'autonomie ; inégalités et pauvreté ; comparaison européennes ; migration ; individu, familles, parenté.
Le volet sciences humaines et sociales de l'Action thématique concertée mise en œuvre conjointement par l'INSERM et le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (2003-2004) a permis de financer des recherches sur les déterminants sociaux, économiques des problèmes santé-environnement.
Plus récemment, le volet SHS du programme Santé-environnement et santé-travail (2005-2007) de l'ANR a financé différents projets sur les dimensions sociales, économiques, organisationnelles et historiques des questions de santé-environnement et santé-travail.
Le Groupement d'Intérêt Scientifique-Institut de Recherche en Santé Publique fait suite à l'Institut Virtuel de Recherche en Santé Publique (IVRSP) qui avait été créé en 2004 à l'initiative de l'Inserm sous la forme d'une convention de collaboration qui associait les différents acteurs impliqués dans la recherche en Santé Publique : opérateurs de la recherche en Santé Publique, ministères de tutelle, agences de sécurité sanitaire et caisses d'assurance maladie.
En 2007, l'IVRSP a changé de nom et s'est structuré en Groupement d'Intérêt Scientifique (GIS). La participation au GIS s'est progressivement élargie et l'IReSP compte désormais vingt-quatre partenaires. Depuis 2008, l'IReSP a déployé des appels à projets dans trois domaines : Fonctionnement du système de santé (« health services research » dans la littérature anglo-saxonne) ; Politiques publiques et santé (leur impact sur la santé des populations, la façon dont elles doivent évoluer, leurs conditions d'élaboration) ; Déterminants de la santé (approches transversales, prenant en compte les interactions entre les différents déterminants).

[2] Différents disciplines et champs de recherche étaient représentés : anthropologie, économie, philosophie, sociologie, STAPS, science politique, droit, psychologie….

Périmètre et objectifs

Périmètre

Face à la diversité des questions posées dans les domaines du social et du sanitaire, l'appel à projets proposait de renforcer les analyses dans ces domaines respectifs et surtout l'étude de leurs interrelations. En focalisant sur la notion de vulnérabilités sociales et sanitaires, il proposait de renouveler l'analyse des relations et de l'imputabilité causale entre, d'une part, les facteurs sociaux, culturels et économiques, et, d'autre part, les facteurs biologiques, cliniques et sanitaires. Les travaux envisagés devaient s'attacher à relier ces différents objets aux transformations qui caractérisent les modes de vie contemporains, les formes de sociabilités, les organisations qui les régulent et qui, plus largement, engagent l'avenir des sociétés qu'elles soient développées ou moins avancées. Il s'agissait ainsi :

- d'analyser de façon critique les instruments, les acquis et les évolutions de la connaissance de ces phénomènes controversés ;
- d'approfondir l'identification des populations concernées et des déterminants sociaux et économiques de leurs situations ;
- d'étudier les cadres institutionnels, législatifs ou réglementaires et les régimes de justice guidant l'action ;
- d'étudier la construction de l'offre et de la demande de solidarité ou de services sociaux ou/et sanitaires dans leurs dimensions publiques ou privées ;
- d'explorer les variations culturelles et historiques des figures sociales de la vulnérabilité, leurs effets concrets sur la vie quotidienne et les régulations qu'elles suscitent, - du biopolitique au judiciaire, - d'analyser les transformations des politiques de gouvernement des corps et des populations ;
- d'accroître les connaissances sur la manière dont sont pensés et traités les aléas sanitaires ou sociaux, et les façons socialement et politiquement légitimes d'assurer la solidarité et la protection.

Objectifs

Ce programme devait permettre également de renforcer les travaux en sciences humaines et sociales, en mobilisant notamment l'économie, la sociologie, le droit, les sciences politiques, mais aussi l'histoire, la géographie, la gestion, l'anthropologie, la psychologie. Les comparaisons internationales et les travaux historiques, devaient permettre de mettre en évidence les spécificités nationales et les convergences. Il s'agissait ainsi de :

- mobiliser les différentes disciplines des sciences humaines et sociales et soutenir les contributions de la recherche française à ces champs d'investigation en plein essor au plan international ;
- susciter des travaux empiriques et des approches transversales, transdisciplinaires et permettant des comparaisons internationales ;
- favoriser le renouvellement des catégories et outils d'analyse, des méthodes de travail ainsi que des terrains d'investigation ;
- contribuer à la mise en commun interdisciplinaire des résultats, à la valorisation des résultats des recherches en sciences humaines et sociales et à leur dialogue avec les disciplines biomédicales et de santé.

Axes thématiques de l'appel à projets

- L'articulation du sanitaire et du social : contours et évolutions (discours savants, profanes, institutionnels, savants ; diagnostics et nomenclatures ; populations cibles)
- Connaissance des populations vulnérables et genèse des vulnérabilités (rôle des acteurs publics et privés ; dynamiques, parcours, « carrières »)
- Construction de l'offre et de la demande de services, reconfiguration des politiques de protection sociale et de santé (marchés et besoins ; la fabrication des législations ; régimes de justice et dispositifs de protection ; territoires des politiques publiques ; interaction entre offre et demandes de services)
- Situations de vulnérabilité et gouvernement du vivant (figures de la vulnérabilité ; pratiques de vie : entre perception et désignation ; pratiques du corps : entre normes et rapports au monde ; historicité du biopolitique ; vulnérabilité à l'épreuve du judiciaire)

La vulnérabilité : une notion problématique mais fédératrice pour la recherche en sciences humaines et sociales

Une diversité de domaines ont fait l'objet de travaux dans le cadre des projets financés dans le programme. Ceux-ci abordent à la fois les questions de santé (physique et mentale), de handicaps, de vieillissement, de conduites à risques ou d'addictions, d'accidents du travail, mais aussi celles du cadre de vie (logement, précarité énergétique, environnement), d'activités sportives ou d'accès à la justice…

Les travaux réalisés permettent un renouvellement des analyses, notamment grâce à une approche conjointe des dispositifs de prise en charge dans leur diversité, des référentiels qui les guident et des populations spécifiques (adolescents, personnes âgés, travailleurs, chômeurs, pauvres) étudiées à travers leurs itinéraires ou leurs caractéristiques. Ils abordent les formes de solidarité et les politiques de prise en charge ou d'aide mises en œuvre, privées et publiques, en saisissant les transformations historiques et en développant des comparaisons internationales (Etats-Unis, Suisse, Grande-Bretagne, Suède, Allemagne, Tunisie…).
Des enquêtes de terrain contribuent à saisir les situations de vulnérabilité ou les parcours de vie, les ressources mobilisées par les individus et le travail des professionnels. L'analyse des sources historiques et la constitution de grands corpus permettent de renouveler la genèse des institutions et des modes de prise en charge tout en montrant les permanences et les ruptures. Des approches statistiques, cliniques, des modélisations et simulation, des observations ethnographiques contribuent à investiguer les différents déterminants de ces situations.

La diversité des terrains, des objets, des approches et des méthodes permet de montrer le caractère multifactoriel de la vulnérabilité et les effets cumulatifs ou d'interaction entre facteurs sociaux, économique, culturels et sanitaires. Elles permettent aussi de contribuer à une réflexion critique sur les catégories d'analyse et d'action.

Emergence de nouvelles configurations disciplinaires

L'appel à projet a suscité une forte mobilisation des équipes de sociologie, mais également de psychologie, d'histoire, d'anthropologie, d'économie, de droit, de géographie. Il a aussi permis une bonne mobilisation des laboratoires dans le domaine des STAPS (Sciences et techniques des activités Physiques et Sportives) qui répondent d'ordinaire peu aux appels à projets et dont l'intégration dans la recherche académique mérite d'être renforcée. Plusieurs équipes en sciences de la vie et de la santé (épidémiologie, clinique) sont associées à des projets portés par des équipes en sciences humaines et

sociales. Ce point montre une évolution favorable dans la place des approches en sciences humaines et sociales dans la compréhension des questions de santé.
Le programme a suscité des publications dans des revues internationales et françaises spécialisés et généralistes révélant une évolution favorable d'une part de la visibilité internationale des recherches françaises et d'autre part de l'inscription de recherches consacrées au thème de la vulnérabilité sanitaire dans les disciplines de référence.

Bilan scientifique par grands thèmes

Les résultats scientifiques obtenus dans le cadre de l'appel à projet « Vulnérabilités : à l'articulation du sanitaire et du social » auxquels s'ajoutent ceux de quelques projets, sur le même domaine, financés dans le cadre des appels à projets « Gouverner et administrer », « Blanc » et « Jeunes Chercheuses et Jeunes Chercheurs » peuvent être déclinés en grands domaines :

- Transformation historiques de la définition des catégories et des populations et des formes de prise en charge
- Les catégories de prise en charge : entre droit et politique
- Gouverner les conduites ?
- Aspects macroéconomiques et microéconomiques, capital économique ou social et vulnérabilité
- Politiques et régulations : prévention, protection, accès aux soins

Transformation historiques de la définition des catégories et des populations

L'approche historique des dispositifs d'assistance, des acteurs impliqués, des terminologies, des valeurs permet de mettre en évidence la genèse des formes de protection sociale, les permanences et les transformations plus radicales, mais aussi, les procédures, les critères, les problématiques, les valeurs, les catégories de populations concernées. Les trois projets financés ont porté sur :

- les transformations des institutions et des politiques de protection sociale sur la longue durée du XVIe siècle à la période contemporaine, étudiée dans une perspective comparative internationale ;
- les activités de charité, de philanthropie, de bienfaisance autour de 1900 à Londres, New York, Paris et Genève ;
- les institutions et structures d'assistance dans l'agglomération lyonnaise abordée du point de vue de la lutte contre la pauvre-précarité au XXe siècle, de la prise en charge socio-sanitaire de la vulnérabilité psychiatrique et des dispositifs d'aide aux adolescents difficiles jusqu'au début des années 80.

Genèse des grands systèmes nationaux de sécurité sociale : du XVIe siècle à l'époque contemporaine

La création des grands systèmes nationaux de sécurité sociale est habituellement datée autour d'un moment central à la fin de la seconde guerre mondiale. Mais l'histoire longue (XVIe au XXe siècles) montre que loin de constituer une nouveauté radicale, les dispositifs et les valeurs sur lesquels reposent ces régimes nationaux existent pour certains depuis le XVIe et d'autres depuis le XIXe siècle.
En prenant en compte l'ensemble des dispositifs, privés et publics (assistance publique, œuvres philanthropiques, action sociale des entreprises, politiques publiques municipales ou étatiques, assurances privées), les travaux mettent en évidence l'hétérogénéité des modes de protection, leur complémentarité ou leur concurrence, la répartition des charges et les transferts de savoir-faire. Dès l'époque moderne, les institutions d'assistance établissent des critères d'éligibilité des populations pouvant faire l'objet d'une aide qui sont à la fois des facteurs de hiérarchisation des populations et dans certains cas de stigmatisation, mais aussi des chainons vers la notion de droits. Seuls sont

considérés « dignes » de l'aide, ceux qui sont dans l'impossibilité temporaire ou durable de travailler et qui n'ont pas de soutien de famille possible.
Progressivement au XIXe siècle la vulnérabilité devient un potentiel, un risque plus qu'un état. Des réformes se mettent en œuvre autour du dytique « assistance/prévoyance ». L'Etat n'a pas le monopole sur l'assistance, mais la co-organise avec un secteur privé très puissant. A cette période se met en place une administration moderne qui promeut un programme de rationalisation égalitaire de l'assistance et fixe des règles afin de rompre avec l'arbitraire du don. Les années 1900 permettent un effort de formalisation et d'intégration théorique, les conceptions humanitaires et utilitaristes héritées du passé sont complétées par le droit du travail et les droits sociaux et, enfin, par un souci de rationalisation scientifique dans la gestion de la société civile, jetant ainsi les bases d'un système unifié de protection sociale. (Rosental, Richard, Aucante)

■ Secourir les malheureux, prévenir leur malheur : les frontières du monde charitable en 1900

Qualifiées de « printemps de la charité », les années 1900 connaissent une importante activité de charité, de bienfaisance ou encore de philanthropie. L'analyse des réseaux, des trajectoires sociales des dirigeants, des inscriptions spatiales des œuvres et des personnes, des connections et circulations internationales des personnes et des institutions permet de caractériser les mondes charitables dans trois grandes villes : New York, Paris et Genève. Les activités concernent le secours aux malades dans les hôpitaux et les dispensaires ; le secours aux affligés souffrant d'une incapacité permanente ; le traitement du « malheur coupable » dans les institutions destinées à l'enfermement des enfants ou adolescents coupables de délits ; les secours aux personnes en détresse économique. Une grande diversité d'institutions étaient concernées : institutions officielles dépendant des municipalités ou d'autres autorités locales, institutions religieuses, écoles élémentaires…
A New York, la croisade politique et morale pour le « good government » apparait au cœur du monde charitable. La structuration des œuvres charitables se fait autour d'un mouvement évangélique étroitement lié à un mouvement « civique » réformateur dont l'objectif politique est la reconquête de la municipalité. A Paris, la situation est marquée par un noyau central de grandes œuvres généraliste et de congrégations féminines catholiques. A la veille de la séparation de l'Etat et de l'Eglise, l'administration de l'assistance publique et les plus grandes œuvres « neutres » et catholiques sont étroitement liées par les congrégations féminines. La présence de l'Assistance publique dans le noyau central des « œuvres » charitables montre une porosité entre « l'officiel » et le « libre » ou, pour reprendre des catégories d'analyse plus contemporaines, entre le public et le privé. (Topalov)

■ De 1880 à 2010, l'assistance entre pauvreté-précarité et vulnérabilité sanitaire

Si l'association entre vulnérabilités sociales et sanitaires apparaît intimement liée pour certaines catégories de populations comme les personnes âgées ou les handicapés, elle est encore peu étudiée par les sciences humaines et sociales. La lutte contre la pauvreté (années 1880 à 1980), les politiques psychiatriques (années 1910 à 1970), le traitement des adolescents en difficulté depuis les années 1970 constituent des terrains de choix pour explorer ce lien. Les transformations historiques des politiques publiques à l'égard des vulnérabilités psychiques sont, par exemple, étudiées du point de vue de l'accès aux soins psychiatriques, des politiques asilaires, des adolescents en difficulté à Lyon et de la composante sanitaire dans le traitement des populations en difficulté sociale (de 1890 à nos jours).
L'approche historique montre combien, en France, comme dans d'autres pays occidentaux, les politiques d'assistance se sont construites sur l'articulation entre pauvreté-précarité et vulnérabilité sanitaire, que cette dernière concerne la santé physique ou mentale. Les travaux conduits mettent également en évidence l'importance de la coopération entre traitements publics et privés. (Brodiez-Dolino)

Les catégories de prise en charge : entre droit et politique

La compréhension de la transformation des conditions d'attribution des droits passe par l'étude des systèmes juridiques et des conditions de leur application. Les projets financés se sont attachés à l'étude :

- des constructions des jugements, des formes d'expertise et des décisions d'attribution des droits sociaux dans les secteurs du handicap, de l'insertion des jeunes, de la politique de l'emploi et du droit au logement ;
- des décisions de justice concernant la protection des personnes âgées.

L'approche comparée de la prise en compte des risques psychosociaux dans différents systèmes juridiques permet de mieux qualifier les spécificités du système français.

Expertise sur autrui et l'expertise d'autrui dans l'octroi des droits sociaux

Les politiques sociales étaient marquées par le modèle universaliste et automatique d'octroi des droits sociaux s'appuyant sur une obligation de moyens pour l'Etat et un droit à l'accès à des services pour les citoyens. Depuis une dizaine d'années l'action sociale s'attache à « restaurer les capacités des individus à subir des épreuves ou des évaluations sur différents marchés » (dont celui du travail). Les droits sociaux sont « pensés comme des actions pour équiper les individus afin de les rendre plus résistants aux accidents de la vie sociale et professionnelle ». Il s'agit de favoriser des projets d'insertion ou des projets de vie.

Des enquêtes ethnographiques auprès de commissions d'attribution de droits et des entretiens avec des acteurs professionnels et des représentants d'institutions permettent de caractériser comment cette focalisation sur les individus s'accompagne de la mise en place de nouveaux dispositifs de délibération dans les procédures et de nouveaux critères. L'examen des cas individuels dans des commissions pluridisciplinaires ou multipartenaires mobilisent de nouvelles pratiques de jugement qui mêlent des savoirs spécialisés (médicaux, économiques, psychologiques, juridiques), des diagnostics et l'expertise d'autrui que les professionnels tirent de l'observation des biographies, des comportements ou des situations des personnes. Les observations des différents terrains (insertion des jeunes en difficultés, accompagnement des chômeurs, prise en charge du handicap, droit au logement…) met en en lumière à la fois « l'instauration d'une contrepartie au droit », « d'une logique contractuelle et responsabilisatrice » et le conditionnement de l'aide « à son efficacité transformatrice et capacitante ». Le souci de transformation des individus et le souci de justice se combinent pour faire apparaitre un Etat social hybride, alliant « les registres de la thérapeutique et de la justice sociale ». « Le droit social se fait transformateur ». (Lima)

L'accompagnement du vieillissement dans les décisions de justice : entre vulnérabilité et fragilité

Une revue de littérature (rapports publics, travaux scientifiques, corpus juridique) montre que, dans le processus de vieillissement, la vulnérabilité est associée à la faiblesse relationnelle des individus avec leur environnement alors que celle de fragilité renvoie plutôt à un état de faiblesse physique, cognitif voire psychologique. Une approche conjointe entre droit et sociologie a permis à la fois l'analyse des décisions de justice concernant la protection juridique des personnes âgées et ses usages en matière de réduction de la vulnérabilité (à travers notamment la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007) et l'analyse des prises de décision et du rôle des différents acteurs (proches, professionnels…).

Dans les décisions de justice, la notion de protection juridique est utilisée pour réduire des vulnérabilités mais l'autonomie de la personne est globalement peu reconnue et la gradation du mandat (autonomie, simple assistance, tutelle, curatelle) est peu utilisée. Par ailleurs, « la mise sous protection juridique n'est pas uniquement liée à la situation intrinsèque de la personne mais liée au contexte, aux caractéristiques de son environnement relationnel et de ses ressources économiques et sociales ». L'étude des arrangements dans le soutien aux personnes âgées montre que les évènements (adapter ou changer de logement, résider en maison de retraite..) sont des occasions de vulnérabilités

individuelle et collective, à la croisée de l'économie des sentiments, de l'économie des biens et des transmissions. On observe des imbrications entre les soutiens professionnels et ceux des proches. Les travaux réalisés permettent de mieux comprendre comment les principes de promotion de l'autonomie et de responsabilisation accrue de l'individu sont mis en tension dans l'accompagnement du vieillissement. Dans le processus de vieillissement, la vulnérabilité apparait à la fois comme un processus individuel et comme un processus de vulnérabilité pour autrui. (Le Borgne-Uguen, Rebourg)

Prendre en compte les risques psychosociaux : entre contentieux et jurisprudence

La prise en compte récente des risques psychosociaux dans le champ de la santé et de la sécurité au travail s'accompagne de l'élaboration de nouveaux systèmes juridiques. L'analyse comparative entre l'Europe du Nord, du Sud, le Japon, le Canada permet de mieux situer les spécificités du système français. L'espace du droit européen est soumis à la législation de la directive-cadre du 12 juin 1989 qui est transposée différemment selon les pays et qui fait l'objet d'interprétations différentes selon les juges.
Si la France a tardé à prendre en compte les risques psychosociaux au travail par rapport au pays du Nord de l'Europe, elle tend actuellement à rattraper son retard. La France est aussi caractérisée par une jurisprudence très active et innovante qui reconnait une obligation de résultat à la charge de l'employeur dans le cas, par exemple, des suicides au travail ou qui remet en question des organisations du travail jugées susceptibles de porter atteinte à la santé des travailleurs. Cette importance de la jurisprudence française s'accompagne d'une faible prise en compte de la médiation, laquelle est privilégiée dans la majorité des autres pays étudiés notamment pour les cas de harcèlement ou de troubles de la santé mentale au travail. Ainsi, la France privilégie le contentieux alors que, pour ces autres pays, les problèmes se règlent plutôt dans l'entreprise. Si le système français est aussi marqué par l'obligation de sécurité, son effectivité pourrait être renforcée. Le Canada et le Japon « abordent la question des risques psychosociaux par leurs effets en se concentrant sur la compensation », la France quant à elle, porte une grande attention à la prévention. Ces analyses comparées permettent aussi de tracer des perspectives d'évolution du droit qui dépasseraient l'approche individuelle pour prendre en compte, les dimensions collectives, l'organisation du travail, voire l'environnement de travail. (Lerouge)

Gouverner les conduites ?

La question du gouvernement des conduites et des corps a été étudiée dans trois projets qui explorent sur le siècle dernier, le rapport entre sports, genre et vulnérabilité, le lien entre activités physiques et santé, et pour la période contemporaine, le gouvernement des conduites alimentaires dans le cadre de la lutte contre l'obésité.

Fragilité féminine et force masculine : les pratiques sportives et les « clichés de genre »

Les exercices physiques contrôlés réservés aux femmes s'opposent à « l'exhortation à la prise du risque, au dépassement de soi » adressée aux hommes ; l'analyse historique montre comment les pratiques sportives reproduisent les distinctions de genre et renvoient la fragilité féminine à la force masculine. Le sport peut à la fois exposer des populations à des risques ou au contraire les priver en raison d'une fragilité ou d'une faiblesse supposées. Les pratiques corporelles réalisées dans un but récréatif, hygiénique ou compétitif sont des analyseurs pertinents pour appréhender les « clichés de genre ». L'analyse des rapports entre sports, genre et vulnérabilité dans quatre grandes conjonctures historiques (1914-1925, 1939-1948, 1967-1975, années 2000), montre que si les formes de vulnérabilité et les registres de stigmatisation varient, le sport reste un espace de discrimination de genre et de consolidation des stéréotypes. Mais le rapprochement de l'histoire du genre et de l'histoire du sport met aussi en lumière « ce dont les femmes sont capables » avec l'émergence de la figure de la sportive et de la professeure d'éducation physique au lendemain de la seconde guerre mondiale. Cette figure va alimenter l'image de la femme nouvelle avec les revendications d'égalité entre les sexes et les mouvements féministes des années 70. (Liotard)

De l'utilité sanitaire de l'exercice corporel : discours savants, mobilisation sociale et politique, représentations du corps

L'analyse conjointe des représentations de la relation entre activités physiques et santé ainsi que des caractéristiques organisationnelles des mobilisations collectives montre que, si le problème perçu est à chaque fois différent, le moyen d'y remédier est le même. L'activité physique apparait tour à tour comment un moyen de lutte contre l'affaiblissement, l'apathie, la négligence du corps, la perte d'attention des élèves, les retards de croissance, le rachitisme, la tuberculose ou plus récemment contre le surpoids ou l'obésité. Les représentations sociales se nourrissent des arguments savants. De la fin des années 1880, avec les travaux de Lagrange, à la période contemporaine, avec les recherches dans le domaine de la clinique, de la statistique, de la physiologie ou de la biochimie, l'analyse historique montre une permanence dans la mise en avant du caractère « scientifiquement prouvé » de l'utilité sanitaire de l'exercice corporel. Les campagnes d'information et les mobilisations des réseaux d'encadrement des populations cibles apparaissent comme des « constructions précaires », dont l'organisation s'est professionnalisée surtout depuis les années 1970/1980. (Defrance, El Boujjoufi, Radel, Hoibian, Combaz)

Gouverner les conduites alimentaires : entre prescription et autonomie

Si les normes d'hygiène et les cultures alimentaires contribuent à guider les pratiques alimentaires, on observe en France, comme dans d'autres pays, des mutations importantes des modes de gouvernement des conduites alimentaires dont les effets sur les comportements sont encore peu connus. L'analyse conjointe des modalités de mise sur l'agenda public du problème de l'obésité, des instruments, du rôle des acteurs, publics ou privés, et des pratiques des consommateurs, permet de caractériser les transformations en cours.
Les résultats mettent en évidence une grande diversité d'acteurs en présence. Des entrepreneurs privés s'instituent comme acteurs légitimes et contribuent à former des diagnostics, des instruments ou encore à coordonner l'activité d'acteurs publics et associatifs. En se définissant comme des « partenaires » plutôt que comme des cibles de l'action publique, des entreprises contribuent à mettre l'accent sur les comportements des consommateurs plutôt que sur la composition des aliments. Des associations participent à mettre sur l'agenda la question de la responsabilité des consommateurs en matière d'environnement ou élaborent des guides d'évaluation des produits. L'action des pouvoirs publics, quant à elle, s'appuie sur une diversité d'instruments (étiquetage, fiscalité) et privilégie les instruments contractuels à travers, par exemple, des labels ou des chartes d'engagement volontaire ou l'accompagnement des consommateurs dans la maitrise de leur consommation. Souvent en articulation ou en concurrence avec celle du secteur privé ou associatif, l'action des pouvoirs publics relève d'abord d'une action sur ceux qui gouvernent les conduites. Ces constats montrent que les frontières entre intervention publique, intérêts privés et démarches militantes sont particulièrement labiles. A l'opposé d'une valorisation excessive du rôle de l'information et des prescriptions, l'observation des pratiques des individus montre que le cycle de vie, notamment les effets de génération, les situations familiales, sociales et économiques sont des déterminants majeurs des consommations alimentaires. (Bergeron, Nouguez)

Aspects macro-économiques et micro-économiques, capital économique ou social et vulnérabilité

Les multiples facteurs contribuant au maintien des inégalités, à leur renforcement ou au phénomène de discrimination peuvent être étudiés du point de vue des qualifications et du marché de l'emploi, des politiques éducatives ou sociales, de l'accès aux transports et logement ou encore du point de vue des effets des maladies chroniques. Les travaux présentés abordent à la fois les dimensions macro-économiques, y compris du point de vue de la concurrence sociale entre pays, et micro-économiques.

Ils explorent aussi les trajectoires individuelles et les conditions et ressources que peuvent mobiliser les individus pour sortir de diverses situations de précarité.

- **Mondialisation et inégalités : qualification, exclusion, politiques éducatives et sociales, concurrence sociale entre pays**

La mondialisation des économies s'accompagne du creusement des inégalités salariales entre travailleurs qualifiés et non qualifiés dans la plupart des pays avancés depuis les années 1980. L'analyse de l'interaction entre les facteurs déterminants la demande de qualification, générant l'offre de qualification (éducation, position sociale, mobilité intergénérationnelle) et le cadre institutionnel (politiques éducatives, redistribution, pouvoir syndical…) permet de mieux caractériser cette évolution. Plusieurs outils complémentaires ont été utilisés : modèles théoriques permettant d'expliquer les principaux mécanismes en œuvre ; simulation de ces modèles à partir de données observées ; estimation économétrique des résultats théoriques. Le projet MONDES a étudié la dynamique des inégalités et de l'exclusion sociale liée à la sous qualification dans les économies avancées et mondialisées. Il a analysé : l'impact de la mondialisation sur les inégalités, le chômage, le déclassement professionnel et l'émergence de situations pérennes de sous qualification et d'exclusion ; les politiques éducatives ou sociales qui permettraient d'échapper à ces évolutions ; la concurrence sociale entre les pays et l'impact de la mondialisation sur le pouvoir de négociation syndical.
Les travaux de recherche empiriques et théoriques réalisés mettent en évidence que l'augmentation intergénérationnelle des qualifications est plus faible dans les régions subissant des restructurations industrielles liées à la mondialisation. De plus, la mobilité intergénérationnelle ascendante est réduite et la mobilité descendante forte. La structure des systèmes éducatifs nationaux joue un rôle essentiel dans les inégalités à long terme, la genèse de stratifications sociales pérennes et l'adaptation à la mondialisation. En particulier, une forte dépense d'éducation comportant une part importante des dépenses allouées à l'éducation primaire et un système universitaire peu élitiste permettent à un pays avancé de réduire les inégalités à long terme et de s'insérer plus facilement dans la mondialisation. Par ailleurs, la mondialisation entraîne une baisse du pouvoir syndical qui se traduit par une compression de la part des salaires allouée aux moins qualifiés. (Chusseau)

- **Rôle de l'accès aux transports et au logement dans les phénomènes de discrimination et de ségrégation**

Si les phénomènes de discrimination et de ségrégation font l'objet d'une production académique abondante aux Etats-Unis, ils sont en revanche, encore peu étudiés en France. Or les questionnements toujours vifs sur l'évolution des banlieues rendent urgent de mieux connaitre les mécanismes en jeu. Trois approches sont été menées conjointement : mesure empirique de la discrimination par « testing » ; modélisation théorique de mécanismes explicatifs ; analyse économétrique des politiques publiques. Les résultats mettent en évidence que les « inégalités d'accès aux transports procèdent des disparités sur le marché du travail et amplifient celles-ci ».
L'inégalité de l'accès aux transports peut contribuer à l'émergence de disparités sur le marché du travail entre groupe d'origine différentes même si ceux-ci résident à une même distance géographique des bassins d'emploi. Les durées du transport vers le lieu de travail affectent le salaire perçu et des coûts de transports élevés peuvent s'avérer un obstacle à la reprise d'emploi, ceci d'autant que certains groupes sociaux ont moins de pouvoir de négociation face à leur employeur. La fluidité du marché du logement affecte celle du marché du travail. « Les candidats à la location d'un appartement reçoivent des réponses moins favorables des agences de location lorsqu'ils habitent une banlieue défavorisée et les choix résidentiels des immigrés sont davantage contraints que ceux des natifs ». Ces éléments contribuent à caractériser certaines facettes du fonctionnement de la discrimination et de la ségrégation du point de vue des interactions entre marché du travail et marché du logement, ainsi que dans l'inscription dans l'espace de recherche d'emploi. (Safi, Wasmer)

Les maladies chroniques comme facteur de vulnérabilité

Une maladie chronique peut entrainer des situations de vulnérabilité, au sens de cumul de la précarité d'une position et des difficultés à la rétablir lorsque celle-ci est perdue, notamment en termes de situation professionnelle sur le marché du travail. En croisant des dimensions économiques, épidémiologiques, biomédicales (stade d'évolution d'un cancer) et sociales (représentations des malades au travail, horizon temporel), il devient possible d'intégrer des données quantitatives (cohortes de malades et données transversales issues de grandes enquêtes nationales) et des analyses issues d'entretiens qualitatifs.
Les résultats montrent que l'impact d'un cancer sur la vulnérabilité professionnelle n'est pas le même pour tous (les travailleurs manuels ont plus de risques de perdre leur emploi et plus de mal à en retrouver un) et que la discrimination ressentie a un réel impact sur la perte d'emploi, même après prise en compte des variables médicales. En outre, la maladie semble raccourcir l'horizon temporel des personnes, induisant une forme de précarité existentielle. Dans le cas des femmes jeunes qui ont survécu à un cancer du sein, les résultats montrent que la vulnérabilité professionnelle est moindre pour celles qui sont plus diplômées, qui ont choisi de dissimuler leur maladie dans leur environnement de travail et qui bénéficient d'un réseau social fort. (Peretti-Watel)

Les facteurs de maintien ou de sortie de la précarité : rôle des ressources individuelles, collectives et institutionnelles

Qu'ils soient confrontés à des situations déstabilisantes ou de précarité, les individus ne peuvent être réduits aux « caractéristiques supposées défaillantes de leur économie psychique ou de leur position sociale ». Si la précarité des conditions d'existence va de pair avec une relative altération des individus et des groupes concernés, ceci n'exclue pas, pour les classes populaires les plus démunies, l'existence de ressources individuelles, collectives voire institutionnelles qui peuvent être mobilisées pour faire face ou pour remanier les modes de vie, les relations, les ancrages.
Le projet (FSvmp) étudie la genèse des parcours, les formes de maintien et les conditions de sortie de la vulnérabilité sociale en milieu populaire à travers le rôle des différents facteurs (faiblesse des ressources économiques et du capital scolaire, précarité de l'emploi, conditions et lieux d'habitation, zones urbaines sensibles) ; les conditions favorisant le maintien ou la sortie de la vulnérabilité : facteurs relationnels ou socioprofessionnels, collectifs (entraide, soutien associatif, institutionnel…), psychologiques ou encore changements biographiques.
Grace à la mobilisation conjointe d'enquêtes approfondies et de données statistiques, les travaux réalisés se sont attachés à comprendre « les conditions favorisant le maintien ou au contraire la sortie de situations déstabilisantes ou de précarité dans les milieux populaires à faible capital économique ». Il s'agissait de comprendre comment les dispositifs institutionnels se conjuguaient positivement ou négativement avec les ressources dont disposent les individus. Les résultats montrent que les ressources peuvent être liées à l'individu et prendre la forme de réseaux de sociabilité, de ressources locales, de manière de penser les relations à autrui (solidarités et réciprocité). Mais la socialisation institutionnelle peut aussi générer des ressources spécifiques en contribuant à développer chez les individus des savoir être et savoir faire liés, notamment, aux compétences langagières : en développant des capacités de prise de parole en public, des manières de mettre en mot son expérience, des stratégies de présentation de soi, des capacités réflexives. (Faure, Thin)

Politiques et régulations : prévention, protection, accès aux soins

Qu'ils concernent l'environnement de vie (quartiers défavorisés, logements dégradés, précarité énergétique) ou les situations des individus confrontés à l'échec scolaire, à la vie dans la rue, aux conduites addictives, à l'isolement ou à la fragilité des liens sociaux, au vieillissement, aux difficultés d'accès aux soins, les problèmes qui font l'objet de l'intervention sociale sont multiples. Des enquêtes

de terrains ont permis d'étudier conjointement les situations ou les parcours des individus et les dispositifs de prise en charge mettant en lumière les valeurs, les méthodes qui guident l'action sociale.
De plus, à côté des facteurs sociaux et économiques, l'exposition à la pollution, la qualité du cadre de vie peuvent aussi influer sur la qualité de vie perçue des populations et sur leur bien être.

■ L'intervention sociale face à la logique managériale : valeurs, modes d'action, pratiques

Depuis deux décennies, les cadres et les instruments de l'intervention sociale auprès des populations défavorisées sont marqués par l'individualisation et la généralisation des approches dites de « nouveau management public ». L'exploration des effets de ce contexte sur les pratiques, les référentiels et les valeurs des intervenants a été conduite sur différents terrains : quartiers défavorisés, logement dégradés, vie dans la rue, précarité énergétique, échec scolaire, conduites à risques, consommation de drogues, vieillissement, isolement. Différentes situations ont été analysées, par exemple, les maraudes de l'association Emmaüs, les interventions de l'équipe de développement local dans le cadre de la démolition de la Tour Borel à Paris, les organismes en charge des migrants âgés et des personnes isolées à Vienne en Autriche.
Les observations, les entretiens, les ateliers participatifs et les séances de travail avec acteurs-chercheurs, ont permis d'appréhender au plus près le travail des intervenants. Les résultats mettent en évidence que les espaces d'intervention débordent largement le cadre des découpages formels de l'action publique en s'élargissant vers la communauté (échelle du quartier), les interrelations sociales ou générationnelles et les contextes micro-locaux (rue, domicile, voisinage).
La réduction des moyens et des personnels, les obligations d'évaluation génèrent des formes de « précarisation de l'intervention sociale ». Confrontés à des missions confuses et multiples, à l'urgence, les intervenants développent des savoir-faire ou des compétences relationnelles, souvent pour une faible reconnaissance et des résultats peu visibles. Le sens donné à l'action et les valeurs mobilisées s'imposent comme des ressources pour résister à la charge de travail au quotidien. Si pour les promoteurs des interventions (financeurs, gestionnaires, direction), ces valeurs s'orientent dans une visée de rationalisation et de management bien pensé de l'action, pour les intervenants les valeurs qui les guident les engagent plutôt dans des finalités de réduction des injustices. Les intervenants cherchent à réduire la dissymétrie de la relation avec les populations en adoptant soit la posture de l'empathie soit celle de la reconnaissance des « capabilités ». Ces travaux mettent ainsi en évidence les tensions et formes nouvelles des politiques sociales dès lors que celles-ci deviennent marquées par la logique managériale. (Lévy-Vroelant)

■ Enquête ethnographique auprès de jeunes vulnérables : entre trajectoires individuelles et dispositifs de prise en charge

Les politiques en direction des jeunes vulnérables sont encore peu étudiées. Une analyse croisée des trajectoires des jeunes et des mécanismes de prise en charge dans les domaines de l'accès aux soins et de lutte contre l'exclusion sociale a permis de comprendre comment les modalités de prise en charge répondent aux besoins et permettent de soutenir les parcours d'intégration et les trajectoires vers l'âge adulte. Les difficultés pour obtenir un emploi ou accéder à un logement, la fragilité des liens sociaux, les comportements à risques en matière de santé se conjuguent souvent dans les parcours et les récits de vie de ces jeunes en difficulté. Le projet Juvenil a comparé les dispositifs locaux d'aide à la jeunesse vulnérable dans 3 départements, en abordant : les types de politiques publiques ; les logiques d'intervention ; les interactions entre trajectoire individuelle et le contexte de prise en charge.
Les enquêtes de terrains ont mis en évidence des systèmes locaux d'action publique qui structurent des modalités d'intervention différentes selon les trois zones considérées (Seine Saint Denis, Hérault, Ile et Vilaine). Le travail social oscille entre une posture « militante » qui défend une approche globale de l'accompagnement, marquée par l'empathie, la sollicitude, la recherche des liens de confiance et une posture que l'on peut qualifier de « technique » qui s'attache à la maitrise des différentes mesures ou des dispositifs et au service plutôt qu'à la relation inter-individuelle.
Les récits de vie recueillis auprès des jeunes mettent en évidence trois grandes figures : les « conventionnels » confrontés à une précarité économique forte, des alternances de stages, de

chômage, de petits contrats de travail et disposant d'un faible niveau d'étude ; les « renversés » subissant une grande rupture dans leur parcours, recourant difficilement au système d'aide sociale, éprouvant une grande souffrance et un sentiment d'humiliation ; les « désaffiliés » qui vivent de ressources pour la majorité en marge de l'emploi ou de ressources fournis par les services d'urgence sociale. (Loncle, Muglia)

Effets de l'exposition à un environnement dégradé et précarité socio-économique

Si les effets de l'exposition à des rejets polluants et aux dégradations écologiques sur la santé font l'objet de nombreux travaux, les effets sur la dégradation du bien-être psychologique sont encore peu étudiés. A partir de deux sites à risques et d'un site témoin en France et en Tunisie, les recherches conduites ont exploré comment la situation environnementale, approchée en l'occurrence par la concentration en polluants dans l'air, peut influer sur la qualité de vie perçue des populations concernées. Le projet ESpervie a étudié les conséquences psychosociales sur la qualité de vie et de santé perçues induites par un environnement à fort niveau de pollution atmosphérique en mobilisant conjointement : des indicateurs de cadre de vie, de nuisances environnementales (pollution de l'air, déchets, bruit, insectes, rongeurs) ; de fonctionnalité (espaces verts, structures de soin, déplacements, lieux de loisirs, commerces) ; d'environnement social (relations de voisinage, réputation du quartier, sécurité) ; de l'état de santé. Des comparaisons sont été réalisées sur quatre sites : Martigues, Grenoble, Rennes, Tunisie.
Les recherches mettent en évidence, qu'au-delà de l'exposition à la nuisance, l'évaluation de la gêne et des risques pour la santé occasionnés par une pollution atmosphérique, permettaient d'expliquer une réduction des niveaux de santé mentale et de bien-être psychologique des populations. L'association d'une faible qualité de l'environnement résidentiel et d'une précarité socioéconomique va renforcer l'impact sur la qualité de vie. Les personnes présentant les plus faibles niveaux de santé perçue sont également celles qui se déclarent les plus précaires, le plus souvent sans emploi et présentant le plus faible niveau d'étude. Ces personnes sont les plus nombreuses à considérer qu'elles ont plus de risques d'avoir une pathologie avec la pollution de l'air et à se déclarer très gênées par cette pollution. Ces travaux ont aussi permis de construire un outil d'évaluation de la qualité de vie environnementale, incluant des composantes de la qualité de vie liées aux nuisances et aux pollutions, à l'image sociale du quartier, à sa réputation et aux services disponibles. (Fleury-Bahi, Annabi-Attia)

Qualité des soins : pratiques et indicateurs, information et responsabilité

Les indicateurs sur les parcours de soin ou encore sur les établissements sont de plus en plus mobilisés, notamment, dans les classements comparatifs, pour contribuer à améliorer les pratiques ou à « piloter » la gestion des établissements de soins. Des études de cas sur le rôle du Dossier Anesthésique montrent la diversité de ses usages et plaident en faveur d'une analyse des effets des indicateurs prenant en compte à la fois les conditions de production et le contexte d'utilisation.

.

Analyse l'efficacité de l'usage des indicateurs dans la gestion des établissements de soins hospitaliers

Si les indicateurs et classements peuvent être mobilisés par les cliniciens pour améliorer leurs pratiques ou contribuer à un pilotage des structures où ils exercent, ils apparaissent parfois découplés des activités opérationnelles et, paradoxalement, leur utilisation aboutit à une baisse de la qualité. Analyser l'efficacité des indicateurs de performance des soins implique d'explorer comment ils entrent en relation avec une organisation du travail donnée et ses acteurs.
L'étude des usages de l'indicateur « Tenue du Dossier Anesthésique », généralisé par la haute autorité de santé en 2008, a été réalisée à travers cinq études de cas dans des hôpitaux différents et des entretiens avec les professionnels. Si l'indicateur est utilisé au sein des unités de soin pour améliorer la tenue du dossier anesthésique, il est aussi mobilisé à des fins de négociation entre les chefs de département d'anesthésie et la direction de l'hôpital, dans le cadre des demandes budgétaires ou encore comme base de données nationale exploitable à des fins scientifiques. Paradoxalement, alors

que les usages de l'indicateur sont plutôt mal perçus par les anesthésistes, celui-ci peut contribuer à modifier les pratiques en permettant, par exemple, d'argumenter « scientifiquement » en terme de réduction des risques, de constituer un support pour la recherche de consensus dans les phases de changement ou encore en terme de motivation pour assurer un travail de meilleure qualité. L'action de changement accompagnant l'usage de l'indicateur ne peut être comprise que dans le cours de l'activité et dans le contexte d'usage. (Minvielle)

Conclusions et perspectives

Les résultats scientifiques émanant de l'appel à projets « Vulnérabilité : à l'articulation du sanitaire et du social » (ANR, 2008) montrent la pertinence d'une approche croisée des questions sanitaires et sociales. La notion de vulnérabilité, même si elle donne lieu à des formes de « déconstruction » critique par les chercheurs, apparaît pertinente pour fédérer des recherches de différentes disciplines et pour saisir les évolutions des situations sociales dégradées dans leurs multiples formes, ainsi que les changements de registre d'analyse et d'action visant à prévenir ou limiter les conséquences de ces dégradations.

La notion de vulnérabilité permet bien de contribuer à dépasser la séparation entre social et sanitaire et à renforcer la synergie entre ces domaines de recherche et les communautés scientifiques concernées3.

Les résultats scientifiques des projets financés montrent la pertinence de la démarche choisie pour la définition du périmètre du programme qui s'est appuyée sur une approche inductive de prise en compte des objets scientifiques et d'accompagnement des dynamiques scientifiques. En même temps, le respect des approches spécifiques à chacune des disciplines est un préalable à un meilleur dialogue entre elles ainsi qu'avec les sciences biologiques et médicales.
Ils montrent, également, la nécessité d'une synergie entre les recherches en sciences humaines et sociales sur la santé et l'ensemble des recherches en sciences humaines et sociales « généralistes ».

Du point de vue du débat public et de l'action des différents opérateurs en charge des questions sanitaires et sociales, les résultats proposent à la fois de nouvelles compréhensions des phénomènes en jeu, qu'ils concernent les populations, la qualification des besoins, les formes ou les registres d'action ; mais aussi de nouvelles manières d'appréhender les questions plus transversales qui peuvent contribuer au nécessaire décloisonnement entres secteurs de l'action sanitaire et sociale.

Catherine Courtet
Coordinatrice scientifique
Département sciences humaines et sociales
Agence Nationale de la Recherche

François Rigalleau
Responsable de programme
Agence Nationale de la Recherche

Jean Paul Moatti
Président du Comité d'évaluation
Programme « Vulnérabilités : à l'articulation du sanitaire et du social »

[3] Une très forte proportion des projets articule les composantes sociales et sanitaires.

Les principaux chiffres

Programme thématique en sciences humaines et sociales « Vulnérabilité : à l'articulation du sanitaire et du social » (Edition 2008)

- Nombre de projets soumis 51, mobilisant 122 équipes
- Nombre de projets financés 13
- Financement total 2,6 M €
- Financement moyen par projet : 0,21M€
- Nombre de partenaires : 25
- Comité d'évaluation : 14 membres dont 43% d'étrangers

- Productions scientifiques
- 74 publications dans des revues internationales à comité de lecture
- 65 publications dans des revues françaises à comité de lecture
- 38 ouvrages ou chapitres d'ouvrage publié dans des maisons étrangères
- 176 ouvrages ou chapitre d'ouvrages publiés en français
- 149 communications dans des colloques internationaux
- 138 communications dans des colloques en France

LES PROJETS ANR

Présentation des résultats des projets financés dans le cadre de l'appel à projets « Vulnérabilités : à l'articulation du sanitaire et du social » (ANR, 2008) et de projets sur le même thème financés dans les appels à projets « Gouverner et administrer » (ANR, 2008), « Blanc » et « Jeunes Chercheuses et Jeunes Chercheurs » (ANR, 2007-2008-2010)

Transformation historiques de la définition des catégories et des populations

L'approche historique des dispositifs d'assistance, des procédures, des acteurs impliqués, des terminologies permet de mettre en évidence la genèse des formes de protection sociale, les permanences et les transformations plus radicales, mais aussi, les critères, les problématiques, les valeurs, les catégories de populations concernées. Les trois projets financés ont porté sur :

- les transformations des institutions et des politiques de protection sociale sur la longue durée du XVIe à la période contemporaine, étudiée dans une perspective comparative internationale ;
- les activités de charité, de philanthropie, de bienfaisance autour de 1900 à Londres, New York, Paris, Genève ;
- les institutions et structures d'assistance dans l'agglomération lyonnaise abordée du point de vue de la lutte contre la pauvre-précarité au XXe siècle, de la prise en charge socio-sanitaire de la vulnérabilité psychiatrique, des dispositifs d'aide aux adolescents difficiles au début des années 80.

La création des grands systèmes nationaux de Sécurité sociale est habituellement datée autour d'un moment central à la fin de la seconde guerre mondiale. Mais l'histoire longue (du XVIe au XXe siècle) montre que loin de constituer une nouveauté radicale, les dispositifs et les valeurs sur lesquels reposent ces régimes nationaux existent pour certains depuis le XVIe et d'autres depuis le XIXe siècle.
En prenant en compte l'ensemble des dispositifs, privés et publics (assistance publique, œuvres philanthropiques, action sociale des entreprises, politiques publiques municipales ou étatiques, assurances privées), les travaux mettent en évidence l'hétérogénéité des modes de protection, leur complémentarité ou leur concurrence, la répartition des charges et les transferts de savoir-faire. Dès l'époque moderne, les institutions d'assistance établissent des critères d'éligibilité des populations pouvant faire l'objet d'une aide qui sont à la fois des facteurs de hiérarchisation des populations et de stigmatisation, mais aussi des chainons vers la notion de droits. Seuls sont dignes de l'aide, ceux qui sont dans l'impossibilité temporaire ou durable de travailler et qui n'ont pas de soutien de famille possible. Progressivement au XIXe siècle la vulnérabilité devient un potentiel, un risque plus qu'un état. Des réformes se mettent en place autour du dytique « assistance/prévoyance ». L'Etat n'a pas le monopole sur l'assistance, mais la co-organise avec un secteur privé très puissant. A cette période se met en place une administration moderne qui promeut un programme de rationalisation égalitaire de l'assistance, fixe des règles afin de rompre avec l'arbitraire du don. Les années 1900 permettent un effort de formalisation et d'intégration théorique, les conceptions humanitaires et utilitaristes héritées du passé sont complétées par le droit du travail et les droits sociaux et enfin par un souci de rationalisation scientifique dans la gestion de la société civile, jetant ainsi les bases d'un système unifié de protection sociale. (Rosental, Richard, Aucante)

Qualifiées de « printemps de la charité », les années 1900 connaissent une importante activité de charité, de bienfaisance ou encore de philanthropie. L'analyse des réseaux, des trajectoires sociales des dirigeants, des inscriptions spatiales des œuvres et des personnes, des connexions et circulations internationales des personnes et des institutions permet de caractériser les mondes charitables dans quatre grandes villes : New York, Paris, Genève, Londres. Les activités concernent le secours aux malades dans les hôpitaux, les dispensaires ; le secours aux affligés souffrant d'une incapacité permanente ; le traitement du malheur coupable dans les institutions destinées à l'enfermement des enfants ou adolescents responsables de délits ; les secours aux personnes en détresse économique.

Une grande diversité d'institutions étaient concernées : institutions officielles dépendant des municipalités ou d'autres autorités locales, institutions religieuses, écoles élémentaires…
A New York, la croisade politique et morale pour le « good government » apparait au cœur du monde charitable. La structuration des œuvres charitables se fait autour d'un mouvement évangélique étroitement lié à un mouvement « civique » réformateur dont l'objectif politique est la reconquête de la municipalité. A Paris, la situation est marquée par un noyau central de grandes œuvres généralistes et de congrégations féminines catholiques. A la veille de la séparation de l'Eglise et de l'Etat, l'administration de l'assistance publique et les plus grandes œuvres « neutres » et catholiques sont étroitement liées par les congrégations féminines. La présence de l'Assistance publique dans le noyau central des « œuvres » charitables montre une porosité entre « l'officiel » et le « libre » ou pour reprendre des catégories d'analyse plus contemporaines, entre le public et le privé. (Topalov)

Si le lien entre vulnérabilités sociales et sanitaires s'impose pour certaines catégories de populations comme les personnes âgées ou les handicapés, il est encore peu étudié par les sciences humaines et sociales dans les autres cas. La lutte contre la pauvreté (années 1880 à 1980), les politiques psychiatriques (années 1910 à 1970), le traitement des adolescents en difficulté depuis les années 1970 constituent des terrains de choix pour explorer ce lien, en rapport avec les transformations historiques des politiques publiques à l'égard des multiples formes de vulnérabilités. Ainsi, que l'on s'intéresse à l'accès aux soins psychiatriques, aux politiques asilaires, aux adolescents « difficiles » ou à la composante sanitaire dans le traitement des populations en difficulté sociale, l'approche historique montre combien, en France, comme dans d'autres pays occidentaux, les politiques assistantielles se sont construites sur l'articulation entre pauvreté-précarité et vulnérabilité sanitaire, que cette dernière concerne aussi bien la santé physique que mentale. Les travaux conduits mettent également en évidence l'importance de la coopération entre traitements publics et privés. (Brodiez-Dolino)

Penser la protection. Définition et gestion des populations vulnérables en longue période : approche comparée

(Vulnérabilité - ANR)

Paul-André Rosental rosental@sciences-po.fr Sciences Po/INED Directeur du groupe Esopp/CRH
Elodie Richard elodierichardmenes@yahoo.fr CNRS CRH-Esopp
Yohann Aucante yohann.aucante@ehess.fr EHESS Cespra et Esopp

Enjeux et objectifs

La notion de « population vulnérable » est mobilisée, non pas comme une catégorie que l'on peut sans précautions déplacer dans l'histoire et appliquer rétrospectivement aux groupes innombrables qu'aujourd'hui on définirait comme fragiles (pauvres, enfants, invalides, veuves, etc.), mais comme un marqueur, par ses acceptions successives, des grandes transformations qu'ont connues les notions, les institutions et les politiques de protection sociale sur la longue durée. Certes, stricto sensu, l'emploi de cette expression est relativement récent. L'emploi courant du terme de « population vulnérable » s'impose dans les toutes dernières décennies du XXe siècle. En français comme en anglais britannique, on la voit se fixer dans les années 1950 et stagner jusqu'en 1970 (Royaume-Uni) ou 1980 (France), après quoi elle connaît une double évolution : une croissance plutôt linéaire lorsqu'elle est employée au singulier, mais littéralement exponentielle pour ce qui concerne les populations vulnérables.
On peut néanmoins considérer, que les perceptions et les hiérarchies sociales que recouvrent ce terme remontent au XVIIIe siècle, et que les reformulations qu'il a connues depuis peuvent aider, au-delà de la diversité de nos terrains d'études, à reconstituer une chronologie d'ensemble visant à éclairer certains débats contemporains sur le *Welfare*.

Méthodes et approches

Une approche transversale, comparative et transnationale

L'originalité du projet tient dans la prise en compte de l'ensemble des dispositifs privés et publics (assistance publique, œuvres philanthropiques, action sociale des entreprises, politiques publiques municipales ou étatiques, assurances privées) et ceci dans des secteurs aussi divers que la santé, le logement, l'épargne, les accidents du travail, les handicaps, ils questionnent aussi la dimension du genre.
En plus de la France, quatre autres pays ont été étudiés : le Royaume-Uni, utile contrepoint avec la situation française ; le Japon, premier pays non chrétien à s'être intégré à la « révolution industrielle », ainsi que l'Allemagne, essentielle elle aussi pour comprendre la place des formes territoriales d'assistance, et les Etats-Unis avec les politiques de santé ou de lutte contre la pauvreté.
Surtout, la Scandinavie a fait l'objet d'une recherche spécifique mise en œuvre par Yohann Aucante. Le rôle d'emblème de la protection sociale « universelle » qui est souvent prêté aux pays scandinaves coexiste en effet avec une très forte territorialisation des services et de l'assistance aux populations vulnérables.

Outre cette dimension comparative, le projet présente une forte dimension transnationale par l'étude des interactions entre les nations, qu'elles reposent sur des circulations d'idées et de projets, des réseaux internationaux, des dispositifs légaux (traités bilatéraux, conventions internationales), l'intégration à des organismes internationaux (tels le Bureau International du Travail ou l'Organisation Mondiale de la Santé) ou des constructions supranationales (Union Européenne). A l'œuvre dans la quasi-totalité des secteurs sociaux et sanitaires concernés, cette dimension transnationale est en effet l'un des traits fondamentaux du XXe siècle pour ce qui concerne la définition et les modalités de gestion des populations vulnérables.

Nous avons réuni, dans une problématique intégrée, des spécialistes d'horizons thématiques et nationaux divers, afin de se situer au niveau intermédiaire entre approche théorique et multiplication des cas empiriques fragmentés.

Une équipe pluridisciplinaire

L'équipe porteuse, Esopp (groupe de recherche du Centre de Recherches Historiques UMR EHESS-CNRS), associe des spécialistes de domaines très variés de l'action sociale et sanitaire entendue au sens large : la famille, l'enfance, le genre, les politiques sociales, la santé publique, la santé au travail, les migrations, la segmentation et la sélection de la main-d'œuvre par les entreprises, le logement social. Aucun des membres de l'équipe ne se limite à un type de population vulnérable : toutes et tous travaillent à la charnière entre plusieurs thématiques, et/ou sur plusieurs secteurs d'action parallèles.

Trois grands axes du projet

L'architecture du projet était triple :

- réalisation de monographies thématiques mais articulées (sur l'enfance, les migrantes et migrants, la dépendance, les travailleurs socialement ou sanitairement vulnérables notamment)
- analyse du cadre institutionnel mais aussi conceptuel à travers lequel ont été saisies ces diverses « populations vulnérables » (interaction entre libéralisme et régulation sociale mais aussi eugénisme, présenté ici comme un discours technocratique et scientiste sur l'utilité sociale et économique)
- production d'un modèle global sur les racines et les spécificités des modèles de protection sociale tel qu'ils se reformulent au XXe siècle.

Résultats scientifiques

La création d'une base de données lexicométrique a permis la comparaison de la terminologie de l'assistance et de la protection sociales en France et en Angleterre, au XIXe siècle, à partir des ouvrages du dépôt légal. La prise en compte de la dimension locale et du secteur privé a permis de mieux caractériser les spécificités des pays étudiés (Suède, Angleterre, Allemagne, Amérique, Japon, France), d'établir des comparaisons et de dépasser le schéma d'interprétation qui propose habituellement un passage de l'assistance à la protection sociale.

Si les travaux réalisés confirment la montée en puissance des systèmes nationaux d'assurances sociales au XXe siècle, ils mettent aussi en évidence l'hétérogénéité des modes de protection, les complémentarités, les concurrences et échanges de modèles ouvrant ainsi de nouvelles perspectives de réflexion.

Même si elle est de formulation récente, la notion de population vulnérable peut, sans anachronisme, être identifiée dès le XVIIIe siècle, époque au cours de laquelle elle cesse de caractériser seulement un état (celui qui affecte les populations à secourir), comme c'était le cas au cours de la période moderne, pour désigner un risque. L'ère ainsi ouverte se clôt à l'aube du XXe siècle. La création, dans les années 1930 et 1940, de grands systèmes nationaux de sécurité sociale doit en effet être repensée dans une séquence plus large qui commence autour de 1900 et s'achève autour de 1970. Leur véritable nouveauté réside moins dans le détail de leurs dispositifs que dans la façon dont ils sont financés, articulés et placés au service d'une construction conceptuelle systématique dont les quatre piliers sont les droits humains, les droits sociaux, l'utilitarisme et la rationalisation du travail. Elle s'insère dans une politique plus globale de maximisation du capital humain, que l'on trouve en action dans les régimes autoritaires, mais qui dans les démocraties ouest-européennes constitue une politique de population d'une intensité inédite en période de paix et dans un contexte non coercitif.

La protection sociale dans l'Europe de l'époque moderne

La protection sociale qui se codifie dans l'Europe du XVIe siècle, avec des circulations explicites de notions et de procédés à l'échelle du continent, échafaude un très grand nombre de dispositifs qui sont toujours vivants de nos jours. Son organisation, autour de l'accumulation de patrimoine individuel et de l'institution de protection sociale par excellence qu'est la famille, entraîne des conséquences importantes dont la première est la subsidiarité : la plupart des institutions d'assistance n'interviennent dans la prise en charge des nécessiteux jugés dignes d'être aidés, que si le groupe de parenté proche se révèle inexistant ou défaillant. En effet, les institutions d'assistance, tout en développant souvent des critères plus ou moins formalisés d'éligibilité, expertisent les demandes qui leur sont déposées en jaugeant au cas par cas les ressources dont disposent les demandeurs. La dialectique entre traitement de masse selon des principes standardisés et gestion individuelle, essentielle dans les régimes de protection sociale contemporains, est – en d'autres termes – en place depuis quatre siècles au moins. Cette estimation ne se limite pas aux revenus effectifs des demandeurs. Elle s'étend à leurs ressources potentielles et se traduit, dès le XVIe siècle, par des références à leurs projets, dont on sait la place qu'ils occupent dans la protection sociale contemporaine (si l'on songe en France à des dispositifs comme le RMI puis le RSA).

La codification des droits, ou du moins des critères, se traduit dès le XVIe siècle par la création d'une hiérarchie dans la représentation des populations. Entre le jeune migrant célibataire et la mère isolée d'un enfant en bas âge le choix est rapidement effectué par les communes d'immigration : le premier est digne d'une prise de risque par l'apport potentiel de sa force de travail ; la seconde amène en germe le risque d'avoir à entretenir durablement un bâtard. La formalisation des critères de l'aide, qui constitue un chaînon vers la notion de droits, est aussi un facteur de segmentation, de hiérarchisation et pour partie de stigmatisation, des populations concernées.

La logique de ces dispositifs s'ordonne en effet autour d'une idée explicite de la contribution des personnes à la communauté à laquelle ils appartiennent, que cette contribution passe par l'apport en capital, le savoir-faire professionnel ou la force potentielle de travail. Ces critères établissent à la fois l'attractivité de la personne et son droit à bénéficier d'assistance en cas d'empêchement. La célèbre notion de « pauvres méritants » traduit l'ancienneté de cette conception : seuls sont dignes de l'aide celles et ceux à qui une impossibilité physique temporaire (maladie, accident) ou durable (infirmité, vieillesse) interdit de poursuivre une activité professionnelle.

Cette articulation entre protection sociale et création de valeur, particulièrement vivace dans un régime de protection sociale fondé sur la mutualisation des risques dans des communautés de petite taille privilégiant l'interconnaissance, n'est pas la seule à inscrire dès l'époque moderne le « marché » (en l'espèce le marché du travail) au cœur de la protection sociale. On la retrouve à l'œuvre au sein des régimes de solidarité professionnelle fondée sur la maîtrise d'un métier qualifié et réglementé. Pour cette fraction de la population, certes minoritaire, sont en œuvre dès l'époque moderne des caractéristiques centrales des régimes d'assurances sociales : une mutualisation des risques organisée autour du métier, et le cas échéant le principe de l'obligation de cotisation (qui fut politiquement l'un des plus difficiles à imposer à l'échelle nationale au XXe siècle).

De la correction à la prévention : la mutation des « populations vulnérables » au XIXe siècle

A la fin du XVIIIe siècle s'élabore une synthèse déplaçant les représentations attachées à ce que l'on appellera plus tard les « populations vulnérables ». Comme l'illustre le primat, vers 1800, du terme de « secours », la catégorie des « pauvres méritants » (travailleurs empêchés de gagner leur vie par leur activité, par suite d'une maladie ou d'un accident) est jusque-là considérée comme une fatalité à corriger par l'assistance, que celle-ci soit prodiguée par la famille étendue ou, à défaut, par les collectivités locales et religieuses. Mais progressivement, ce que l'on appellerait aujourd'hui la vulnérabilité devient un potentiel plus qu'un état ; un risque dont une organisation rationnelle de la

société permettrait de se prémunir des effets. Un nombre croissant d'auteurs, parmi lesquels un Süssmilch en Allemagne, un Condorcet en France, imaginent :

- d'anticiper et de prévenir le risque de basculement des familles modestes dans la pauvreté en cas de malheur, en instaurant ce que l'on appellerait de nos jours l'épargne populaire, la prévoyance, voire les assurances sociales ;
- et de confier ainsi à l'État – et non plus aux communautés de proximité immédiate comme la parenté, la paroisse ou la profession – un rôle prééminent dans la lutte contre la fatalité sociale et économique.

Les modes de protection des populations vulnérables au début du XIXe siècle procèdent de ces projets de réformes qui s'articulent autour du diptyque : « assistance-prévoyance ». Cette opposition n'est pas réductible à la distinction entre une protection qui serait soit sociale soit individuelle. En effet, prévoyance et assistance sont conçues comme les deux facettes d'une « politique publique » à l'égard des pauvres, qui s'adresse à deux populations distinctes : d'un côté « les pauvres » (*the poor*), travailleurs indépendants mais dépourvus de patrimoine, qu'il faut mettre à l'abri des aléas de l'existence ; de l'autre « les indigents » (*the pauper*) c'est-à-dire les pauvres privés de travail et exposés à une mort certaine sans l'assistance d'autrui. Pour prévenir le basculement d'une catégorie à l'autre, on compte sur les institutions de prévoyance. Le développement des caisse d'épargnes en Europe, à partir des années 1810, réalise ce projet d'une « assurance du peuple », garantie par l'État, de pouvoir survivre à l'épreuve de la maladie, de l'accident ou de la vieillesse, assurance dont on espère qu'elle réduira l'assistance au rang de palliatif, réservé à la population considérée comme la plus vulnérable, les enfants abandonnés.

Face à un secteur privé très puissant, l'Etat n'a pas le monopole de l'assistance

Mais pour ce qui concerne l'assistance, on observe, même dans la France post-révolutionnaire, de fortes continuités avec l'Ancien régime. Celles-ci se manifestent tout d'abord dans le maintien des lieux où elle est dispensée : hôpitaux, bureaux de bienfaisance pour l'aide à domicile, monts-de-piété. Cette continuité concerne également le statut ainsi que le mode de financement de l'assistance. Cette dernière est en effet un droit en Angleterre, susceptible d'être réclamé par voie judiciaire, et financé par la taxe des pauvres. En France, elle reste une « libéralité », un « bienfait » dispensé par des établissements relativement autonomes, financés par des dons et biens propres et dont l'administration est confiée à des commissions de notables bénévoles. La protection directe de l'Etat ne concerne que certaines catégories de personnes : les enfants et les aliénés qui bénéficient d'une assistance obligatoire pour des motifs d'ordre public, les enfants sourds et aveugles éduqués dans des établissements généraux, et les fonctionnaires, bénéficiaires de pensions de retraites en récompense de leurs services. L'État n'a aucun monopole sur l'assistance, il la co-organise avec un secteur privé très puissant dont l'assistance publique se distingue assez peu, puisqu'elle reste facultative et qu'elle n'est pas financée par l'impôt.

La naissance des services publics : rompre avec l'arbitraire du don

C'est cependant au cours de cette période que se met en place une administration moderne, relativement unitaire, qui s'approprie les tâches traditionnelles de « la police » d'Ancien régime, l'assistance des pauvres et l'hygiène, en les redéfinissant comme des fonctions de l'Etat, des « services publics ». Cette construction institutionnelle et théorique s'appuie sur le caractère « public » des principaux établissements de bienfaisance et sur la reconnaissance d'une «utilité publique » pour de nombreuses institutions privées (notamment, les crèches et les orphelinats). La régulation étatique de ce domaine de l'action publique se fait dans le sens d'une répartition plus homogène de l'aide sur le territoire. En France, la législation post-révolutionnaire entend s'appuyer sur l'échelon local pour diffuser dans les campagnes une assistance jusque-là concentrée dans les grandes villes. Cette régulation entre dans un programme de rationalisation égalitaire de l'assistance fondée désormais sur des règles fixes afin de rompre avec l'arbitraire du don. Elle participe par ailleurs d'un programme général d'action sur la santé et la moralité des populations, concomitant du développement de

l'hygiène publique comme science de gouvernement. Ainsi, au début du XIXe siècle, les enfants indigents sont les seuls à être soumis en France à l'obligation scolaire et à celle de la vaccination.

- **Hiérarchiser les populations vulnérables : restreindre l'assistance aux personnes placées dans l'incapacité absolue de travailler**

Le niveau de protection demeure cependant très faible tant dans le montant de son financement que dans la population concernée. Ces restrictions procèdent de la volonté du législateur de restreindre l'assistance aux personnes placées dans une incapacité absolue de travail. Cette sélection repose sur un travail de hiérarchisation des populations vulnérables dans les règlements d'admission et aussi les classifications des pauvres. Fondées sur le critère des causes de la pauvreté, ces classifications distinguent les indigents en fonction de leur capacité au travail. L'opposition valide/invalide séparait en effet depuis le Moyen-âge, deux sortes d'aides : l'assistance sans contrepartie ou la fourniture de travail. La nouveauté de ces classifications réside dans l'attention qu'elles portent aux causes de l'indigence des valides : l'absence d'emploi ou de l'insuffisance du salaire. Les indigents valides sont ceux dont la protection suscite le plus de débats. Ils sont en effet écartés des secours publics gratuits dont on redoute qu'ils ne les dissuadent de travailler. Ils peuvent bénéficier d'une assistance par le travail, généralement prise en charge par les œuvres privées, mais toujours très controversée.

- **Emergence du principe de l'obligation dans le domaine de l'assistance et de la prévoyance**

Dans les années 1880-1890 se diffuse le principe de « l'obligation » dans le domaine l'assistance et de la prévoyance. Le modèle « bismarckien » des assurances professionnelles obligatoires suscite des résistances dans de nombreux pays, et notamment en France où, en revanche, le principe de l'obligation s'impose progressivement dans le domaine de l'assistance. À partir de 1893, l'assistance médicale gratuite est « due » à tout français privé de ressources : même si la doctrine juridique refuse de voir dans cette rupture avec le caractère facultatif de l'aide, la naissance d'un véritable « droit à l'assistance », elle crée une systématicité qui s'en rapproche.

1900-1970, ou la systématisation

Les contributions et reformulations que le XIXe siècle a apportées au socle le plus ancien (et le plus pérenne) relativisent elle aussi les révolutions du siècle passé en matière de protection sociale. Saisies individuellement, la grande majorité des procédures, critères, problématiques, valeurs associées à la protection sociale contemporaine ont été fabriquées dans le cadre de sociétés fort différentes de la nôtre : plus rurales, moins instruites, plus fondées sur la propriété, plus marquées par un encadrement (et un référentiel) religieux, notamment.

Dans une large mesure la grande innovation du XXe siècle, à savoir la marche vers des régimes nationaux d'assurance sociale, a été la conséquence d'un effort de systématisation conceptuelle. Son éclosion institutionnelle dans les années 1930 (Suède) ou 1940 (France ou Royaume-Uni), souvent spectaculaire et présentée comme telle, a durablement masqué le fait que son ordonnancement théorique avait été édifié dans les deux décennies du tournant du siècle. Ce n'est que depuis une quinzaine d'années que l'historiographie rend massivement justice au travail opéré, dans les décennies 1890 et 1900 notamment, par ce milieu de réformateurs sociaux – politiques, administrateurs, savants, activistes des deux sexes – qui, tantôt sous la pression du mouvement ouvrier, tantôt en complicité avec lui, ont jeté les bases de ce qui allait devenir la protection sociale contemporaine.

- **La réforme sociale en 1900**

La grande caractéristique de la réforme sociale sous sa version 1900 est son effort de formalisation et d'intégration théorique. Deux de ses piliers sont repris du passé : une conception humanitaire qui s'affirme comme telle et qui est un lointain héritage du doit des gens, de la notion de *civitas* assortie de droits à la dignité et de valeurs confessionnelles. Le second pilier peut, faute de mieux, être qualifié d'utilitariste car il consiste à affirmer le rôle de la protection sociale pour non seulement apporter une aide aux populations dans le besoin voire prévenir leurs risques, mais en retour contribuer au bon

fonctionnement général de l'économie, par le biais de la fluidification du marché du travail, de la constitution de capitaux collectifs, et de l'aide à la consommation. À ces deux piliers hérités du passé, les réformistes en ajoutent un troisième qu'ils sont alors parallèlement en passe d'édifier : le droit du travail et les droits sociaux.

Utilité, droits humains, droits sociaux : tel est l'alliage entre des matériaux ancien dans lequel s'est forgé le socle des régimes nationaux de protection sociale. Une quatrième composante majeure s'y est rapidement ajoutée : le souci de rationalisation scientifique, appliqué au premier chef à l'organisation du travail (Thomas Cayet) mais qui a débordé dans les domaines les plus divers en se traduisant, dans le premier XXe siècle, par la multiplication des politiques publiques tournées vers la gestion de la société civile. Dès l'entre-deux-guerres, des politiques de population d'une ambition sans précédent dans un contexte pacifique et non coercitif, sont mises en place qu'elles concernent la santé publique, le logement et l'urbanisme, l'approvisionnement en migrants étrangers, la canalisation des ruraux vers les villes et les industries ou, un peu plus tard, les politiques de formation professionnelle.

- **Le moment 1945**

L'histoire de la protection sociale est, notamment en France, d'ordinaire articulée autour d'une date pivot, 1945, marquée par la création de grands systèmes nationaux de sécurité sociale. Systématisation de processus entamés depuis plus d'un demi-siècle (intervention résolue de l'État ; extension des régimes d'assurances sociales), elle symbolise la reconnaissance politique du salariat, qui cesse d'être perçu comme un statut par défaut, marquant l'impossibilité de se protéger par la constitution d'un patrimoine professionnel. Les travaux réalisés remettent en cause la signification et la centralité du « moment 1945 » (ou, plus généralement si l'on veut parler des autres pays européens, du deuxième tiers du XXe siècle). Loin de constituer une nouveauté radicale, les dispositifs et les valeurs sur lesquels ils reposent sont, pris individuellement, pour la plupart en place dès l'époque moderne, ou pour les plus récents depuis le XIXe siècle. Leur combinaison, en revanche, qui se met progressivement en place à compter du début du siècle, est originale. Entre autres choses elle n'est pas seulement pensée comme un tout intégré mais comme une pièce d'un ensemble destiné à la rationalisation et à la maximisation du capital humain : le développement concomitant des dépenses d'éducation et de protection sociale en est sans doute l'illustration la plus spectaculaire.

La protection sociale à la période contemporaine : déclin ou expansion ?

Les tournants structurels des années 1970-1980 (apparition d'un chômage d'ampleur plus massive et durable que dans les années 1930, montée en puissance des mouvements sociétaux par rapport aux mouvements sociaux) ont été plus visibles que la transformation idéologique qui s'opère alors : la dissociation entre les quatre piliers qui avaient soutenu l'édification du Welfare. L'autonomisation des droits humains (qui ne constituent nullement une innovation de la période mais qui prennent le rang de valeurs autonomes) ; l'idée, inspirée du néolibéralisme mais reprise par la gauche y compris réformiste, d'une dissociation entre le marché producteur de richesses et la protection sociale correctrice des inégalités ; rendent illisible aux yeux des contemporains les principes qui avaient fondé l'extension de la protection sociale. Il en résulte une opacité sur ses fonctions, accentuée par la focalisation sur ses déséquilibres financiers structurels, alors que la première question est de savoir comment elle peut opérer hors du régime de croissance économique qu'elle a été conçue pour favoriser, et qui a marqué sa progression au XXe siècle.

L'expansion lexicométrique du recours à l'expression « populations vulnérables » est un signe et un produit de cette opacité. Elle résulte de la combinaison entre deux dynamiques d'orientations pratiquement opposées dans leurs causes. La première peut être considérée comme une conséquence et une réaction à l'effort de systématisation productiviste détaillé précédemment. Parce que la croissance a eu lieu, et parce qu'en termes relatifs elle a plus souvent favorisé les classes moyennes (elles-mêmes en expansion démographique) plutôt que les milieux « dominés » qu'on associait alors à la classe ouvrière, la redistribution a cessé d'être considérée comme un sous-produit, comme une conséquence automatique de l'expansion économique. Elle devient un objectif en soi à partir des

années 1970, décennie depuis laquelle l'usage du terme « redistribution » progresse considérablement, assorti du qualificatif « sociale » en France, et « économique » au Royaume-Uni.
Cet avènement de la redistribution comme visée (et plus seulement comme valeur dans une société démocratique) va de pair avec un changement dans la définition des populations bénéficiaires. Alors que les « pauvres » prennent la place occupée depuis des décennies par la classe ouvrière, mouvement particulièrement manifeste dans les pays où s'effondrent électoralement les partis communistes locaux, l'émergence de formes de radicalisme politique attentives au sort des minorités (femmes, immigrants), et des victimes de contrôle voire de coercition étatiques (des prisonniers aux couples et familles « atypiques »), diffractent l'attention sur des causes de plus en plus diverses. Dans le même temps la remise en cause des statuts d'emploi stables crée des failles dans le système de protection, en augmentant la diversité et les effectifs des populations qui, de manière temporaire ou définitive, ne peuvent plus accéder à une couverture sociale liée à l'activité professionnelle.

Même si dans tous les pays, et sous des formes diverses, la vieille association entre travail et protection sociale demeure, voire est renforcée, à mesure que la crise se prolonge, par des dispositifs supposant la reprise d'emploi, se répand l'idée que la redistribution doit désormais englober ou privilégier les populations durablement éloignées de l'emploi – ce que l'on appelle parfois la « protection sociale passive ». Elle renforce le glissement vers une conception qui, parfois qualifiée du terme neuf de « sociétale », marque en fait le retour à la casuistique classique des populations vulnérables en mêlant des populations jugées inaptes au travail ou discriminées sur le marché du travail en raison de caractéristiques personnelles (jeunes, mères isolées, minorités visibles, handicapés, obèses…), selon le mécanisme de « files d'attente » décrit par les économistes et confirmés par les sociologues.
Par ce biais les deux dynamiques que nous avons décrites, bien que d'origines opposées, se révèlent convergentes par leur conséquence : la dissociation partielle de la protection sociale par rapport au travail, un processus masqué par la sévérité avec laquelle, parfois, sont réactivées de nos jours dans plusieurs pays des dispositions conditionnelles inspirées d'un esprit de workfare. En effet aux typologies classiques sur le fonctionnement de l'État-Providence s'ajoutent désormais des différenciations fondées sur la façon dont les États se positionnent par rapport à l'alliance socio-productiviste du milieu du XXe siècle, soit en accentuant l'idéal redistributif assigné comme fin ultime à l'État social, soit en en revenant, par la « vieille-nouvelle » notion de social invetsment state, à cette association organique entre protection sociale et économie de marché.

C'est, en d'autres termes, la manière de se positionner par rapport à leur histoire qui pose les régimes nationaux de protection sociale. Dans cette optique il est essentiel de recontextualiser le moment 1945 – ou, dans d'autres pays que la France, de l'instauration des régimes nationaux d'assurances sociales vers le milieu du XXe siècle. Cette période a indéniablement transformé le régime de protection sociale d'un grand nombre de sociétés industrialisées, dans un sens qui a effectivement consolidé la condition salariale. Mais en se concevant et s'affichant elle-même comme une rupture – alors qu'elle consistait le plus souvent en une systématisation encore incomplète de régimes d'assurances sociales préexistants – l'instauration de régimes nationaux de sécurité sociale a contribué à diminuer l'intelligibilité des innombrables mécanismes et systèmes de valeur qui, depuis l'époque moderne, s'entremêlent dans la protection sociale, d'où l'intérêt de saisir la continuité, ou la lente transformation, de ses rouages et de ses normes.

Conclusions

L'un des produits de la recherche que nous avons menée est de montrer comment ces principes et ces modalités d'action ont imprégné les politiques mises en place après la Seconde Guerre Mondiale par la Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier. Loin d'être indifférente au « social », l'Europe des Trente Glorieuses emprunte une conception des politiques sociales qui est celle qu'a promue le BIT au cours du premier XXe siècle. Ses priorités (la mobilité de la main-d'œuvre, la réhabilitation des travailleurs victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, la formation

professionnelle notamment) ne sont compréhensibles que si l'on reconstitue l'alliage qui a été forgé autour de 1900 par les véritables pères (et mères) fondateurs d'une conception étendue de la protection sociale. « Étendue » non seulement parce qu'il s'agissait de la transposer au niveau national et d'en faire un droit bien codifié, mais aussi parce qu'elle charriait avec elle une conception du marché et de la croissance économique, laquelle était expressément conçue comme la façon la meilleure d'opérer une redistribution des richesses nationales.
Cet alliage a façonné l'histoire de la protection sociale de 1900 environ aux années 1970. La symbolique attachée à l'année 1945 dans un pays comme la France a contribué, elle aussi, à en diluer le souvenir. Or il importe plus que jamais d'en expliciter les éléments et la logique d'organisation, car leur intelligibilité fournit quelque recul dans les débats contemporains sur l'avenir du Welfare.

Perspectives

Le projet a débouché sur un programme de recherche en cours du Pres Paris-Cité sur les formes comparées de précarité en période de croissance (France et Japon durant les Trente Glorieuses et Chine aujourd'hui). Plus généralement, les conclusions de notre projet ont ouvert un travail comparatif entre l'établissement du droit social dans l'Europe de 1900, et dans la Chine d'aujourd'hui. Ce travail met en avant de nombreuses similarités entre ces deux processus, et amènent ainsi à revisiter le sens et les effets de la mondialisation en cours.
Enfin, la mise en évidence de la place de l'utilitarisme dans le développement des régimes sociaux et sanitaires du XXe siècle est l'une des racines du projet ERC Advanced Grant From silicosis to silica hazards actuellement conduit par Paul-André Rosental.

Productions scientifiques

Directions d'ouvrages ou de numéros spéciaux de revue

AUCANTE Yohann, *Les démocraties scandinaves. Des systèmes politiques exceptionnels ?*, Paris, Armand Colin, 2013.

LENGWILER Martin et MADARASZ Jeannette (ed.): *Das Präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*, Bielefeld: transcript, 2010.

RAINHORN Judith, Direction du numéro thématique « History of the Workplace: Environment and Health at Stake », European Review of History (Routledge), special issue, vol. 20/2, 2013.

ROSENTAL Paul-André Direction du numéro thématique « Eugenics after 1945 », Journal of Modern European History, 10, 4, 2012 (avec Regula Argast).

Articles dans revues à comité de lecture

AUCANTE Yohann, « L'antimodèle : les racines de la critique de la social-démocratie en Suède après 1945 », *Nordiques*, n° 25, 2013, p. 23-35.

CAPUANO Christophe (avec Fabrice Cahen), « Une guerre inachevée ? La poursuite de la répression anti-avortement après Vichy (France, 1940-1944) », *Vingtième siècle*, n° 111, juillet-septembre 2011, p. 119-131.

CAYET Thomas et ROSENTAL Paul-André, « Politiques sociales et marché(s). Filiations et variations d'un registre transnational d'action, du BIT des années 1920 à la construction européenne et à la Chine contemporaine », Le Mouvement Social, 243, 3, 2013, p. 3-16 .

DOUKI Caroline, « Protection sociale et mobilité transatlantique : les migrants italiens au début du XXe siècle », Annales HSS, 66, 2, 2011, p. 375-410.

DOUKI Caroline « Compter les “retours’’ d’émigrants dans l’Italie du début du XXe siècle : conventions statistiques, libéralisme économique et politique publique » Revue Européenne des Migrations Internationales, novembre-décembre 2013.

DOUKI Caroline, « Entre discipline manufacturière, contrôle sexué et protection des femmes : recrutement, encadrement et protection des jeunes migrantes italiennes vers les usines textiles européennes (France, Suisse, Allemagne) au début du XXe siècle», in Manuela Martini et Philippe Rygiel (éd.), « Genre, filières migratoires et marché du travail. Acteurs et institutions de la société civile en Europe au XXe siècle », dossier *Migrations Société*, n°127, 2010-1, p.89-120.

DOWNS Laura, « ‘Nous plantions les trois couleurs’ : Action sociale féminine et recomposition des politiques de la droite française. Le cas du mouvement Croix-de-feu et du Parti social français, 1934-1947 », Revue d’histoire moderne et contemporaine 58-3, juillet-septembre 2011, 118-62.

DOWNS Laura, « Enfance en guerre : Les évacuations d’enfants en France et en Grande Bretagne, 1939-1940 », Annales, H.S.C. 66-2, avril-juin 2011, 413-48.

RAINHORN Judith, « Banning white lead: French and American Experiences in a comparative perspective (early twentieth century) », European Review of History, special issue « History of the Workplace: Environment and Health at Stake », vol. 20/2, 2013, p.197-216.

RAINHORN Judith « L’épidémiologie de la bottine ou l’enquête médicale réinventée. Alice Hamilton et la médecine industrielle dans l’Amérique du premier XXe siècle », Gesnerus. Swiss Journal of the History of Medicine and Science, vol. 69/2, 2012, p. 330-354.

RAINHORN Judith, « Le mouvement ouvrier contre la peinture au plomb : stratégie syndicale, expérience locale et transgression du discours dominant au début du XXe siècle », *Politix*, vol. 23, n°91/2010, p. 9-26.

ROSENTAL Paul-André, « Migrations, souveraineté, droits sociaux. Protéger et expulser les étrangers en Europe du XIXe siècle à nos jours », Annales HSS, 66, 2, 2011, p. 335-373.

ROSENTAL Paul-André « Eugenics and social security in France before and after the Vichy regime », Journal of Modern European History, 2012, 10, 4, p. 540-561.

Chapitres dans ouvrages collectifs

AUCANTE Yohann, « Les démocraties scandinaves sont-elles exemplaires ? », in J-V Holeindre, B. Richard, *La démocratie. Histoire, Théories, Pratique*s, éd. Sciences Humaines 2010, p. 213-221.

AUCANTE Yohann, « (Social-)démocratie et capitalisme : la trajectoire scandinave », in Alain Bergounioux, Daniel Cohen (dir), *Le socialisme à l’épreuve du capitalisme*, Fayard, 2012, p. 153-164.

CAPUANO Christophe, « Réseaux familialistes, Bureau international du Travail et construction des politiques natalistes et familiales en Europe occidentale de la fin des années 1920 aux années 1950 » in Isabelle Lespinet-Moret, Vincent Viet (eds), *L’organisation internationale du travail. Origine, développement, avenir*, Rennes, PUR, 2011, p.53-62.

DOUKI Caroline, ROSENTAL Paul-André, « Dosages et contournements des droits des migrants dans un espace international : France, Italie, Tchécoslovaquie, 1900-1940 », in Jean-Paul ZUNIGA (éd.), Pratiques du transnational. Terrains, preuves, limites, Paris, La Bibliothèque du CRH, EHESS, 2011, p. 21-35

DOWNS Laura, « Une structure d'action et de mobilisation familialistes à l'échelon transnational : La Ligue internationale pour la Vie et la Famille (1927-1939) » in Olivier Dard et Nathalie Sevilla (eds), *Le phénomène ligueur en Europe et en Amerique*, Metz, Centre de recherche universitaire lorrain site de Metz, 2011, p.133-146.

DOWNS Laura, « Pour conquérir les 'milieux de la haine'. L'action sociale féminine du mouvement Croix de feu et la socialisation de la politique dans la droite française, 1935-1946 », in Myriam Cottias, Laura Lee Downs, Gérard Jorland et Christiane Klapisch-Zuber, *Le corps, la famille et l'Etat, hommage à André Burguière*, PUR, Rennes, 2010, p. 285-95.

FROUARD Hélène, « Loger les travailleurs », in *Dictionnaire historique du patronat*, A. Chatriot, J.-C. Daumas, D. Fraboulet, P. Fridenson et H. Joly (eds), Paris, Flammarion, 2010, p. 397-940

LENGWILER Martin : Competing Globalizations. Controversies Between Private and Social Insurance at International Organisations (1900-1960), in: Robin Pearson (ed.). *The Development of International Insurance*, London: Pickering & Chattoo, 2010

LENGWILER Martin : Konjunkturen und Krisen der Verwissenschaftlichung der Sozialpolitik im europäischen 20. Jahrhundert, in: *Archiv für Sozialgeschichte,* 2010, Themenschwerpunkt „Verwissenschaftlichung von Politik im 20. Jahrhundert, 2010

LENGWILER Martin : Competing Appeals: the Rise of Mixed Welfare Economies in Europe, 1850-1945, in: Geoffrey Clark (ed.), *Appeals of Insurance*, erscheint bei Toronto University Press, S. 173-200, 2010-09-21

LENGWILER Martin : Sozialstaat aus philanthropischer Sicht – Die Debatten der Schweizerischen Gemeinnützigen Gesellschaft um Versicherungsfragen (1800-1950), in: Beatrice Schumacher (ed.), *Freiwillig verpflichtet, Einblicke in die Geschichte der Schweizerischen gemeinnützigen Gesellschaft, 1810-2010*, Zürich: NZZlibro (20 pages; ce livre est paru en deux versions: un allemand et l'autre français).

LENGWILER Martin : Signifikanzen der Sicherheit: Intendierte und nicht-intendierte Erkenntnisse der sozialstaatlichen Prognostik (1918-1970), in: Jakob Vogel, Heinrich Hartmann (ed.): *„Prognosen": Zukunftswissen und Expertise in Wirtschaft, Politik und Gesellschaft*, Frankfurt/M.: Campus 2010, p. 33-54.

LENGWILER Martin, LEIMGRUBER Matthieu : Zweiter Weltkrieg und Transformationen der Sozialpolitik: Die Schweiz im europäischen Vergleich, Einleitung zu: dies. (ed.): Umbruch an der „inneren Front: *Krieg und Sozialpolitik in der Schweiz, 1938-1948*, Chronos-Verlag, Zürich 2009, p.9-46.

LENGWILER Martin: Das verpasste Jahrzehnt: Krankenversicherung und Gesundheitspolitik in der Schweiz, 1938–1949, in: Martin Lengwiler, Matthieu Leimgruber (ed.): *Umbruch an der „inneren Front": Krieg und Sozialpolitik in der Schweiz, 1938-1948*, Chronos-Verlag, Zürich 2009, p. 165-184

RAINHORN Judith (avec Coralie Dumontier)« Faire l'histoire d'un conflit manqué. Pollution environnementale et risques sanitaires autour de Metaleurop-Nord, 1970-2003», dans Thomas Le Roux, Michel Letté (dir.), Débordements industriels. Environnement, territoire et conflit, XVIIIe-XXIe siècles, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013, p. 377-397.

RAINHORN Judith « Workers Against Lead Paint: How Local Practices Go Against the Prevailing Union Strategy (France, at the Beginning of the 20th c.) », in Lars Bluma, Karsten Uhl (eds.), Kontrollierte Arbeit – Disziplinierte Körper? Zur Sozial- und Kulturgeschichte der Industriearbeit im 19. und 20. Jahrhundert, Transcript Publ. / Ruhr-Universität Bochum, 2012, p. 137-161.

RAINHORN Judith « The Fight Against Lead Poisoning in the Paint Industry: A Comparison between the French and American Experiences, 1900-1940 », in Paul Blanc, Brian Dolan (eds.), At Work in the World: Proceedings of the Fourth Conference on the History of Occupational and Environmental Health, Perspectives in Medical Humanities series, San Francisco, University of California Press, 2012, p. 169-172.

RAINHORN Judith, « De l'enjeu invisible à l'outil de mobilisation : le syndicalisme ouvrier à l'épreuve du saturnisme des peintres (France, début du XXe siècle) », in Catherine Omnès, Nicolas Hatzfeld, Eric Geerkens, dir., *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19e-20e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2011, p. 213-229.

RICHARD Elodie, « La bienfaisance publique selon J.-M. de Gérando. Les racines administratives et savantes de l'observation et de la classification des pauvres (1820-1840) », in J.-L. Chappey, C. Christen et I. Moullier, « Observer, normaliser, réformer la société française du premier XIXe siècle. Joseph-Marie de Gérando (1773-1842) au carrefour des savoirs », Presses Universitaires de Rennes (à paraître).

ROSENTAL Paul-André, « Expertise and the evolution of private law: The case of occupational illness in twentieth-century France », in Michael Lobban et Julia Moses (eds), The impact of Ideas on Legal Development, Cambridge: Cambridge University Press, 2012, p. 244-264.

ROSENTAL Paul-André « Civil status and identification in 19th century France: a matter of State control? », in Keith Breckenridge & Simon Szreter (eds), Registration and Recognition. Documenting the Person in World History, Oxford, Oxford University Press for the Proceedings of the British Academy series, 182, 2012, p. 137-165

ROSENTAL Paul-André « Verletzbarkeit und Verkettung von Ereignissen: Ein Zeugnis der modernen Epoche » [Vulnérabilité et enchaînement des événements : un témoignage de l'époque moderne], in Anders Brändström & Svante Norrhem (eds), Människan, arbetet och historien. En vänbok till professor Tom Ericsson, Université d'Umeå, Umeå, 2012, p. 59-75

ROSENTAL Paul-André, « Les patrons et l'immigration », in Jean-Claude Daumas et al. (eds), *Dictionnaire historique des patrons français*, Paris, Flammarion, 2010, p. 902-908 (avec Manuela Martini).

THOMANN Bernard, « Occupational health in Japan during the '15 years war'», in Brian Dolan and Paul Blanc, (eds.) At Work in the World: Proceedings of the Fourth International Conference on the History of Occupational and Environmental Health, Perspectives in Medical Humanities, University of California Medical Humanities Consortium, University of California Press, 2012, pp.89-93.

THOMANN Bernard « Labour relations during the years of high growth », in LUCKEN Michael, BAYARD SAKAI Anne, LOZERAND Emmanuel (ed.), Japan's Postwar, London, Routledge, 2011, pp. 254-267.

Universalisation, fragmentation ou individualisation ? Définition, redéfinitions et gestion des populations vulnérables depuis 1900 : une approche globale, comparative et croisée (Penser la protection)

Coordinateur

Paul-André Rosental rosental@sciences-po.fr Sciences Po/INED Directeur du groupe Esopp/CRH

Contact

Hélène Frouard hfrouard@ehess.fr
Site Esopp http://esopp.ehess.fr/
Site dédié au projet Vulnérabilités/ANR : http://vulnerabilites.hypotheses.org/

Philanthropes en 1900 (Londres, New York, Paris, Genève) : une approche par les réseaux

(Vulnérabilité – ANR 2008)

Christian Topalov, directeur d'études à l'EHESS, Centre Maurice Halbwachs (CNRS-EHESS-ENS)

Enjeux et objectifs

Cette recherche a pour propos de produire une sociographie des mondes charitables et philanthropiques dans quatre grandes villes autour de 1900.
« Charité », « philanthropie », « bienfaisance », « réforme » : ce sont des termes d'époque. Nous n'avons pas voulu les considérer comme des concepts que nous aurions à définir, nous avons suivi les acteurs, leurs définitions propres et leurs interactions institutionnelles. Un fil directeur, néanmoins, pour le choix des institutions dites « réformatrices » et l'articulation avec l'étude des œuvres : le monde des œuvres charitables, que l'on dirait aujourd'hui « de terrain », a été la matrice des entreprises réformatrices visant à prévenir plutôt que guérir, à changer les institutions plutôt que les individus.
Quatre villes ont été retenues : Londres, New York, Paris, Genève. Des villes qui sont en elles-mêmes des mondes sociaux, divers à bien des égards (notamment du point de vue de la confession dominante), des villes aussi entre lesquelles les circulations de personnes et de modèles étaient intenses.
1900 : un « printemps de la charité ». Partout, une floraison d'initiatives charitables et réformatrices. Des acteurs qui ignorent les chemins de l'avenir (notamment les divergences futures d'organisation de l'Etat social) et qui peuvent donc imaginer cet avenir librement.

Méthodes et approches

La sociographie que nous produisons vise à une description aussi fine que possible des mondes formés par les œuvres et sociétés, d'une part, les personnes affiliées à celles-ci, de l'autre. Les personnes lient les œuvres entre elles, et les œuvres les personnes. Nous pratiquons un aller-et-retour constant entre l'analyse structurale de vastes ensembles et l'analyse micro-sociale à l'échelle de l'œuvre, de l'individu, du quartier.
Les sources des bases « Charity » sont des répertoires des œuvres produits par des activistes qui entendaient, dans leurs villes respectives, « organiser la charité » et la rendre plus « scientifique » :

- à Londres et à New York, les Charity Organisation Societies ;
- à Genève un banquier philanthrope dirigeant de la branche locale de la Société suisse d'utilité publique ;
- à Paris, deux sources distinctes nous permettent de comparer deux « points de vue » sur le monde charitable : l'Office central des œuvres de bienfaisance, une entreprise « neutre » à l'initiative de catholiques ralliés appuyés par la Société d'économie sociale et le gouvernement républicain opportuniste ; le Manuel des œuvres, des catholiques intransigeants héritiers du vicomte de Melun.

Nous utilisons principalement quatre méthodes de traitement de ces données massives :

- l'analyse des réseaux qui organisent ces mondes,
- l'analyse des propriétés et trajectoires sociales de leurs dirigeants (en particulier par l'analyse des correspondances multiples),
- l'analyse des inscriptions spatiales des œuvres et des personnes,
- l'analyse des connexions et circulations internationales des personnes et des institutions.

Résultats scientifiques

Ampleur et frontières des mondes charitables : un tableau inattendu

Secourir les malheureux, prévenir leur malheur

Les répertoires charitables retenus suggèrent que le contenu institutionnel donné aux termes charity, charité, bienfaisance, philanthropie était assez semblable dans ses grandes lignes pour les villes étudiées. Il y avait certes des différences dans le tracé des frontières, mais il y avait aussi un noyau central du monde charitable qui était globalement dessiné de la même façon. Ce dessin, toutefois, était très différent de ce qu'on regarde généralement aujourd'hui comme relevant de l'action philanthropique.
Les répertoires charitables étaient conquérants. Ils débordaient très largement les œuvres considérées légalement comme charities ou fondations reconnues d'utilité publique, ils débordaient aussi le périmètre de l'initiative charitable des particuliers puisqu'ils annexaient tous les institutions officielles qui touchaient aux mêmes objets. Ils n'incluaient pas seulement les œuvres qui secouraient des malheureux, mais aussi celles qui s'efforçaient de prévenir leur malheur ou d'en réparer les effets – par l'éducation, la prévoyance, la science, l'exhortation morale et religieuse. Ils étaient enfin œcuméniques : ils ne faisaient pas seulement place aux œuvres inspirées par la confession dominante, mais aussi à celles des confessions minoritaires ou qui se présentaient comme neutres du point de vue religieux.

Quatre ensembles sont particulièrement constants dans la définition du monde charitable. Nous utiliserons pour les désigner le lexique de la COS (Charity Organisation Society) de Londres :

- Relief in sickness : les secours aux malades. Il s'agit encore très largement d'institutions qui s'adressent principalement aux démunis : hôpitaux, dispensaires, visites aux malades. Les nomenclatures tendent toutefois à distinguer de plus en plus des spécialités médicales et des publics (les femmes en couches, notamment).
- Relief in affliction : les secours aux affligés. Ce sont les institutions qui se consacrent aux malheureux qui souffrent d'une incapacité permanente qui les empêche de vivre et de travailler normalement : aveugles, sourds-muets et, énumérées et caractérisées de façon diverse, des incapacités d'ordre mental.
- Reformatory : le traitement du malheur coupable. Ce sont d'abord les institutions destinées à l'enfermement éducatif des enfants et adolescents qui se sont rendus coupables de délits mais sont trop jeunes pour pouvoir être condamnés à la prison, mais aussi les institutions chargées rééduquer ou protéger des sujets mineurs en danger et potentiellement coupables : enfants, adolescents, femmes seules.
- Relief in distress : les secours aux personnes en détresse économique, temporaire ou permanente. Cette catégorie d'œuvres est au cœur des controverses réformatrices. Faut-il secourir, et à quelles conditions, des sujets qui seraient physiquement capables de gagner leur vie (les « valides ») ou qui auraient dû, en des temps meilleurs, épargner en vue des moments difficiles ou de leur vieillesse ?

La « charité officielle » dans le monde charitable

Notons, fait saillant, que les institutions officielles figurent dans les répertoires aussi bien que les œuvres d'initiative privée. Il s'agissait pour l'essentiel d'institutions dépendant des municipalités ou d'autres autorités locales et financées par les impôts locaux : secours publics aux indigents de diverses catégories, enfermement et traitement de populations pouvant présenter un danger sanitaire ou social (démence, maladies contagieuses, enfance coupable), parfois hôpitaux ou instruction élémentaire des enfants du peuple. La plupart des répertoires signalent aussi les administrations chargées de la supervision de divers domaines d'activité charitable : départements municipaux, school boards,

ministères, administrations statistiques, etc. Les prisons, en revanche, figurent rarement dans les répertoires.

Institutions religieuses, écoles élémentaires, syndicats ouvriers : un monde charitable élargi ?

Au delà du noyau partout considéré comme faisant partie du monde charitable, les différences classificatoires sont marquées. Les hésitations ou divergences classificatoires portent principalement sur trois questions.

- Où placer la limite entre les œuvres de charité et institutions religieuses ? L'activité charitable était souvent accomplie dans le cadre d'une institution dont la référence confessionnelle était explicite. Mais fallait-il pour autant inclure les églises elles-mêmes dans le monde de la charité – alors qu'on pouvait considérer que leur activité essentielle était le culte ? La même question se posait à propos des œuvres dont l'objectif principal était prosélyte, dans la mesure où prédication religieuse, exhortation morale et relèvement individuel étaient considérés comme intimement liés. Les réponses données à ces questions étaient contrastées et variaient selon qu'il s'agissait de la confession dominante, ou des confessions minoritaires.
- Les écoles élémentaires sont-elles des œuvres de charité ? Les répertoires prenaient en compte le fait que les différents segments du système scolaire étaient très ségrégés socialement et institutionnellement. Apprentissage et écoles professionnelles dépendaient des associations d'employeurs, des philanthropes, parfois à Londres des autorités de la Poor Law : ces institutions à destination des enfants du peuple étaient partout répertoriées. De même les institutions pour enfants d'âge pré-scolaire, le plus souvent destinées aux mères contraintes de travailler. Les établissements d'enseignement secondaire, en revanche, ne concernaient que les enfants de la bourgeoisie : ils n'étaient jamais considérés comme des œuvres charitables. L'hésitation classificatoire portait sur l'enseignement élémentaire : l'obligation scolaire entraînait l'existence d'écoles « publiques » ou « officielles » qu'il n'allait pas de soi de considérer comme des œuvres de charité ; et la plupart des écoles « privées » ou « libres » étaient hors de portée des familles populaires. Les solutions à cette difficulté varient selon les répertoires.
- Les syndicats ouvriers sont-ils des œuvres de charité ? L'épargne était une vertu prisée et tout ce qui pouvait la promouvoir dans les classes populaires était considéré comme œuvre utile. Toutes les nomenclatures incluaient donc caisses d'épargne et savings banks, sociétés de secours mutuels, friendly societies, caisses de retraite, caisses d'assurance décès et caisses d'assurance accidents. On classait aussi parfois dans le domaine de la prévoyance les sociétés coopératives de consommation, les institutions patronales ou caisses de fabriques. La difficulté gisait dans les associations professionnelles ouvrières ou trade unions, dont certaines distribuaient des allocations à leurs membres en cas de maladie ou de chômage. Si certains répertoires n'incluaient aucune association ouvrière en tant que telle, d'autres annexaient au monde de la charité un nombre limité d'associations ouvrières bien triées.

New York / Paris / Genève : poids relatif du monde charitable

Le fait qu'il existe un ensemble d'œuvres pris en compte par tous les répertoires nous permet d'esquisser une comparaison quantitative de l'activité charitable dans nos trois villes. Selon une définition rendue grossièrement homogène et pour des agglomérations urbaines considérées dans leur plus large extension, le « noyau dur » du monde charitable comprenait, aux alentours de 1900, de l'ordre de 1700 institutions à New York, 1400 à Londres, 1300 à Paris et 400 à Genève. Ces chiffres, rapportés à la population, permettent de calculer un indice de la « densité charitable » dans les quatre villes. À ce jeu, la petite Genève (0,1 million d'habitants) l'emporte de très loin, avec environ 290 institutions pour 100 000 habitants. Pour les trois très grandes villes, l'indice varie, mais dans des proportions limitées : il est d'environ 50 à New York (3,4 millions), 35 à Paris (3,7 millions) et 30 à Londres (4,5 millions). Il est probable que l'échelle de la ville a joué dans la capacité des organisateurs de la charité à recenser le monde qu'ils voulaient défendre et illustrer, il est en outre certain que la

prise en compte des volumes financiers impliqués dans l'activité charitable modifierait les hiérarchies observées ici. Il est néanmoins frappant de constater que l'ampleur relative de la « floraison charitable » ne correspondait guère en 1900 à ce que les théories explicatives de la genèse du Welfare State feraient attendre.

Structuration différentielle des mondes charitables : charité, réforme, politique

L'analyse de réseau permet de déterminer quels sont les liens entre les œuvres et les personnes impliquées dans celles-ci, tels que ces réseaux sont observés par les répertoires. Elle permet donc à la fois de décrire l'intensité des relations au sein du réseau et de caractériser ce qui en constitue le noyau central. Nous présenterons ici les résultats concernant New York et Paris.

New York : la croisade politique et morale pour le « good government » au cœur du monde charitable

A New York, trois institutions forment le centre du réseau (voir figure 1).

- La Federation of Churches and Christian Workers in New York City, créée en 1895, est un regroupement très large d'églises protestantes de diverses confessions sous la bannière du « Social Gospel », mouvement multiforme dont l'objectif est de promouvoir un ordre public enraciné dans les enseignements du christianisme. Une très vaste littérature sur le « Social Gospel » témoigne d'amples désaccords entre historiens sur la définition du mouvement, sa cohésion, sa spécificité américaine, les motifs des personnes impliquées. Une approche du problème par les réseaux met en relief des personnages aux biographies imbriquées : Spencer Trask (1844-1909), financier, *venture capitalist* et principal actionnaire du *New York Times* ; George Foster Peabody (1852-1938), qui avait rencontré Trask à la Reformed Church de Brooklyn et devint son partenaire dans sa firme d'investissement ; Graham Phelps Stokes (1872–1960), ancien étudiant en médecine à Columbia né dans une des plus riches familles de New York (son père, banquier et promoteur immobilier, fut un des fondateurs du Metropolitan Museum of Art et grand partisan de la *civil service reform*), qui s'installe dans un *social settlement* du Lower East Side en 1902.
- La City Vigilance League of New York, créée en 1892, s'est donné pour mission d'informer sur la situation de la municipalité, son organisation administrative, les défauts de sa gestion. Elle vise à promouvoir l'intérêt général sur les intérêts particuliers et se veut un groupe d'influence efficace sur l'action municipale. Un des ses principaux dirigeants est le révérend Josiah Strong (1847–1916), un des fondateurs du Social Gospel et secrétaire de la League for Social Service.
- La Society for the Prevention of Crime, créée 1878, « a pour but d'éliminer les sources et causes de la criminalité, d'aider à la poursuite en justice des personnes qui ne respectent pas la loi, de répandre l'information au moyen de la presse et d'agir en faveur d'une législation correcte et des mesures nécessaires pour une application honnête de la loi. »

Les deux dernières sociétés mentionnées ont pour siège le United Charities Building (105 E22d St), qui est aussi celui de la Charity Organization Society et de nombreuses autres œuvres.
Notons que ces institutions centrales des réseaux charitables new-yorkais ne sont pas elles-mêmes des œuvres, ni même des institutions visant à « organiser la charité » (comme la COS ou la NYAICP). On peut les caractériser surtout comme les instruments – investis sur le front de la morale – d'une bataille politique des élites patriciennes new-yorkaises, qui a traversé toute la Progressive Era, contre la corruption prêtée à la « machine » municipale démocrate, Tammany Hall.
D'autres institutions, elles-mêmes interconnectées, sont un peu moins centrales. Signalons : la Charity Organization Society, New York University, la New York Society for the Suppression of Vice (créée en 1873) qui a son siège dans l'immeuble du Times, l'American Museum of Natural History (1869) et la New York Public Library (1895), deux grandes causes qui permettent aux familles les plus fortunées de pratiquer une philanthropie très visible : d'où, peut-être leur centralité, car les mêmes personnages patronnent aussi des œuvres charitables et la bataille contre Tammany Hall.
Au centre du noyau central du réseau, on trouve cinq personnages remarquables : Charles H. Parkhurst (1842-1933), ministre presbytérien et grand imprécateur contre les péchés de Tammany, Henry C.

Potter (1835-1908), l'évêque épiscopalien de New York, William E. Dodge Jr (1832-1903), magnat du cuivre presbytérien et philanthrope, associé à la famille Phelps. Avec un indice d'intermédiarité un peu moindre : Abram S. Hewitt (1822-1903), le bon maire démocrate déchu par Tammany et Henry M. MacCracken (1840-1918), ministre presbytérien devenu patron de New York University. Les quatre premiers sont, en 1900, des figures de premier plan des batailles pour le contrôle de la municipalité new-yorkaise.
Ce qui fait lien entre les figures centrales de ce noyau, ce ne sont pas principalement des œuvres charitables « de terrain » : celles-ci sont spécialisées par leur objet particulier ou leur inspiration confessionnelle. Ce qui fait lien, ce sont les institutions qui expriment deux facettes du même monde : d'un côté les institutions du mouvement pour le good government et, plus spécifiquement, celles qui sont les plus engagés dans la bataille morale contre Tammany Hall, de l'autre celles de la charité organisée. Les dirigeants de la COS, qui publient le New York Charities Directory, notre source, disposent justement d'une vision rapprochée de ce monde à deux faces, il est normal qu'ils en livrent la description attentive et détaillée que l'analyse de réseau révèle.

Paris : un noyau central de grandes œuvres généralistes et de congrégations féminines catholiques

A Paris, huit institutions très fortement interconnectées constituent le noyau central du réseau des œuvres : il s'agit de quatre grandes institutions charitables et de quatre congrégations féminines catholiques qui les lient entre elles (voir figure 2).
Ce sont de vastes et anciennes institutions.

- L'Assistance publique est l'institution officielle d'assistance, créée pendant la Révolution et réorganisée en 1849 pour administrer notamment les hôpitaux et les secours publics aux indigents.
- La Société philanthropique est la plus ancienne des œuvres libres de bienfaisance parisienne. Fondée en 1780, refondée plusieurs fois depuis, ses activités variées vont de la distribution d'aliments aux logements ouvriers.
- La Société Saint Vincent de Paul, œuvre masculine fondée en 1833, est constituée d'un grand nombre de « conférences » qui reproduisent le maillage des paroisses catholiques.
- L'Œuvre des apprentis et des jeunes ouvrières fut fondée en 1843 à la suite d'une scission de la précédente. Elle comprend de nombreux patronages pour jeunes gens ou pour jeunes filles.

Chacune de ces grandes œuvres est donc à la tête d'un réseau étendu d'établissements ou œuvres locales, les trois premières sont généralistes, au sens où elles développent simultanément plusieurs modes d'action. Deux sont « neutres » du point de vue religieux : l'Assistance publique est une institution « officielle » dépendant de la préfecture de la Seine et l'on trouve à la tête de la Société philanthropique en 1900 des notables de diverses confessions ou inclinaisons politiques. Les deux autres sont strictement catholiques, leur infrastructure est constituée des paroisses et leur lien avec l'archevêché est très étroit.
Quatre congrégations lient entre elles ces institutions, d'une façon qui mérite d'être soulignée et que nos sources mettent en lumière de façon inédite : elles leur fournissent un personnel qui « dessert », plus souvent « dirige » diverses filiales de ces institutions. On trouvait en effet « les Sœurs » – comme on disait à l'époque – à la tête de dispensaires de l'Assistance publique ou de la Société philanthropique, de fourneaux de la Société de Saint Vincent de Paul, ou de patronages pour jeunes ouvrières. Il s'agit des Sœurs de Saint Vincent de Paul, de loin la congrégation la plus importante, mais aussi des Sœurs de Sainte Marie, des Sœurs de la Charité et des Sœurs de la Sagesse. Ces congrégations sont féminines, tandis que les quatre œuvres sont dirigées par des hommes – à l'exception de la section féminine de l'œuvre des patronages.
Que l'Assistance publique soit une institution importante dans le tableau des « œuvres » parisiennes n'est guère étonnant, ce qui l'est plus c'est qu'elle compte parmi les institutions centrales du réseau charitable. Cette observation nous met sur la voie d'un phénomène essentiel : la porosité entre ce que nous appelons aujourd'hui « public » et « privé », qu'on appelait alors plus souvent « officiel » et « libre ». Un aspect de cette porosité, modeste quant à son ampleur mais significatif, tient au fait que

l'AP avait sous sa responsabilité des œuvres « libres » qu'elle administrait par la volonté du fondateur. Un autre est que par l'intermédiaire des quatre congrégations qui lui fournissaient du personnel, l'AP entrait en liaison avec des dizaines d'œuvres libres, à commencer par l'empire des Sœurs de Saint Vincent de Paul, mais aussi avec les territoires plus modestes des trois autres. Souvent, leurs maisons de charité et certains autres de leurs établissements étaient localisés dans les mêmes bâtiments que les dispensaires de l'AP. La laïcisation du personnel des hôpitaux et la création d'un corps d'infirmières professionnelles distendra peu à peu ces liens, qui restaient extrêmement forts en 1900. L'importance des grandes œuvres et congrégations catholiques dans la structuration du monde charitable parisien en 1900 est tout à fait cruciale, malgré les efforts pour structurer une bienfaisance « neutre », déployés depuis la consolidation de la IIIe République par les gouvernements opportunistes, les réformateurs généralistes, puis les catholiques ralliés.
C'est ainsi que Mgr Richard (1819-1908), archevêque de Paris et patron de très nombreuses œuvres catholiques, est un des individus les plus centraux du réseau, comme l'est aussi Georges Picot (1838-1909), ancien magistrat et secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales et politiques. Catholique fervent, il contribue à lier entre elles les œuvres « neutres » de la philanthropie notabiliaire (Société philanthropique, Société des crèches), le monde de la réforme pénitentiaire (Société générale des prisons) qui fut la matrice de grandes entreprises réformatrices (OCOB, SFHBM) et le monde catholique du patronage des apprentis (voir son réseau autocentré figure 3).

Ainsi, à New York la structuration du réseau des œuvres charitables se fait autour d'un mouvement évangélique étroitement lié à un mouvement « civique » réformateur dont l'objectif politique est la reconquête de la municipalité. A Paris, en revanche, à la veille de la séparation de l'Etat et de l'Eglise, l'administration de l'assistance publique et les plus grandes œuvres « neutres » et catholiques sont étroitement liées entre elles par les congrégations catholiques féminines.

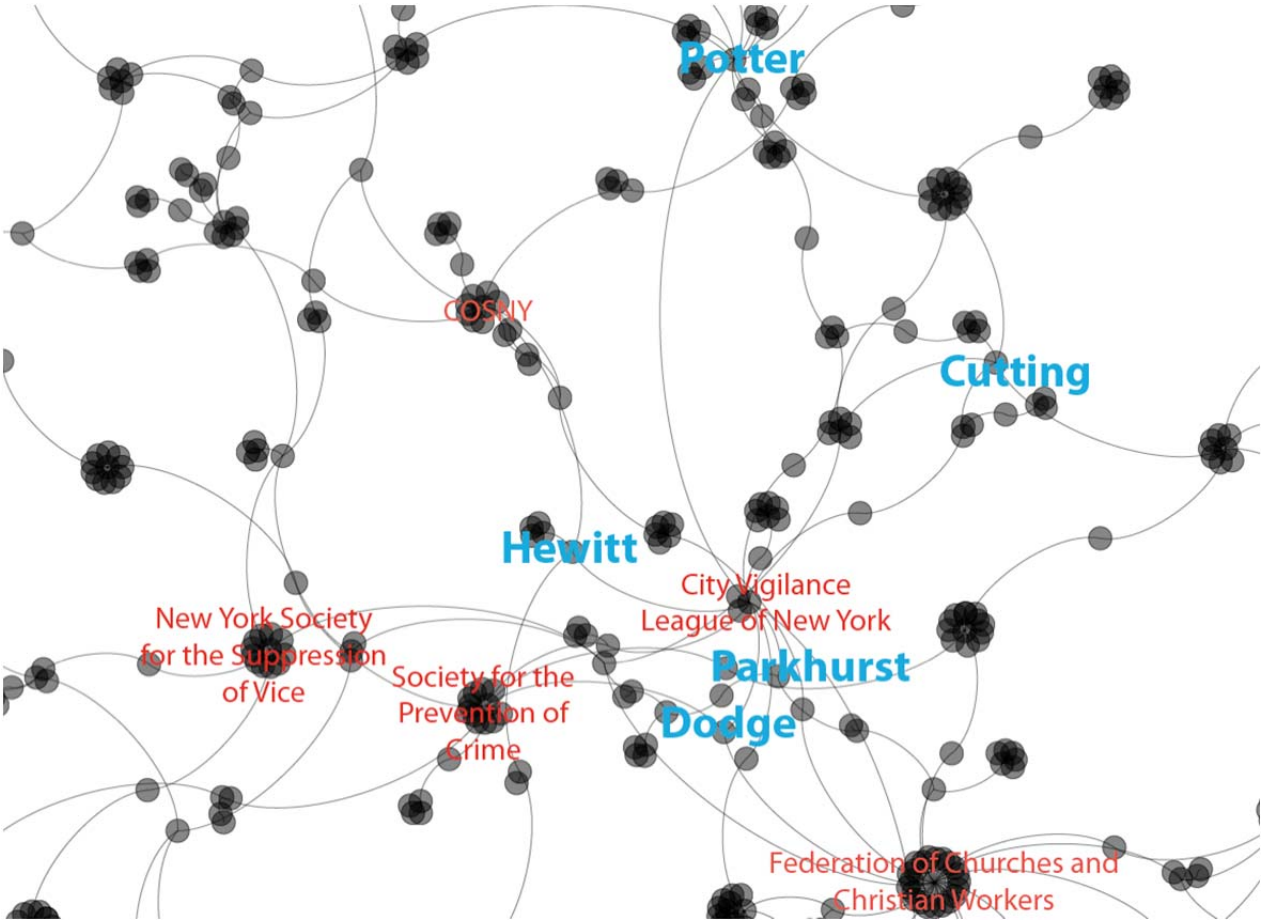


Figure 1 : institutions et personnes au centre du réseau des œuvres new-yorkaises (source : *New York Charties Directory*, 1900).

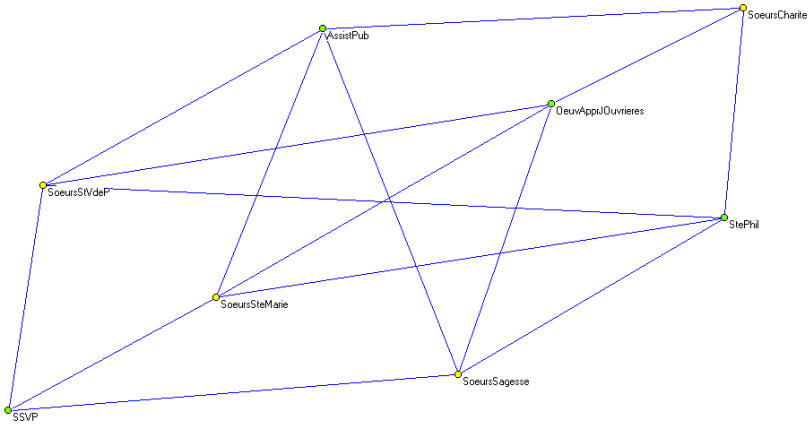


Figure 2 : le noyau institutionnel central du réseau des œuvres parisiennes (sources : Paris charitable et prévoyant, 1897 et Manuel des institutions charitables, 1900).

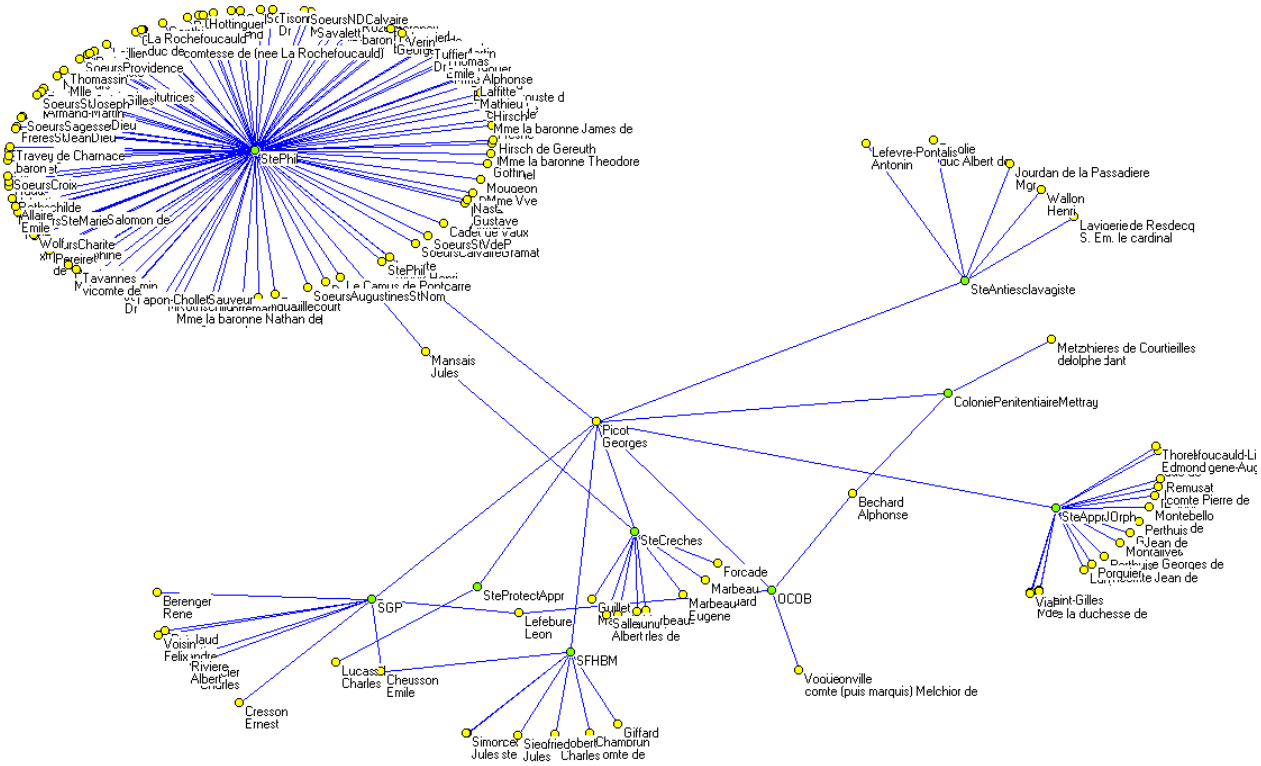


Figure 3 : Le réseau auto-centré de Georges Picot (sources : *id.*)

Perspectives

Par l'ampleur du matériel sur lequel elle s'appuie, cette étude apportera des éclairages nouveaux sur les mondes bourgeois du tournant du XXe siècle, sur les conditions de formation des causes philanthropiques et réformatrices, sur les circulations internationales des personnes et des modèles dans ces domaines. Elle contribuera notamment à observer comment des champs d'action réformatrice et philanthropique généralement étudiés de façon monographique étaient effectivement connectés entre eux.

En outre les outils que nous mettrons à la disposition de la communauté scientifique française et internationale pour de nouveaux usages sont totalement inédits et d'une ampleur exceptionnelle.

Le projet a suscité des prolongements chez nos principaux partenaires étrangers et, de cette façon, la collaboration se poursuit au-delà de l'échéance de l'appui de l'ANR. A l'université de Lausanne, un contrat a été obtenu auprès du Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS) : « Les élites suisses et la philanthropie » ; à l'université de Maastricht un contrat auprès du Netherlands Organisation for Scientific Research (NWO) : « The transnational dynamics of social reform ». Dans les deux cas, des chercheurs français sont impliqués.

Productions scientifiques

6 bases de données

Le premier ensemble de productions scientifiques issues du projet est une série de six bases de données nominatives de grande ampleur, qui seront mises à la disposition de la communauté scientifique dès que toutes les publications liées au projet seront disponibles (probablement courant 2015). Le support le plus naturel de cette publication est le dispositif Adisp (Archives de Données Issues de la Statistique Publique), géré par le CMH, qui comprend une section de bases de données historiques (http://www.cmh.ens.fr/greco/adisp.php).
Les bases « Charity » enregistrent exhaustivement un ensemble d'œuvres de bienfaisance recensées par les acteurs eux-mêmes (l'ordre de grandeur est analogue dans nos trois grandes villes : 800 à 1600 œuvres, 2000 à 2600 personnes).
Les bases « Reform » enregistrent les membres d'un ensemble important de sociétés et d'institutions que nous avons considérées comme faisant partie du champ de la « réforme ». Ce sont des bases de très grande ampleur, dont la construction a commencé il y a plus de dix ans et qui sont venues à maturité dans la phase ANR de cette recherche.
La base « Congress » enregistre les membres de congrès internationaux intervenant dans le champ de la réforme sociale, notamment de l'assistance (16 congrès distincts, dont 3 enregistrés sur 40 ans, 8000 participants).

Voici une brève description quantitative des bases de données :

Bases Charity	**année de référence**	**nombre d'œuvres**	**nombre de personnes**
Charity-London	1890	1584	2592
Charity-NYC	1900	785	2484
Charity-Paris	1897-1900	1346	2060
Charity-Geneve	1903	588	808
Bases Reform	**année de référence**	**nombre d'institutions**	**nombre de personnes**
Reform-NYC	1890, 1900, 1910	302 (69-111-122)	30679
Reform-Paris	1900	106	17663
Base Congress	**année de référence**	**nombre de sessions**	**nombre de personnes**
Congress	1880, 1890, 1900, 1910	25 (3-3-16-3)	8069

Un système d'information géographique

Une deuxième production a été réalisée en collaboration avec l'IGN (Institut géographique national) et le CRH (Centre des recherches historiques CNRS-EHESS) : le « filaire Poubelle 1888 ». Il s'agit d'un système d'informations géographiques concernant les voies parisiennes telles que décrites en 1888 par une carte ordonnée par le préfet Poubelle. Nous avons construit cet instrument et l'utilisons pour analyser un fichier de milliers adresses d'œuvres charitables et de personnes liées à ces œuvres et/ou à des institutions réformatrices. Au delà de cette exploitation directement lié au projet, l'instrument sera

conservé au CRH et mis à la disposition des chercheurs travaillant sur la période ; il pourra alors accueillir des données localisées de toute nature sur Paris intra-muros.

Publications scientifiques

Un article est sous presse :
– « Les mondes de la charité se décrivent eux-mêmes. Une étude des répertoires charitables au XIXe et début du XXe siècle" » par Stéphane Baciocchi, Thomas David, Lucia Katz, Anne Lhuissier, Sonja Matter et Christian Topalov (accepté par la *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, en cours de publication).

Plusieurs autres en cours d'écriture :
– « Structure et réseaux des œuvres charitables parisiennes en 1900 », par Stéphanie Ginalski et Christian Topalov
– « Des savoirs perdus : les nomenclatures d'institutions charitables (1850-1910) », par Thomas Depecker, Anne Lhuissier et Christian Topalov.
– « Catholiques ralliés et catholiques intransigeants à Paris en 1900: les répertoires charitables et l'analyse de réseau comme 'points de vue' sur les mondes de la charité », par Stéphane Baciocchi et Christian Topalov.
– « Street-Corner Charities in London (1890) », par Stéphane Baciocchi, Graham Baker et Annie Lhuissier.
– « Philanthropie genevoise et élites helvétiques en 1900 », par Thomas David.
– « La charité, une affaire de famille : œuvres charitables et parentèles à Paris en 1900 », par Françoise Battagliola.
– « Districts charitables à Paris en 1900: une écologie des œuvres », par Stéphane Baciocchi et Christian Topalov).
– « L'Œuvre de l'Hospitalité de nuit dans l'espace social parisien (1879-1901) », par Lucia Katz.

Enfin, un ouvrage collectif réunira les principaux résultats du projet ; l'achèvement du manuscrit est prévu pour la fin de 2014 : Philanthropes en 1900, sous la direction de Stéphane Baciocchi, Thomas David et Christian Topalov

Projet ANR : Les philanthropes en Europe et la vulnérabilité sociale, 1880-1920 (Europhil)

Coordinateur

Christian Topalov, directeur d'études à l'EHESS, Centre Maurice Halbwachs (CNRS-EHESS-ENS), topalov@ehess.fr

Partenaires principaux

Thomas David, professeur à l'université de Lausanne, Institut d'histoire économique et sociale, Thomas.David@unil.ch
Stéphane Baciocchi, ingénieur d'études à l 'EHESS, Centre de recherches historiques (CRH-CARE), Stephane.Baciocchi@ehess.fr

Autres participants au projet et à la rédaction des diverses publications

Graham Baker, Oxford University
Françoise Battagliola, CNRS- université de Paris 8
Thomas Depecker, Inra
Stéphanie Ginalski, Unil
Benjamin Jung, université Denis Diderot Paris 7
Lucia Katz, université de Paris 1 Panthéon Sorbonne
Chris Leonards, Maastricht University
Anne Lhuissier, Inra
Sonja Matter, Universität Bern
Nico Randeraad, Maastricht University

LYONVULNÉRABILITÉS

La « vulnérabilité » entre sanitaire et social. Lyon, 1880-2010

(Vulnérabilité – ANR 2008)

Axelle Brodiez-Dolino
CNRS-LARHRA (Laboratoire de recherche historique Rhône-Alpes, Lyon)
axelle.brodiez@ish-lyon.cnrs.fr

Enjeux et objectifs

Vulnérabilités sociales et sanitaires sont intimement liées : de façon évidente pour certaines catégories de populations (personnes âgées, personnes sous tutelle…) ; par un processus de causalité circulaire pour d'autres, la fragilité sanitaire induisant souvent une précarisation sociale (par exemple pour les handicapés physiques et mentaux), et inversement les conditions de travail, de logement, de nutrition ou d'accès aux soins dégradées contribuant à fragiliser la santé physique et mentale. Cependant, alors que ce lien relève de l'évidence et que nombre d'associations – comme Médecins du monde ou le Samu social – en font chaque jour l'expérience, alors que les pouvoirs publics se saisissent largement du problème depuis la fin des années 1990, les sciences humaines et sociales en restent souvent à des traitements disjoints.
En réunissant historiens et sociologues, spécialistes du sanitaire et du social, cette recherche visait donc à penser ce lien. Trois terrains ont été en particulier étudiés :

- la lutte contre la pauvreté-précarité des années 1880 à 1980, avec un accent mis sur les causalités et incidences d'ordre sanitaire ;
- les politiques psychiatriques (années 1910 à 1970) et le système tutélaire (depuis 1945) ;
- l'appréhension des adolescents en difficulté depuis les années 1970.

Trois terrains d'étude : approches et résultats

La lutte contre la pauvreté-précarité au XXe siècle, entre sanitaire et social

On connaît encore mal les évolutions de la lutte contre la pauvreté-précarité au XXe siècle (4). Il s'agissait ici de mieux les comprendre en mettant l'accent sur leurs réalités locales (formes et traitements publics et privés) ainsi que sur les aspects sanitaires, les deux volets s'entretenant souvent. Les sources ont principalement constitué en archives municipales d'assistance ainsi que d'associations lyonnaises.

Résultats scientifiques

De 1880 à 1914 les institutions et structures d'assistance se développent sur un terreau de forte inaction publique au XIXe siècle et, dès lors, de quasi monopole des œuvres : l'initiative naît d'abord au niveau local grâce aux nouvelles municipalités républicaines, durant les années 1880 à 1900, puis est complétée par celle de l'État à travers le vote de lois sociales (1900 et 1910) conduisant les associations à se repositionner. La période 1914 à 1945, bousculée par deux guerres mondiales, scelle l'apogée de l'hygiène sociale : l'assistance traditionnelle, privée comme publique, semble mise à mal, contrainte à des réorientations mais conjoncturellement renforcée par les crises ; tandis que nombre de publics restent « oubliés » de l'assistance et endurent des conditions misérables. Durant les « Trente glorieuses » enfin, après une lente réforme de l'assistance (années 1945-1955) et sur fond de profond

[4] L'ouvrage de référence, traçant les grandes lignes, restant celui d'André Gueslin, *Les gens de rien. Une histoire de la grande pauvreté dans la France du XXe siècle*, Paris, Fayard, 2004.

renouvellement du champ caritatif, la persistance de poches de pauvreté dans la prospérité conduit à recentrer la lutte, en particulier en faveur des personnes âgées et contre l'habitat insalubre.

La chronologie des catégories fait apparaître :

- l'imbrication toujours constante, bien qu'évolutive, entre pauvreté-précarité et vulnérabilité sanitaire (santé physique et mentale) ;
- combien en France, comme dans la plupart des pays occidentaux, les politiques assistantielles se sont construites sur le seul socle politiquement acceptable, celui de l'articulation entre ces deux formes de vulnérabilité ; et ce, tant du fait des réalités de terrain, que de l'optique plus morale visant à écarter les « mauvais pauvres » – taxinomie inavouable mais implicitement largement perdurante ;
- l'importance fondamentale des pouvoirs publics locaux dans les politiques d'assistance sur l'ensemble de la période ;
- l'intérêt d'appréhender l'assistance à la fois comme « champ » concurrentiel (luttes pour la reconnaissance comme ayant-droit, lobbying associatif et politique) et comme lieu de « *mixed economy of welfare* » où les pouvoirs publics s'appuient sur un monde associatif en constante recomposition.

La prise en charge socio-sanitaire de la vulnérabilité psychiatrique au XXe siècle

La psychiatrie fait l'objet d'une historiographie assez riche. Pourtant, l'articulation des politiques psychiatriques et des politiques sociales est souvent laissée dans l'ombre, alors même qu'elle influence aussi bien les thérapeutiques psychiatriques que les droits spécifiques dont bénéficient les patients. Le terrain d'étude est ici principalement l'hôpital du Vinatier, longtemps seul hôpital psychiatrique du Rhône, appréhendé à partir de l'analyse des rapports d'activités (moraux et médicaux), d'entretiens avec des acteurs historiques et de la reconstitution d'itinéraires de patients pris en charge au long cours.

■ Résultats scientifiques

Les travaux ont permis de souligner l'imbrication de plusieurs paramètres dans les configurations socio-historiques identifiées :

- les publics visés et ceux effectivement touchés par des activités psychiatriques, l'organisation politico-administrative des politiques de santé mentale ;
- la logistique économique et budgétaire ;
- le cadre juridique et moral ;
- enfin, les formes statutaires et professionnelles.

Les années d'avant-guerre sont marquées par la spécificité très forte de l'activité psychiatrique, qui prend en charge aussi bien les dimensions thérapeutiques qu'assistantielles de publics catégorisés de manière médico-administrative. Les transformations de l'après-guerre sont marquées par une tension entre un souci de redéploiement de l'activité thérapeutique en dehors de l'établissement psychiatrique, impliquant des formes d'articulation nouvelle avec les acteurs sociaux, et des transformations thérapeutiques spécifiques à l'institution hospitalière. Depuis les années 1970, le sanitaire et le social sont intégrés à un commun souci gestionnaire dans des politiques de santé mentale, qui se traduit par la perte de vitesse de certaines thérapeutiques (ainsi la psychanalyse) mais aussi la montée de préoccupations sociales d'accès au soin psychiatrique.

Les analyses montrent :

- que la transformation de la place de la psychiatrie publique dans la prise en charge des vulnérabilités sanitaires et sociales s'explique notamment par une appréhension différente du rapport entre sanitaire et social ;

- que la transformation de l'asile provient aussi de la critique de la dimension aliénante de l'hôpital comme établissement de vie et de l'inscription de l'activité psychiatrique dans les évolutions plus générales des politiques de santé ;
- que cette évolution n'a pas été directement appréhendée par les acteurs, et notamment les artisans de la sectorisation ;
- les difficultés à mettre en œuvre la revendication thérapeutique psychiatrique à prendre en charge de manière globale les différentes dimensions de la vie de la personne.

Les recompositions des dispositifs d'aide aux adolescents dits « difficiles » depuis le début des années 1980

Contre une conception trop souvent linéaire du changement institutionnel, il s'agissait ici d'en étudier les recompositions et les continuités au prisme des dispositifs publics de prise en charge des adolescents en grande difficulté. Le travail a consisté à dresser l'inventaire des dispositifs inter-institutionnels créés depuis trente ans au sein de l'agglomération lyonnaise (1980-2010), puis à en proposer une lecture socio-historique restituant leur complexité.
Les « adolescents difficiles » apparaissent comme une catégorie exemplaire pour penser la vulnérabilité et l'action publique ; outre la vulnérabilité des parcours, l'adolescence se révèle comme un problème public renvoyant aussi à la fragilité des actions qui tentent d'y faire face.
L'analyse des dispositifs publics de prise en charge dessine une typologie historique, avant et depuis les années 2000, avec des dispositifs hospitaliers (années 1980), d'écoute (fin des années 1980), de capacitation (milieu des années 1990), enfin « dispositifs au carré », permettant de coordonner et mettre en réseau les divers dispositifs existants (milieu des années 2000).

Résultats scientifiques

Les résultats mettent en évidence :

- une articulation complexe de deux processus a priori antagonistes, une singularisation des prises en charge et une extension des collectifs d'intervenants – ces derniers, d'horizons différents, devant négocier en permanence et construire des ajustements ;
- un travail collectif de subjectivation fondé sur un double souci, de *care* et d'*empowerment* ;
- un mouvement sans fin de recherche, par les divers professionnels, de répliques améliorées des anciens dispositifs ;
- une association entre éducateurs et cliniciens souvent structurée par une controverse où la prescription thérapeutique tend à l'emporter sur la réponse éducative ;
- un processus d'adaptation permanente qui reste cependant profondément vulnérable, du fait des impasses rencontrées et des ratés incessants de l'action.

Résultats scientifiques généraux

Si ce projet a confirmé l'importance des liens entre vulnérabilités sanitaires et sociales, et étudié leurs recompositions sur un long XXe siècle (au fil des contextes économiques et politiques, des progrès médicaux, des dispositifs publics et associatifs mis en place, etc.), il a aussi permis de montrer combien l'intrication social/sanitaire avait été, et reste encore, structurante dans les politiques publiques. Il a également mis en évidence, sur le long terme, les constants arbitrages de la protection sociale et les luttes pour se faire reconnaître comme ayant-droit ; les tâtonnements de l'action publique ; les diversités d'approches employées face à un même problème, ainsi d'un lieu à l'autre ; l'importance de la coopération entre traitements publics et privés. Une réflexion a aussi été menée sur le concept même de « vulnérabilité », controversé (catégorie sociologiquement floue et historiquement anachronique) mais finalement retenu pour ses intérêts tant sociologiques (penser le présentisme) qu'historiques (relire l'histoire de la pauvreté-précarité et de la maladie psychique au prisme de nouvelles problématiques).

Perspectives

Ce projet a aussi permis de développer ou renforcer des coopérations scientifiques internationales, avec notamment le Québec et la Suisse. Ses résultats ont déjà retenu l'attention du monde associatif (conférences), de travailleurs sociaux (création de nouveaux diplômes universitaires), des médias (multiples interventions) et de pouvoirs publics (auditions, coopérations).

Principales productions scientifiques issues du projet

Articles dans des revues à comité de lecture

- Axelle BRODIEZ-DOLINO, « Vulnérabilités sanitaires et sociales », éditorial, *Le Mouvement social*, n° 242, janvier-mars 2013, p. 3-8.

- Axelle BRODIEZ-DOLINO, « Entre social et sanitaire : les politiques de lutte contre la pauvreté-précarité en France au XXe siècle », *Le Mouvement social*, n° 242, janvier-mars 2013, p. 9-29.

- Benoît EYRAUD et Nicolas HENCKES, « Entre psychiatrie, travail social et droit civil : les régulations de la protection de la personne au tournant des années 1968 », *Le Mouvement social*, n° 242, janvier-mars 2013, p. 61-79.

- Benoît EYRAUD et D. MOREAU, « De l'asile de Bron aux nouvelles unités sécurisées de l'hôpital du Vinatier : les variations des régulations de l'enfermement psychiatrique », *Culture et conflit* (accepté, publication en cours)

- Benoît EYRAUD et Livia VELPRY, « Le secteur psychiatrique : une innovation instituante ? », *Socio-Logos,* n°7, 2012 (consultable en ligne)

- Benoît EYRAUD et Livia VELPRY, « Ce que l'histoire de la psychiatrie nous dit de la psychanalyse et de l'utilitarisme », *Revue du Mauss*, n°37, 2011.

- Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, « Un lieu de tension entre le centre et la périphérie ? L'assistance aux aliénés dans le département du Rhône (1918-1940) », *Le Mouvement social*, n° 242, janvier-mars 2013, p. 45-59.

Ouvrages

- Axelle BRODIEZ-DOLINO, *Combattre la pauvreté. Vulnérabilités sociales et sanitaires de 1880 à nos jours,* Paris, CNRS Éditions, 2013.

- Bertrand RAVON et Christian LAVAL, *Les « adolescents difficiles » Chroniques d'un problème public*, Paris, Erès, à paraître en 2013.

- Axelle BRODIEZ-DOLINO, Benoît EYRAUD, Christian LAVAL, Bertrand RAVON et Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN (dir.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales. Approches historiques et sociologiques*, à paraître aux Presses universitaires de Rennes en 2013 (accepté)

- Axelle BRODIEZ-DOLINO et Bruno DUMONS (dir.), *Écrire l'histoire de la protection sociale. Nouveaux chantiers, nouveaux objets*, à paraître aux Presses universitaires de Rennes (en cours)

Chapitres d'ouvrages

- Axelle BRODIEZ-DOLINO, « Les chrétiens face à la pauvreté-précarité au XXe siècle : de la charité à l'humanitaire », à paraître aux Éditions Beauchesne, 2013.

- Axelle BRODIEZ-DOLINO, « Penser et panser la vulnérabilité sociale au 20eS : évolutions et recompositions du paysage associatif lyonnais », dans André GUESLIN et Henri-Jacques STICKER (dir.), *Les maux et les mots de la précarité et de l'exclusion en France au XXeS*, Paris, L'Harmattan, 2012, p. 123-138.

- Axelle BRODIEZ-DOLINO et Bertrand RAVON, « Le sans-abrisme au XXe siècle, reconfigurations d'un problème public » (à paraître)

- Benoît EYRAUD et Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, « Changement institutionnel et parcours individuels : itinéraires croisés de deux patients psychotiques au 'long cours' (années 1950 à nos jours) », dans Axelle BRODIEZ-DOLINO, Benoît EYRAUD, Christian LAVAL, Bertrand RAVON et Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN (dir.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales. Approches historiques et sociologiques*, *op. cit*.

- Bertrand RAVON et Christian LAVAL, « De l'adolescence aux adolescents dits 'difficiles'. Dynamiques d'un problème public », dans Axelle BRODIEZ-DOLINO, Benoît EYRAUD, Christian LAVAL, Bertrand RAVON et Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN (dir.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales. Approches historiques et sociologiques*, *op. cit*.

- Bertrand RAVON, « Dynamiques interinstitutionnelles et singularisation de l'action publique : l'exemple de la prise en charge des 'ados difficiles' », dans Marie-Christine BUREAU et Ivan SAINSAULIEU (dir.), *Reconfigurations de l'Etat social en pratique*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2011, p. 187-198.

Projet ANR : Un siècle de vulnérabilités sociales et sanitaires : formes et traitement de la précarité à Lyon au XXe siècle (Lyon vulnérabilités)

Ce projet a bénéficié d'un co-financement de la Mission recherche, direction recherche, études, évaluation et statistiques (Drees), ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Coordinateur

Axelle BRODIEZ-DOLINO
CNRS-LARHRA (Laboratoire de recherche historique Rhône-Alpes, Lyon)
axelle.brodiez@ish-lyon.cnrs.fr

Participants au projet

- **La lutte contre la pauvreté-précarité au XXe siècle, entre sanitaire et social**

Direction : Axelle Brodiez-Dolino, chargée de recherche au CNRS-LARHRA
axelle.brodiez@ish-lyon.cnrs.fr

- **La prise en charge socio-sanitaire de la vulnérabilité psychiatrique au XXe siècle**

Direction : Isabelle von Bueltzingsloewen, professeur en histoire à l'université Lyon2/LARHRA et Benoît Eyraud, MCF en sociologie à Lyon2/Centre Max Weber
isabelle.vonb@univ-lyon2.fr ; benoit.h.eyraud@gmail.com

- **Les recompositions des dispositifs d'aide aux adolescents dits « difficiles » depuis le début des années 1980**

Direction : Bertrand Ravon, professeur en sociologie à Lyon2/Centre Max Weber et Christian Laval, chercheur en sociologie à l'ORSPERE/Centre Max Weber.
bertrand.ravon@univ-lyon2.fr

Retour sur un projet de reconstitution d'un milieu de recherche : PHS2M (philosophie, histoire et sociologie de la médecine mentale) et le renouvellement de l'interdisciplinarité philosophie, histoire, sciences sociales autour des questions de psychiatrie et de santé mentale

(Blanc – 2008 ANR)

Pierre-Henri Castel, Cermes3, CNRS et Université Paris Descartes (Sorbonne Paris Cité)
pierre-henri.castel@parisdescartes.fr

Enjeux et objectifs

Depuis une vingtaine d'années, la médecine mentale connaît un bouleversement qui affecte ses paradigmes, ses procédés thérapeutiques et ses concepts fondamentaux. En effet, les questions classiques de la psychiatrie (celles de la maladie mentale et de son traitement possible) ont été peu à peu remplacées par des problèmes plus vastes regroupés sous l'intitulé : santé mentale. Dans ce paradigme, ce qui relève de l'esprit normal (par ex. le développement de ses capacités virtuelles, voire l'augmentation positive de la qualité de la vie au moyen d'une meilleure "gestion du mental") compte au moins autant que l'accent traditionnel sur l'anormalité psychique. Dans ce cadre, on peut spécifier deux tendances. D'un côté, les neurosciences, qui s'intéressaient au départ au fonctionnement normal de l'esprit, ont donné naissance à des neurosciences psychiatriques qui sont devenues, avec la neuroimagerie, le standard scientifique pour la recherche pour toutes sortes de maladies mentales. Réciproquement, de vieux problèmes de la psychiatrie clinique, l'autisme, les troubles affectifs, la schizophrénie, les comportements impulsifs et les obsessions sont devenus des problèmes centraux pour les nombreuses théories naturalistes de l'intentionnalité, de la cognition sociale et des émotions (par exemple, l'idée que nous sommes dotés d'une "théorie de l'esprit", module cognitif sélectionné par l'évolution).

Mais, la santé mentale est aussi devenue un enjeu politique et idéologique, pour les politiques publiques des pays développés. Le bien-être est de plus en plus conçu en termes de santé mentale, et, réciproquement, le langage de la santé mentale offre de nouveaux moyens d'expression au malaise des individus et à leurs idéaux d'autonomie morale (self-help, care/cure, etc.). On assiste à l'apparition de formes nouvelles de prise de conscience et d'action collective : les associations de malades revendiquent, non seulement, de participer activement aux recherches des psychiatres sur leur état mental, mais en viennent aussi à promouvoir des styles de vie alternatifs fondés sur lui (mouvement de la "neurodiversité"). Les normes de ce qu'est une psychothérapie efficace, éthique et fondée sur la science, sont devenues un sujet de polémique, spécialement en France.

Partout dans le monde, l'épidémiologie psychiatrique, tiraillée entre génétique et sciences sociales, bute sur des dilemmes de teneur épistémologique (par exemple, faut-il de nouveau parler de race ?), qui se transforment en enjeux politiques. Les normes et valeurs, qu'elles soient sexuelles, morales ou professionnelles, sont toujours davantage évaluées en termes de santé mentale, comme s'il s'agissait là d'une façon nouvelle d'exprimer son bien-être ou son malaise. Et c'est ainsi que la santé mentale est un des lieux où se forge le soi contemporain.
C'est pourquoi il ne s'agit pas uniquement d'un enjeu épistémologique dans le champ de la médecine mentale. C'est aussi un enjeu socio-anthropologique. Du point de vue de l'historien, une des manifestations les plus frappantes de l'émergence du paradigme de la santé mentale est le progressif repli, voire le déclin de la psychologie traditionnelle. Soit c'est une sous-partie des neurosciences, et donc fondée sur le cerveau ; soit elle se fond dans un large spectre de pratiques et de techniques relationnelles, dont la clé est au bout du compte sociologique.

La littérature internationale donne des preuves abondantes de ce bouleversement en cours en médecine mentale. A l'étranger, il est bien reconnu et étudié. De nombreux programmes interdisciplinaires ont été initiés, ainsi au Royaume-Uni ou aux Etats-Unis, faisant collaborer cliniciens, philosophes, sociologues et anthropologues, pour qu'ils se saisissent des difficultés que ce nouveau paradigme. Car ces questions abstraites ont un fort impact sur les politiques publiques : Quelles opportunités, par exemple, pour les services de soins mentaux au siècle qui vient ? Comment définir le périmètre de ce qu'est une maladie mentale en rapport au besoin réel de la traiter ? Et à quel point aurons-nous les moyens de la traiter ? Comment la mondialisation affectera-t-elle la santé mentale ?

En France, toutefois, il n'existe aucun effort concerté pour élaborer ces questions dans un cadre à la fois problématique et interdisciplinaire. Or, la France a une longue tradition d'études interdisciplinaires consacrées aux questions de la folie et de la psychiatrie, que l'on pourrait faire partir de Maine de Biran, de Pinel et qui court au moins jusqu'à Lacan et Foucault. Cette tradition se caractérise par un dialogue permanent entre philosophie, et notamment philosophie de l'esprit, histoire critique, anthropologie et pratique clinique. Elle bénéficie également d'une culture clinique différente de celle des Anglo-saxons, puisqu'elle conserve des liens étroits avec la pensée psychiatrique allemande (la phénoménologie psychiatrique, en particulier), et avec la psychanalyse.
Or, depuis les années 2000 cette tradition française de dialogue a fortement décliné. Les sciences sociales s'intéressent davantage aux formes émergentes de la « santé mentale » qu'à la sociologie critique de la psychiatrie : une discipline autrefois extrêmement vivante en France, l'ethnopsychiatrie, a fortement perdu son rayonnement, faute d'avoir négocié le tournant international des nouvelles méthodes d'étude de terrain sur la santé et la maladie mentale ; la philosophie des sciences et de l'esprit participe assez directement au développement concret des neurosciences cognitives appliquées à la psychiatrie, dans une perspective « naturaliste » particulièrement affirmée, qui ne permet pas un dialogue avec les sciences sociales ; l'histoire des sciences psychologiques et psychiatriques est en passe de disparaître du paysage institutionnel et universitaire (les derniers postes d'histoire de la psychologie sont actuellement en cours de redéploiement) ; la normalisation épistémologique de la psychiatrie, et son retour via les neurosciences et la neurobiologie dans le giron des sciences biomédicales, a contribué à marginaliser le souci des questions philosophiques et historiques générales.

Mais la situation française est en fait une exception. Au Royaume-Uni, par exemple, toute une génération de jeunes psychiatres a fortement investi la réflexion épistémologique et philosophique, en particulier la phénoménologie et la philosophie analytique de l'esprit, sur la pratique et les concepts fondamentaux de la discipline (par contraste d'ailleurs avec les psychologues qui campent sur des positions beaucoup plus positivistes et technicistes). L'essentiel des recherches historiques sur la psychiatrie française est aujourd'hui le fait de jeunes chercheurs étrangers, belges, américains et britanniques notamment.
Très peu d'articles sont soumis, par des chercheurs français, aux grandes revues scientifiques de l'histoire de la psychiatrie, comme History of psychiatry,. En 2008, un nombre très faible de chercheurs jeunes ou seniors appartenaient aux grands réseaux internationaux de philosophie de la psychiatrie, alors que ces réseaux, notamment ceux qui se sont développés autour de Philosophy, Psychology, Psychiatry, sont extrêmement vivants. Alors que les questions de santé mentale sont assez lisibles dans le débat public actuel, on voyait mal enfin comment les rattacher à cette tradition d'analyse de la psychiatrie, à la fois philosophique, historique et socio-anthropologique, qui a connu en France ses heures de gloire, mais qui portait sur un état de la médecine mentale aujourd'hui notoirement dépassé.

Objectifs et méthodes

Le projet PHS2M avait pour objectifs :

- D'analyser d'un point de vue philosophique et historique la naturalisation de la santé mentale ;

- De dépasser l'opposition entre les approches cognitiviste naturalistes et les approches critiques des nouvelles formes de « médicalisation des comportements » ;
- De développer une histoire conceptuelle et réflexive de la médecine mentale.

Il devait aussi permettre de :

- renforcer l'intégration des chercheurs français du domaine au réseau international des chercheurs qui travaillent sur ces questions, en favorisant notamment l'intégration des doctorants et des postdoctorants ;
- favoriser la diffusion de ces travaux grâce à une ligne de publication en français ;
- faire connaître à l'étranger la tradition française d'histoire philosophique de la psychiatrie, mais aussi les nouvelles formes de réflexions sociologiques et anthropologiques qui se démarquent fortement de la tradition foucaldienne et post-foucaldienne, et prennent spécifiquement pour objet la santé mentale.

Le projet a mobilisé une équipe pluridisciplinaire associant des philosophes, des sociologues, des historiens, des anthropologues, des psychiatres…
Il s'est appuyé sur d'importantes collaborations avec un certain nombre de figures anglo-saxonnes majeures de la philosophie de la psychiatrie aujourd'hui (Bolton et Hill, Fulford et Thornton, Wakefield) et le dialogue avec les sociologues américains, japonais et français de la santé mentale (Ehrenberg, Kitanaka et Horwitz, notamment).

Les travaux conduits se sont appuyés :

- sur l'organisation d'ateliers internationaux ;
- sur trois séminaires annuels réguliers,
- sur la philosophie de l'esprit et la psychopathologie abordés d'un point de vue conceptuel à l'École normale supérieure de la rue d'Ulm sur des questions essentiellement conceptuelles (2009-2011, Castel)
- sur l'histoire de la psychologie consacrée aux questions de la psychothérapie (2009-2012, Parot et Plagnol)
- sur l'histoire et l'épistémologie de la psychiatrie à l'hôpital Tarnier en lien avec les internes en psychiatrie (Granger) ;
- sur une collection spécifique présentant les principaux résultats des recherches, sous la forme d'ouvrages de sciences humaines « à la française » (susceptibles de toucher un public relativement large.

Déroulement des travaux

Le projet a été victime d'un accident industriel de première grandeur : la fermeture de notre partenaire britannique principal, un centre de recherche spécifiquement consacrée aux questions de philosophie, d'éthique, de psychiatrie et de santé mentale, qui se trouvait à l'université du Sud-Lancashire. Au moment de l'arrivée au pouvoir du parti conservateur, la crise économique a en effet entraîné la disparition d'un très grand nombre d'instituts en sciences humaines et sociales, et le redéploiement de leur personnel, si du moins il n'était pas licencié, dans des départements souvent très éloignés géographiquement ou intellectuellement. Dans une moindre mesure nos autres partenaires britanniques, comme l'Institute of Psychiatry, Kings College, étaient pris dans une tourmente-t-elle, que la plupart de nos projets de séminaires dans leurs locaux, en Grande-Bretagne, ont tourné court.
Cette catastrophe a été en partie compensée par l'implication inattendue d'un groupe de chercheurs américains, autour de Wakefield[5], qui a conduit à des échanges stimulants autour de la

[5] Wakefield s'est déplacé plusieurs fois en France, avec parfois plus d'une douzaine de ses étudiants.

psychiatrie évolutionniste, de la dépression, de la critique de la psychanalyse. Lors de son séjour Tim Thornton[6] (professeur de philosophie et de santé mentale, Université de Lancashire) a fait toute une série d'exposés sur des questions complètement inédites en France, comme la théorie des valeurs dans l'éthique psychiatrique. Enfin Luc Faucher, philosophe de l'Université du Québec à Montréal, qui n'était pas initialement associée à notre programme, a participé très intensément à nos travaux autour de la problématique évolutionniste en psychiatrie, un domaine presque entièrement neuf en France du point de vue de la philosophie des sciences, en collaboration étroite avec D Forest.

Résultats scientifiques

Dans la série de nos nombreux séminaires et ateliers internationaux, je voudrais mettre en exergue quatre d'entre eux :

- Anne M. Lovell s'est saisie de l'opportunité de notre programme pour réunir avec un groupe de chercheurs français un aréopage d'historiens de l'épidémiologie et de la psychiatrie, dans les contributions ont été rassemblées et seront publiées en 2014 dans l'*International Journal of Epidemiology*. il ne fait aucun doute à nos yeux que l'épidémiologie psychiatrique, dont le rôle dans les politiques contemporaines de santé mentale est absolument crucial, manque cruellement d'approche historique et philosophique ; à cet égard, PHS2M a fait une œuvre pionnière.
- Françoise Parot a consacré trois années et de nombreuses invitations internationales et françaises à jeter les bases d'une nouvelle histoire et philosophie des psychothérapies, qui pour la première fois prend en compte le développement massif des thérapies comportementales et cognitives, et qui s'interroge sur leur place dans l'histoire des représentations psychologiques, en déplaçant donc l'accent qui est traditionnellement mis sur la psychanalyse en France.
- Arnaud Plagnol a organisé la venue en France des principaux représentants et théoriciens de ce mouvement international si important en matière de santé mentale et de prise en charge des malades psychiatriques que l'on appelle le *recovery*.
- Sans surprise, hélas, il a en revanche été extrêmement difficile d'impliquer les premiers concernés, autrement dit les professeurs de psychiatrie et les responsables de structures de soins importante en France, mais nous savons indirectement de toutes ces conférences ont eu un parmi les jeunes internes.
- Françoise Champion a créé un réseau européen de recherches sur les questions de sociologie de la psychothérapie, un sujet particulièrement polémique sur lequel, en revanche, les données empiriques étaient gravement manquantes.

Perspectives

Le programme semble avoir suscité un enthousiasme certain parmi un groupe d'une vingtaine de jeunes doctorants et postdoctorants, dont certains ont décidé d'entreprendre un double cursus, notamment en couplant des études de psychologie ou de médecine, à leurs études de philosophie ou d'histoire. Ce séminaire est soutenu par le Cermes3, et continuera dans les années à venir.
Les deux postdoctorants du programme ont obtenu l'un un poste fixe et l'autre un nouveau contrat sur un sujet de philosophie de la santé mentale en Belgique. Plusieurs chercheurs impliqués dans PHS2M ont noué de nouvelles collaborations dans le cadre de projets d'histoire des sciences appliquées à la psychiatrie, notamment dans un projet en partenariat avec l'Allemagne.
Les travaux engagés par Anne M. Lovell sur l'histoire de l'épidémiologie se prolongent dans un nouveau projet financé par l'ANR. Ils ont aussi débouché sur un numéro de *Philosophy, Psychology, Psychiatry*

[6] Le séjour de 6 mois de Thornton a pu être organisé grâce à un financement de l'université Paris Descartes.

(PPP) consacré spécifiquement au renouveau de la réflexion sur la psychopathologie anthropologique et philosophique en France où figurent en bonne place deux membres seniors de PHS2M (Castel et Ehrenberg).
En revanche, les difficultés institutionnelles de nos partenaires étrangers, notamment en Grande Bretagne, et le resserrement des crédits de recherche un peu partout dans le monde, ne vont pas permettre de prolonger l'activité du réseau international, ce qui est particulièrement dommageable pour le développement de ce champ de recherche et pour la formation et l'accueil des postdoctorants à l'étranger.

Un des objectifs essentiels de PHS2M, sur le plan éditorial, était de créer une série scientifique chez un éditeur commercial spécifiquement dédié à nos objets. Une convention a été passée avec les éditions d'Ithaque, portant création d'une collection « philosophie anthropologie psychologie » (PAP), dans laquelle ont été ou sont en cours de publication 8 ouvrages.
Le projet a ainsi permis de relancer, notamment sur le plan éditorial, l'intérêt pour l'histoire critique des questions fondamentales de la psychiatrie (la nature de la psychothérapie, les transformations des grandes pathologies mentales, l'approche épistémologique de l'histoire des théories psychiatriques, etc.).
Mais le projet n'a pas permis de vraiment bénéficier d'un retour pour nos invitations, ou de propositions d'accueil à l'étranger en postdoctorat pour nos doctorants. Le réseau international que nous espérions rejoindre s'est un peu désintégré en cours de route.

Principales productions scientifiques

- Lovell A.M. (dir.), Pandolfo S., Das, V. & Laugier S., sous presse. Face aux désastres : une conversation à quatre voix sur la folie, le *care* et les grandes détresses collectives. Editions d'Ithaque

- Marques P., 2013. Experiencias a deriva : paixoes, religioes e psiquiatria na Europa – seculos XV a XXI, Lisbonne.

- Demazeux S., 2013. Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie. Editions d'ithaque

- Castel P.-H., 2012. La Fin des coupables, suivi de Le Cas Paramord : obsessions et contraintes intérieure de la psychanalyse aux neurosciences. Editions d'Ithaque

- Parot, Fouré & Demazeux ont publié chez Belin en 2011 Les Psychothérapies : Fondements et pratiques.

- Castel P.-H., 2011. Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés : obsessions et contrainte intérieure de l'antiquité à Freud, Editions d'Ithaque

- Sass L.A., 2010. Les Paradoxes du délire : Schreber, Wittgenstein et l'esprit schizophrénique (trad. franç. P.-H. Castel). Editions d'Ithaque

- Castel P.-H., 2009. L'Esprit malade : cerveaux, folies, individus, Editions d'Ithaque

- *International Journal of Epidemiology*, supplément sur l'histoire de l'épidémiologie psychiatrique, sous la direction d'Anne M. Lovell et E.S. Susser.

- La Revue d'histoire des sciences humaines a publié un numéro reprenant les principales contributions de notre colloque sur « Les neurosciences sociales » en 2011.

- Parot, Fouré & Demazeux ont publié chez Belin en 2011 Les Psychothérapies : Fondements et pratiques.

A paraitre

- Forest D., à paraître en 2014. Neuroscepticismes. Editions d'Ithaque.

- Kitanaka J., à paraître en 2014. De la Mort volontaire au suicide au travail : Histoire et anthropologie de la dépression au Japon (trad. franç. P.-H. Castel). Editions d'Ithaque

- Forest et Faucher ont signé aux presses du MIT pour un collectif consacré aux travaux de philosophie de la psychiatrie de Wakefield, qui reprendra un bon nombre de nos exposés de 2010-2012.

- Wakefield et Demazeux vont publier en 2014 chez Spinger, dans la collection « History, Philosophy and Theory of the Life Sciences », un ouvrage collectif sur la dépression.

Projet ANR : Philosophie, Histoire et Sociologie de la Médecine Mentale (PHS2M)

Coordinateur

Pierre-Henri Castel, directeur de recherche, membre de IHPST puis membre du Cermes3 (ex-Cesames), pierre-henri.castel@parisdescartes.fr

Partenaires

- Institut d'Histoire et de Philosophie des Sciences (IHPST), Université Paris 1, CNRS.
- Centre de recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé mentale Société (Cermes3), Université Paris Descartes, CNRS, Inserm.
- Center for Philosophy, Ethics and Mental Health, University of South Lancashire.

Membres

Valérie Aucouturier (postdoctorante) ; Derek Bolton, professeur de philosophie et psychopathologie et King's college London ; Xavier Briffault ; Pierre-Henri Castel, directeur de recherche, membre de IHPST puis membre du Cermes3 (ex-Cesames) ; Brigitte Chamak ; Françoise Champion, sociologue, Cesames ; Steeves Demazeux (postdoctorant), Alain Ehrenberg, sociologue, directeur de recherche, CNRS, CESAMES puis CERMES3 ; Denis Forest, professeur, philosophe, Université jean Moulin Lyon ; Bill Fulford, Philippe Le Moigne, sociologue, INSERM, CESAMES ; Anne M. Lovell, médecin anthropologue, CESAMES ; Tiago Marques, sociologue, IHPST ; Françoise Parot, psycholinguiste, université de Paris 5 ; Arnaud Plagnol, psychiatre, professeur associé Université : Tim Thornton.

Les catégories de prise en charge : entre droit et politique

L'étude des systèmes juridiques et des modalités de leurs applications met en évidence les transformations des conditions d'attribution des droits. Les projets financés se sont attaché à l'étude :
de la construction des jugements, des formes d'expertise et des décisions d'attribution des droits sociaux dans les secteurs du handicap, de l'insertion des jeunes, de la politique de l'emploi, du droit au logement ;

- des décisions de justice concernant la protection des personnes âgées ;
- des systèmes de prise en charge des risques psychosociaux.

Les travaux conduits examinent notamment la transformation des politiques d'insertion des jeunes : la conception, en termes d'obligation de moyens pour l'Etat et de droits à l'accès à des services pour les citoyens, laisse, désormais, la place à une vision en termes de restauration des capacités de l'individu à subir des épreuves et des évaluations sur les différents marchés (par exemple de l'emploi). Cette évolution impliquent un « jugement en mérite » des demandeurs et la mobilisation de différents savoirs pour réaliser cette expertise individuelle. (Lima)

La promotion de l'autonomie et la responsabilisation accrue de l'individu deviennent aussi des principes normatifs y compris pour les personnes âgées. Cependant l'observation de la mise en œuvre de la loi de 2007, réformant la protection juridique des majeurs, montre que l'autonomie des personnes âgées est peu reconnue pas les magistrats, - par exemple, pour la curatelle -, et que les mesures de protection juridique pour les personnes de plus de 75 ans sont peu individualisées. De plus, la mise sous protection juridique n'est pas uniquement liée à la situation de la personne et à son incapacité mais aussi à son environnement relationnel ou à ses ressources économiques et sociales. (Le Borgne-Uguen, Rebourg)

L'approche comparée de la prise en compte des risques psychosociaux dans différents systèmes juridiques permet de mieux qualifier les spécificités du système français. Le Canada et le Japon abordent les risques psychosociaux en se concentrant sur la compensation, laissant une place importante à la médiation au sein des entreprises. Le système français est, quant à lui, caractérisé à la fois par son ouverture à la prévention et par l'importance de sa jurisprudence, notamment, en faveur de l'obligation de résultat à la charge de l'employeur. Des perspectives nouvelles sont ouvertes par une meilleure prise en compte de la dimension collective, de l'organisation du travail, voire de l'environnement de travail. (Lerouge)

Evaluer des trajectoires, accorder des droits : entre expertise sur autrui et expertise d'autrui

(Vulnérabilité – ANR 2008)

Léa Lima, sociologue, maîtresse de conférences au CNAM, Laboratoire Interdisciplinaire pour la Sociologie Economique (LISE - UMR CNAM-CNRS), chercheure associée au CEE (Centre d'Etudes de l'Emploi)

Les politiques d'insertion, d'abord des jeunes, puis des adultes, signent le renouvellement de la conception traditionnelle des droits sociaux comme droits instaurant une obligation de moyens pour l'Etat et un droit à l'accès à des services pour les citoyens. Désormais l'action sociale consiste à restaurer les capacités de l'individu à subir des épreuves et des évaluations sur les différents marchés (de l'emploi en premier lieu). Dans un régime de l'Etat social actif tel qu'il a été promu par de nombreuses organisations internationales[7] (Vandenbroucke, 1999 ; Barbier 2002), les droits sociaux sont pensés comme des actions pour équiper les individus afin de les rendre plus résistants face aux accidents de la vie sociale et professionnelle. Ce virage téléologique du droit se lit tout particulièrement dans la place faite au projet d'insertion ou au projet de vie.

La mise en œuvre de ces politiques de situations est passée bien souvent par la création de dispositifs de délibération collective sur les cas et les individus, qui intègrent un processus d'expertise. Le modèle de la commission pluridisciplinaire ou multi-partenariale plus ou moins ouverte aux usagers eux-mêmes, se diffuse dans de multiples domaines des politiques du sujet. L'allocation des droits et des services dans l'action sociale s'éloigne de plus en plus d'un modèle universaliste et automatique pour s'établir selon des processus de négociation complexe au sein de magistratures sociales pluralistes qui ont pour mission de faire (et défaire) les droits sociaux par l'examen des cas individuels. Au sein de ces dispositifs de gouvernance du sujet, est organisée l'interaction entre plusieurs sources de savoir et de pouvoir à propos des personnes. Ce sont ces processus de construction du jugement de la justice sociale qui ont été au cœur de ce projet. D'une part nous faisions l'hypothèse d'une forme d'homogénéisation des manières de juger les différents publics de bénéficiaires des prestations sociales gommant les particularités des cultures professionnelles ayant façonné les différents segments des politiques sociales. D'autre part nous souhaitions comprendre la manière dont les acteurs résolvaient concrètement la paradoxale massification du traitement individualisé dans les politiques sociales.

Terrains et méthodes

Le projet a exploré les modalités concrètes de l'individualisation et de l'activation des politiques sociales dans 5 champs des politiques du sujet :

- l'insertion des jeunes en difficulté,
- l'accompagnement des chômeurs,
- le handicap,
- le suivi socio-judiciaire en prison,
- le droit au logement.

[7] Selon Vandenbroucke, qui a conceptualisé les principes d'un « État social actif » européen, ce dernier devrait promouvoir une politique « proactive, qui insiste davantage sur les investissements dans les personnes, sur le travail sur mesure, sur la responsabilité personnelle des différents acteurs intervenant sur le terrain social ». Cf. Vandenbroucke F., *Exposé Den Uyl. L'État social actif*, discours prononcé à Amsterdam le 13 décembre 1999, http://oud.frankvandenbroucke.be/html/soc/ZT-991213.htm.

L'originalité du projet tient dans la richesse des matériaux utilisés : 3 années d'enquêtes de terrain ethnographique durant lesquelles ont été combiné des observations de délibérations en commissions d'attribution de droits et d'interactions entre experts sur autrui et usagers ainsi que des entretiens avec les principaux acteurs professionnels et institutions. 5 domaines ont été explorés :

- 2 fonds d'aide aux jeunes départementaux ;
- 2 cellules CTP (contrat de transition professionnelle) ;
- 2 CDAPH dans les Maisons départementales pour l'autonomie des personnes handicapées ;
- 3 commissions pluridisciplinaires uniques dans 3 établissements pénitentiaires ainsi que 2 commissions d'application des peines dans ces mêmes établissements ;
- 2 commissions DALO (Droit Au Logement Opposable) départementales.

Résultats scientifiques

Un tournant dans les politiques sociales : logique contractuelle et responsabilisatrice / efficacité transformatrice et capacitante des individus

Les enquêtes sur ces dispositifs nous obligent à mesurer les différentes implications du tournant de l'activation des politiques sociales. Depuis une dizaine d'années en effet, de nombreux observateurs ont pu souligner la prégnance d'une « norme d'activation » qui se décline différemment selon les pays. Une première formule de l'activation peut être l'instauration d'une contrepartie au droit qui verse dans une logique contractuelle et responsabilisatrice. Mais une autre modalité de l'activation revient à conditionner l'aide à son efficacité transformatrice et capacitante supposée. Le point commun de nos terrains est en effet de faire se rencontrer le souci de transformation de la situation des individus et le souci de justice. Apparaît alors un Etat social hybride, qui mêle les registres de la thérapeutique et de la justice sociales. Plus que médiateur, le droit social se fait transformateur.

Nouveaux droits et protection sociale

L'étendue des terrains d'investigation dans notre enquête montre que cette activation des droits est venue s'articuler à des segments assez disjoints de la protection sociale : l'assistance aux chômeurs, l'assurance-chômage et l'assistance aux inaptes. Cette logique déborde même la protection sociale puisque le souci d'insertion et de l'efficacité de l'octroi de droits pénètre le monde de la prison. Dans le champ du handicap, le droit transformateur s'arrime à des prestations compensatoires d'un handicap dûment constaté. Il ne s'agit donc pas tant d'une substitution que d'une articulation propre à chaque segment. Nous faisons état de cette tension entre responsabilisation morale qui débouche naturellement sur un jugement en mérite des demandeurs et une responsabilisation-capacitation soucieuse de l'élargissement du champ des possibles des individus. Ainsi nous rejoignons totalement l'analyse de Jean-Louis Génard[8] en termes de strates de l'Etat-providence, strates qui se superposent et s'entrelacent jusque dans les pratiques de jugement routinières des acteurs des magistratures sociales.
Les biens qui sont distribués (aides financières, prestations de compensation du handicap, remises de peine en prison, mesures de formation...) sont concrètement le plus souvent considérés à la fois comme des ressources et des traitements. La justice qui s'y applique se rapproche plus de celle appliquée à la distribution de greffons (ressource rare à caractère thérapeutique) que celle des secours aux nécessiteux. Aussi y retrouve-t-on une modalité de sélectivité mise en lumière par Jon Elster9 dans son travail sur les « choix tragiques » en médecine : celle qui conduit à favoriser les personnes « vulnérables mais pas trop », c'est-à-dire les individus qualifiables dans l'ordre du besoin mais qui présentent des chances raisonnables de tirer profit de l'aide octroyée.

---

[8] Génard J.L. (1999) : *Les grammaires de la responsabilité*, Cerf, Paris.

[9] Elster J. (1993) : *Local Justice. How Institutions Allocate Scarce Goods and Necessary Burdens.* Russel Sage Foundation, New York.

Les registres de l'expertises sur autrui

Les experts sur les personnes que nous avons rencontrés sur nos différents terrains sont sollicités dans un double registre parfois de manière combinée et parfois de manière exclusive. Le premier registre est celui de l'expertise sur autrui c'est-à-dire un ensemble de savoirs spécialisés qui forment une grille de lecture de l'individu et de sa situation. Le savoir médical est bien entendu le parangon de cette « expertise sur ». Solidement constituée, institutionnellement reconnue comme spécialisée et nettement distinguée du savoir profane, l'expertise médicale, lorsqu'elle est convoquée, prime bien souvent sur toutes les autres. C'est le cas dans le champ du handicap. Mais les autres secteurs ou les autres dispositifs qui ne sont pas confrontés au pouvoir médical voient se déployer une grande variété d'expertises : les savoirs économiques, psychologiques, juridico-institutionnels permettent de construire respectivement l'inemployabilité sur le marché du travail, l'inadaptation, l'inéligibilité dans le droit, ou encore le « handicap social ».

L'expertise-diagnostic et l'expertise thérapeutique comportent certes une dimension psychologique importante comme l'ont rappelé maints auteurs depuis Robert Castel (1981) : les « savoirs sur l'âme » sont d'autant plus mobilisés que la doctrine sociale à laquelle adhèrent les acteurs de cet Etat social actif, considère que le sujet (ses désirs, sa mobilisation, son engagement, la prise de conscience de ses difficultés etc...) font aussi bien partie du problème que de la solution. La démocratisation de la « culture psychologique » (Castel, Le Cerf, 1980) permet dans certains milieux ou instances marqués par la concurrence professionnelle de trouver un langage commun de qualification de l'individu. Il n'est pas étonnant dans cette perspective que les émotions suscitées dans les interactions avec les usagers prennent autant de place dans les jugements. Mais on ne saurait réduire l'activité de jugement de nos experts à une mise en récit « personnaliste » des biographies individuelles ou des situations.

Expertises sur autrui et normes conventionnelles de marchés

Après cette enquête aux multiples ramifications, on peut enfin affirmer que l'expertise sur autrui est une expertise sur les normes conventionnelles de marchés. La vulnérabilité ou l'exposition aux risques se mesure en fonction de l'éloignement ou de la proximité à une norme conventionnelle d'accès au marché des places dans l'environnement plus ou moins immédiat de la personne. Dans cet exercice de cartographie des marchés, le marché du travail tient bien évidemment une place essentielle. Si les normes de la vie sociale ou les normes morales coutumières sont placées sous le sceau du relativisme, les normes de marché sont encore plus labiles et situées. Mais elles s'imposent comme une donnée indépassable de la vie appréhendée comme une série de compétitions pour l'accès aux positions sociales. Les conventions d'embauche qui structurent la relation formation-emploi sont sectorielles et locales et c'est la connaissance du fonctionnement concret de marchés du travail saisis d'emblée dans leur pluralité qui est reconnue à travers la voix donnée aux professionnels de terrain. De manière plus prégnante encore, puisque les directeurs-trices de structures peuvent participer à la décision, l'état de tension sur le marché local des places d'accueil des personnes handicapées ou sur l'offre de logement social pèsent sur les jugements au cas par cas sur les droits. Cette connaissance contextualisée de la structure et de l'intensité de la compétition dans les différents domaines de la vie sociale intervient de ce fait dans l'évaluation des (in)capacités d'intégration sociale mais aussi dans l'appréciation de l'efficacité probable des solutions proposées pour (r)établir l'autonomie des personnes. La valorisation des savoirs locaux est particulièrement nette dans les deux terrains, Contrat de Transition Professionnelle et Fonds d'Aide aux Jeunes, qui se présentent comme des « districts de l'insertion » recrutant leurs experts dans un périmètre réduit et homogène.

Connaître autrui : les professionnels comme observateurs

Le second registre de l'expertise, celui de l'expertise d'autrui, est celui de la connaissance d'autrui au titre d'informateur ou de témoin de ses faits et gestes. Les professionnels sont alors mobilisés sur une fonction d'observateur qui relate et atteste d'une situation ou de comportements. Cette fonction ne peut être accomplie à distance ; elle s'appuie sur un jugement de proximité. Dans ce registre, la proximité associée à la durée est une ressource. La proximité, la connaissance profonde de la personne, se construit d'ailleurs dans le temps. L'expertise d'autrui est à ce titre un opérateur de confiance, dont on voit le rôle essentiel pour l'accès aux droits et aux avantages.

Les biographies sont passées au crible d'une norme de progression qui implique un réel travail sur le temps. Les biographies individuelles sont à la fois travaillées (par les instructeurs) et examinées par les acteurs-experts sous de multiples angles temporels. Le scenario met en scène le récit des faits et des intentions avec les moments clés de la trajectoire : des moments de rupture qui peuvent être aussi des moments de révélation. Les trajectoires sont aussi considérées dans leur durée, dans la continuité temporelle : la durée d'accompagnement et la norme de « progression biographique » implicite qui peut être appliquée aux individus entre le « début » de l'histoire et aujourd'hui ou entre l'avant et l'après du « coup de pouce » financier.
L'évaluation du mérite autant que l'avenir probable requiert un jugement en durée c'est-à-dire un jugement répété dans le temps, que ce dernier se fasse par le biais d'une relation diachronique ou de la reconstitution d'une trajectoire passée. Devant la partialité des informations fournies, dans un contexte de massification des demandes qui poussent à synthétiser les dossiers ainsi que les récits de vie, face aux temps d'instruction raccourcis qui multiplient les défauts de preuve, il est logique pour les acteurs de déplorer les difficultés de raccorder les temps et de reconstruire de la cohérence. L'expertise d'autrui se renforce donc dans la fonction d'accompagnement ; le suivi du professionnel fonctionne comme le révélateur des intentions en même temps qu'il permet le témoignage crédible sur les intentions faites acte. L'accompagnateur est tout particulièrement le témoin de la docilité institutionnelle des individus, de leur relation aux dispositifs qui sont autant de signaux de l'engagement de la personne dans son projet. Lorsque le jugement bascule de manière exclusive dans le registre de l'expertise d'autrui, on peut assister à une fuite en avant dans le proche : un référent est plus crédible qu'un conseiller, mais un coach l'est plus qu'un référent.

Equipement de l'expertise normative et rationalisation de jugement

Les différents terrains que nous avons explorés nous amènent à relativiser la thèse de Robert Castel qui prédisait une automatisation de la gestion des populations à risques avec la montée en puissance des fichiers de population[10]. Le travail des experts apparaît plutôt comme cerné par les outils-experts qui ne relèvent que rarement d'ailleurs de fichiers individualisés.
Nous montrons que la rationalisation de l'activité est plus de type bureaucratique qu'épidémiologique, qu'elle se déploie moins dans le registre de l'anticipation que dans l'élaboration de procédures pour

[10] Il peut être utile pour lire les résultats de ces enquêtes de revenir à la thèse défendue par Robert Castel il y a 30 ans dans *La gestion des risques* (1981) non pas tant pour l'infirmer ou la confirmer que pour nourrir l'imagination sociologique sur notre objet. L'ordre post-disciplinaire qu'il y dessinait s'organisait autour du couple bipolaire informatisation-psychologisation qui voit l'administration être équipée techniquement pour opérer une gestion des flux de population à risque dans une logique préventive désolidarisée de la prise en charge, alors que concomitamment la « culture psychologique de masse caractérisée par la prépondérance des codes individualisants comme grille d'interprétation de la réalité, des techniques d'action psychologique comme instruments de sa transformation » (Castel, Le Cerf, 1980, p. 39) étend son domaine d'influence jusqu'à travailler le regard que les « normaux » portent sur leur propre vie. Cf. Castel R., Le Cerf F. (1980), « Le phénomène « psy » et la société française. Vers Une nouvelle culture psychologique », *Le Débat*, 1980/1, p. 32-45.

homogénéiser et rationaliser les manières de juger en prétendant évacuer au passage ce qui pourrait être dénoncé comme une tentation moralisatrice des acteurs. Les standards sont transposés en barèmes qui fixent des seuils, des forfaits et des montants-types susceptibles de transférer vers la règle le pouvoir d'interprétation du social un temps attribué aux juges-experts. C'est le cas des seuils de « reste-à-vivre » dans les Fonds d'Aide aux Jeunes ou de l'aide forfaitaire de la commission indigence en prison. Mais les procédures d'examen au cas par cas qui institutionnalisent la dérogation à la règle, affaiblissent le pouvoir prédictif de tels instruments bureaucratiques censés garantir la neutralité de la décision.

Perspectives

Ce projet permet de rendre compte d'un aspect quelque peu invisible de la professionnalité des travailleurs sur autrui que l'on a tendance à recentrer sur l'interaction face-à-face avec l'usager. On observe plutôt un système d'accompagnement des personnes vulnérables et des professionnels pris dans des engagements crédibles réciproques. Lors des restitutions que nous avons réalisées auprès des acteurs de terrain, cet aspect de leur travail a été bien compris. La recherche débouche sur une sociologie de la construction des liens de confiance locaux dans la chaîne des diagnostics et pronostics sur les personnes. Les collectivités territoriales et notamment les conseils généraux aux prises avec les contraintes gestionnaires et organisationnelles de la mise en œuvre de réponses personnalisées dans l'action sociale sont un espace de valorisation et de réflexion important pour le projet.

Principales publications issues du projet de recherche

Ouvrages

Lima L.(dir.), L'expertise sur autrui. L'individualisation des politiques sociales entre droit et jugements, Bruxelles, PIE Peter Lang, 2013.

Bureau, M.-C et Sainsaulieu, I. (dir), Reconfigurations de l'Etat social en pratique : les interactions entre institutionnels, professionnels et citoyens dans le champ de l'intervention sociale, Presses Universitaires du Septentrion, 2011.

Articles dans des revues à comité de lecture

Brun F., Corteel D., Pelisse J., « L'accompagnement des licenciés économiques dans le cadre du contrat de transition professionnelle : expertise et expérience », Revue française de sociologie, n°533/3, 2012, p.429-459.

Bureau, M-C, Rist, B., « Questions de santé et questions de travail : quelles conciliations dans les commissions d'attribution des droits aux personnes handicapées ? », Sociologies pratiques, n° 26, 2013.

Bureau M-C, Rist B., « Les figures de la participation des usagers dans les commissions d'attribution des droits aux personnes handicapées », Vie sociale, 4/2012.

Bureau M.-C., Lima L., Rist B., Trombert C., « La traduction de la demande dans l'aide sociale individualisée de masse. Les cas du handicap et de l'insertion des jeunes », Revue Française de l'Administration Publique, n° 145, avril-mai, 2013.

Le Bianic T., "Certified expertise and professional responsibility in organizations: the case of mental health practice in prisons", The Sociological Review,, 59(4), 2011, p.803-827.

Le Bianic T., Malochet G., « Les modes de coordination entre intervenants en santé mentale en milieu carcéral : logiques professionnelles et dynamiques organisationnelles »,Cahiers de la Sécurité, 2010, n°11,p. 183-189.

Lima L., « Les frontières de l'expertise », Cahiers internationaux de sociologie, vol CXXVI, 2009, p. 149-155.
Lima L., Trombert C., « L'assistance-chômage des jeunes sous condition d'accompagnement. De quelques mécanismes du non recours par éviction », Lien social et politiques, n° 70, 2013.

Projet ANR : L'expertise sur autrui. La construction du jugement dans les magistratures sociales (ESA)

Coordinateur

Léa Lima, sociologue, maîtresse de conférences au CNAM, Laboratoire Interdisciplinaire pour la Sociologie Economique (LISE - UMR CNAM-CNRS), chercheure associée au CEE (Centre d'Etudes de l'Emploi)

Partenaires

Jérôme Pelisse, Laboratoire Printemps, Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines, jerome.pelisse@uvsq.fr

Participants au projet

Charles-Eric Adam (Université Paris-Ouest Nanterre, GSPM)
Catherine Bourgeois (CNAM, LISE)
François Brun (CNRS, GTM-CRESPA)
Marie-Christine Bureau (CNRS, LISE)
Delphine Corteel (Université de Reims, IDHE-Cachan)
Thomas Le Bianic (Université Paris-Dauphine, IRISSO)
Marie Loison (Université Paris 13, CERAL)
Barbara Rist (CNAM, LISE)
Christophe Trombert (Université Lyon 2, MODYS)

Processus de vulnérabilité et parcours des personnes au grand âge : régulations juridiques et pratiques sociales

(Vulnérabilité – ANR 2008)

Le Borgne-Uguen Françoise, sociologue, MCF, Laboratoire d'Etudes et de Recherche Sociologique, ex-Atelier de Recherche Sociologique (EA 3149), Université de Brest.
Francoise.leborgne-uguen@univ-brest.fr

Rebourg Muriel, juriste, Professeur, Centre de Recherche en Droit Privé (EA 3881), Université de Brest.
Muriel.rebourg@univ-brest.fr

Nous sommes parties du constat que les lois et dispositifs prenant en compte la question des vulnérabilités, de la fragilité et de la santé partagent un certain nombre d'orientations. Promotion de l'autonomie et responsabilisation accrue de l'individu deviennent des principes normatifs, voire des règles de droit, à tous les moments de son parcours. Ces normes se prolongent aussi par celles de la responsabilisation des proches, voire de professionnels ; ces tiers sont chargés d'assurer la représentation des intérêts de la personne dans le domaine de la santé, des modes de vie à domicile et en établissement, et de l'appel aux services des proches et/ou de professionnels.

Enjeux et objectifs

Cette recherche a été centrée sur un double objectif :

- identifier les différentes acceptions, définitions et indicateurs de la vulnérabilité présents dans les rapports publics, dans les travaux scientifiques et dans le corpus juridique pour identifier les spécificités éventuelles de ces définitions et indicateurs dans le champ de la vieillesse ;
- analyser la manière concrète dont ces définitions et critères de la vulnérabilité orientent et encadrent les parcours des personnes au grand âge.

La recherche s'est organisée en trois axes, mobilisant à la fois des sociologues, des juristes et des politistes. Le premier s'est centré sur la sociogenèse de la notion de vulnérabilité dans le champ du vieillissement. Le second a porté sur le respect de l'autonomie et la protection de la personne vulnérable dans la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs. Le troisième a envisagé les décisions prises au moment d'événements susceptibles de faire rupture dans les parcours des personnes dites vulnérables.

La notion de vulnérabilité a mobilisé des politistes, des sociologues et des juristes sur des populations particulières (pauvres et précaires, bénéficiaires de minima sociaux, personnes isolées, principalement). Toutefois l'utilisation de cette notion dans le champ du vieillissement est récente et a motivé cette recherche. Le premier constat est l'hétérogénéité de ce que recouvre le terme de vulnérabilité selon les acteurs en présence. L'enjeu a été de montrer que ce terme est utilisé et a des effets sur les pratiques retenues pour préserver l'autonomie de la personne. Dans les moments d'affaiblissement des capacités, la responsabilisation et la répartition du soin et du soutien génèrent des tensions entre la personne, les proches et les professionnels. Lorsque les responsabilités se répartissent de manière instable, auprès et entre la personne, ses proches et les professionnels, elles produisent des effets en matière de qualification de la personne, plus souvent associée à celle d'une personne vulnérable.
La multiplication des dispositions du droit (droit civil, santé et droit des usagers) et les interventions de l'entourage affectent et transforment le pouvoir que la personne âgée est susceptible de garder sur elle-même et sur son environnement.

Méthodes et approches

La notion de vulnérabilité, ses origines, sa mobilisation

Il s'agissait d'identifier :

- les différentes acceptions, définitions et indicateurs de la vulnérabilité présents dans le corpus juridique, dans les travaux scientifiques – anglophones et francophones - et dans les rapports publics ;
- les spécificités de ces définitions et indicateurs dans le champ de la vieillesse.

La recherche a été construite à partir d'une revue de la littérature sur la vulnérabilité et la fragilité dans le domaine du vieillissement. Une méthode de travail pluridisciplinaire, internationale et comparative a été mise en place. Les recherches ont été conduites sur des bases de données intégrant à la fois les sciences humaines et sociales et/ou les sciences techniques et médicales. Ainsi 9 bases de données pluridisciplinaires (Academic Search, Sage, Science Direct, SUDOC, Base de IEP Rennes) ou spécialisées en santé publique (BDSP, Medline) et gérontologie (FNG, CLEIRPA) ont été analysées.
Pour mieux cerner la spécificité des notions et de leur développement en France et à l'étranger, ce sont 4 revues de la littérature qui ont été réalisées sur chacun des termes suivants : *vulnerability*, vulnérabilité, *frailty*, fragilité. Les travaux menés dans les champs anglophones et francophones ont été comparés : d'abord au travers d'une comparaison *frailty*/fragilité, puis d'une comparaison *vulnerability* /vulnérabilité, et enfin dans le cadre d'une comparaison plus globale des notions de *frailty* & fragilité par rapport celles de *vulnerability*- vulnérabilité.

Les juristes ont analysé la notion de vulnérabilité dans les textes légaux et la jurisprudence en recherchant tout d'abord le terme de vulnérabilité puis en identifiant les situations juridiques ayant un lien avec la vulnérabilité, alors même que le mot n'est pas utilisé dans un texte légal ou dans une décision de jurisprudence.

La mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection juridique et ses usages en matière de réduction de la vulnérabilité

A l'analyse de décisions de justice rendues par les juridictions suprêmes et recensées grâce à aux bases de données juridiques s'est ajoutée une analyse des recours effectués devant certains juges du fond (Tribunaux d'instance de Quimper et Lyon) pour apprécier le contentieux porté devant les juges judiciaires sur une période d'un an et demi (sept. 2009-déc. 2010). Au total 109 dossiers judiciaires de personnes âgées de plus de 75 ans ont été étudiés : cet échantillon a été construit auprès des greffes des deux juridictions concernées, en prenant les 10 premiers dossiers ouverts ou ré-ouverts chaque mois et ce, tous les trois mois. Ce recueil de données sur les deux terrains a été mutualisé entre sociologues et juristes. L'examen de ces dossiers anonymés s'est effectué au moyen de grilles de lecture constituées en commun par juristes et sociologues.
Une fois les données recueillies, des entretiens avec les professionnels ont porté sur les commentaires des résultats de la recherche. Ils ont été effectués au dernier stade de la recherche pour vérifier les résultats obtenus. Ainsi des entretiens avec les magistrats concernés (juges des tutelles mais aussi membres du parquet civil) et des mandataires judiciaires à la protection des majeurs ont été réalisés en binôme au moyen de grilles d'entretien élaborées en commun par juristes et sociologues.

Décisions dans les parcours du vieillir : la vulnérabilité comme un processus individuel et collectif au sein de la famille

L'analyse des prises de décisions a nécessité d'identifier l'implication et le rôle de l'ensemble des acteurs et leurs manières de définir les contextes de vulnérabilité. Un suivi longitudinal a été réalisé

durant une période de 6 mois auprès de 35 personnes âgées de plus de 75 ans après qu'elles aient, depuis moins de 6 mois, eu recours à un ou plusieurs professionnels de soins ou d'accompagnement, dans des contextes organisationnels diversifiés : domicile, maison de retraite. La population de recherche a été identifiée à partir des situations suivantes : un centre de santé (2 parcours) ; l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) (1) ; un accueil de jour (2) ; un hébergement temporaire (2) ; un service d'urgences d'un hôpital (4) ; un séjour hospitalier d'une durée supérieure à 3 jours (3) ; une consultation mémoire (6) ; une maison de retraite (15). Pour chaque type d'événement, le responsable de la structure a été contacté, il a fourni aux chercheurs une liste d'individus concernés par ces situations. En fonction du nombre de situations totales à suivre (35 au total), une proportion de situations était estimée (le suivi a été engagé auprès de 2 personnes sur les 6 qui fréquentaient l'accueil de jour depuis moins de 6 mois par exemple). En cas de refus, le suivi était proposé à la personne suivante ayant eu recours à ce dispositif. Ce tirage « aléatoire » a été effectué par les chercheurs à partir de la liste des individus concernés. Il a permis de démarrer le premier recueil de données, lequel a été renouvelé 3 mois plus tard, puis 6 mois plus tard.

Résultats scientifiques

Fragilité, dépendance, vulnérabilité : des terminologies imbriquées

La difficulté de définir la vulnérabilité en droit civil, et plus largement en droit privé (en dehors du droit pénal qui connaît bien cette notion), s'explique par le fait que le droit repose sur des qualifications juridiques qui prennent en considération l'élément factuel pour le faire entrer dans une catégorie juridique préexistante d'où résultera le régime juridique. La vulnérabilité ne constitue pas une catégorie juridique mais est un terme « fédérateur » comme en atteste son utilisation plus ou moins explicite par le législateur, la jurisprudence et la doctrine juridique.
La revue de littérature a permis de montrer que la vulnérabilité est un instrument de mesure de la faiblesse relationnelle des personnes âgées, de leur système de relation et d'adaptation au sein de la société, alors que la fragilité serait un instrument de mesure de la faiblesse physique des personnes âgées, d'un état interne qui a aussi des conséquences extérieures. Dans la vulnérabilité, l'approche globale intègre les facteurs physiques dans une perspective d'analyse des relations de la personne avec son environnement. Il n'y a pas de focalisation sur les seules dimensions physiques de restriction des mobilités fonctionnelles par exemple. Dans la fragilité, l'approche est marquée par des fondements biomédicaux et par l'analyse de l'état de faiblesse physique, cognitif voire psychologique de la personne âgée. Les effets des facteurs économiques, sociaux, environnementaux, sont progressivement et plus ou moins pris en compte selon les auteurs, mais la plupart du temps ils sont envisagés en tant que facteurs modulateurs, c'est-à-dire atténuant ou aggravant l'état de santé des personnes âgées[11]. La mobilisation des notions de vulnérabilité et de fragilité dans le champ des politiques de la vieillesse montre en quoi elles sont des objets ou critères de déploiements d'instruments et de dispositifs d'action publique visant les personnes âgées. Ces dernières peuvent également être associées à une recomposition du système de protection sociale, se traduisant par l'action sur l'environnement et l'appui aux réseaux sociaux et micro-sociaux qui soutiennent directement les personnes âgées. Des éléments d'individualisation sont présents, ils sont en relation plus ou moins directe et explicite, avec des choix en termes de (re)distribution des responsabilités, entre la personne, ses proches et des intervenants présents au titre de l'action publique.

La protection juridique : une ressource pour répondre au processus de vulnérabilité

L'étude des modalités concrètes de la mise en oeuvre de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs nous a permis de connaître l'effectivité ou non des nouvelles règles. L'apport des

[11]H. Michel, « La notion de Fragilité des personnes âgées : apports, limites et enjeux d'une démarche préventive », *Retraite et société*, 2012/1 n°62, pp. 174-181.

sciences sociales a été important tant dans la conception et l'utilisation de nouveaux outils de recherche (base de données) que dans la constitution de corpus de données longitudinaux, moins habituelle pour le juriste.
Les indicateurs et données collectés dans les dossiers judiciaires et auprès des praticiens du droit (juges, mandataires judiciaires) comme ceux recueillis au cours des suivis de parcours des personnes ont été co-construits et mis à la disposition des juristes autant que des sociologues. Cette posture a éloigné une tentation internaliste d'analyse du droit et a conduit à accepter que sociologues et juristes, se saisissent, chacun à leur manière, les usages sociaux du droit comme une pratique sociale participant de la construction des parcours du vieillir avec des besoins de soutien.

Les logiques d'action des professionnels du droit et des mandataires professionnels vis-à-vis de la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007, entrée en vigueur partir du 1er janvier 2009, ont été mises en évidence.
Le premier résultat montre que la protection juridique est utilisée pour réduire des vulnérabilités mais que paradoxalement le répertoire législatif mis en place pour le législateur en 2007 n'est pas utilisé pleinement. Ainsi la gradation du mandat en matière personnelle, - qui permet de reconnaître l'autonomie du majeur si son état le permet (art. 459 C. civ.) ou de mettre en place une simple assistance (même en cas de mise sous tutelle) ou, le cas échéant, une représentation pour les actes relatifs à sa personne, n'est pas usitée pour les personnes du grand âge. Lorsqu'une mesure de tutelle est prononcée, elle comporte quasi-systématiquement une disposition sur les biens et sur la personne, avec représentation dans les deux domaines. Et même en matière de curatelle, mesure en principe mise en place pour des personnes ayant une altération de leurs facultés moins importante, l'autonomie de la personne est peu reconnue par les magistrats. Ces résultats attestent d'une faible individualisation de la mesure pour les personnes âgées de plus de 75 ans.

Le second résultat est que la mise sous protection juridique n'est pas uniquement liée à la situation intrinsèque de la personne mais est liée au contexte, aux caractéristiques de son environnement relationnel et de ses ressources économiques et sociales. La mise sous protection juridique d'un majeur est parfois davantage une question de tensions dans les processus d'entraide et de responsabilité dans la famille que de représentation de l'expression de la volonté du parent.
Trois contextes de demande ont été différenciés, correspondant toujours à un moment où la continuité de l'organisation des soutiens fait question. Un premier type de situations regroupe celui où des abus à l'égard des personnes sont identifiés, particulièrement à domicile. Ils prennent la forme de maltraitance, commerciale ou financière, de la part de tiers en situation de précarité, parfois des cohabitants (enfants, fratrie, amis), des voisins, des intervenants à domicile. Une seconde situation renvoie aux contextes des personnes qui ne parviennent plus à réaliser leur « travail de papier », du fait de l'affaiblissement de leurs capacités, cognitive ou sensorielle, sans qu'aient été anticipées des modalités de délégation préalables (procuration, délégation) ou en l'absence de parenté, (filiation, collatéraux). Une troisième situation concerne les contextes de tensions entre différents parents sur la répartition du travail de soutien, sur l'hétérogénéité des mobilisations au sein des fratries, et particulièrement sur les sources de financement à mobiliser lorsque des délégations professionnelles sont envisagées (augmenter des services à domicile au-delà des allocations publiques ou changer de domicile et entrer dans une maison de retraite et assumer le coût mensuel des frais d'hébergement).
Nous avons montré comment, au moment de ces décisions de protection, les affections familiales se combinent avec les logiques de transmissions patrimoniales et de prise en charge des coûts induits par l'externalisation de la réalisation d'une partie du soin et de l'accompagnement, pour la personne et ses différents parents, en places de filiation et de conjugalité.

La dynamique des arrangements de soutien en situation d'incertitude

Les arrangements ont été identifiés dans trois situations contrastées :

- Les temps du soin et de la vie à domicile ;

- Les temps de l'incertitude et de la crainte de bifurcations lors d'hospitalisations suivies de séjours de rééducation/repos ;
- Les temps de la recherche d'un autre chez soi : l'installation en maison de retraite.

Trois processus sont présents dans les manières dont les conjoints et les enfants qualifient la dynamique de leur propre situation à l'égard de leur parent, à certains moments du parcours. En particulier, ceux où la personne ne peut plus auto-produire ses services domestiques et de santé, autant qu'auparavant, et/ou ceux où le soutien des proches ne peut plus être le seul appui. Le premier renvoie au fait que le processus de vulnérabilité est actif au sein de la configuration familiale lorsque certains de ses membres sont à la recherche de ressources accrues ou nouvelles. La présence de ressources, identifiées et accessibles, permet une redéfinition des modalités du soutien conjugal, du soutien filial à l'égard d'un ascendant. Elles renvoient à des compétences profanes de production de soin et de services domestiques, à des rapports sociaux plus ou moins inégalitaires entre les sexes et à l'existence de possibles relais intra familiaux.
Le deuxième processus présent dans la dynamique de ces postures de soutien des enfants et des conjoints tient à une interdépendance familiale qui ne va pas de soi et qui mobilise des accès différenciés aux protections socialisées et aux dispositifs publics. Ainsi, les événements (adapter ou changer de logement, résider en maison de retraite, solliciter une intervention à titre onéreux) sont des occasions de vulnérabilités, individuelles et collectives. Celles-ci émergent du fait des enjeux présents entre l'économie des sentiments et l'économie des biens et des transmissions, de la personne, mais aussi des différents membres de la famille.
Le troisième processus relève des logiques d'imbrication, - entre tensions, élaboration de consensus, voire négociations - entre soutiens des professionnels et soutiens profanes. Au-delà des règles de droit, une régulation normative est produite dans les interactions entre les différents intervenants. Au-delà de l'incertitude quant au devenir de la situation dans le temps, les qualifications données à la situation en termes de risques par les différents acteurs, mobilisent les déontologies, les modes d'exercice professionnels et les expériences professionnelles antérieures de ces praticiens. Ils conduisent à des ruptures d'arrangements de soutien ou, *a contrario*, à des capacités de mobilisation, d'adaptation, vers de nouveaux arrangements valorisés par l'individu concerné et par les membres de son entourage, qui font l'expérience du soutien dans la durée.

La dialectique de la préservation du pouvoir sur soi et la visée de préservation de l'autonomie des personnes à certains moments du parcours pose une double question : celle de la sur-responsabilisation de l'individu et de ses proches ; celle des pouvoirs et de l'autorité que des tiers vont mobiliser, au titre des protections qu'ils exercent. La sociologie montre que l'attribution de « capacités » via le droit peut aussi être comprise comme un enjeu de frontières entre les responsabilités individuelles et l'appel à des solidarités familiales « sous contraintes », dans un moment de réduction de l'accès à des solidarités collectives.

Le fait de mobiliser ou de différer le recours aux différents droits, la mise en question de l'adéquation de certaines dispositions juridiques, donnent à comprendre les logiques présentes entre acteurs, au sein et au-delà de la parenté. Les manières par lesquelles les acteurs, y compris l'individu pour lui-même, interviennent et qualifient la situation au plan juridique, permettent de saisir les enjeux des places et des activités de soutien.
Le droit de l'usager, le droit des malades et le droit de la protection juridique des majeurs sont mobilisés, ou non, en fonction des événements et des réponses retenues : hospitalisation, entrée en établissement, recours aux services à domicile. Une ou plusieurs autres personnes de la parenté, un ou plusieurs professionnels, peuvent être amenés à contribuer au projet de vie d'une personne : personne de confiance, protecteur familial, mandataire judiciaire... Ces différentes dispositions juridiques, les normes des organisations ou les règles des professionnels entrent en tension les unes avec les autres.
En définitive, les contours de l'autonomie individuelle sont flexibles comme ceux de la protection de la personne. La sociologie montre que la vulnérabilité au grand âge constitue un processus de vulnérabilité individuelle qui est à analyser aussi comme un processus de vulnérabilité pour autrui

(conjoint, enfants). Elle révèle aussi une construction des formes de vulnérabilité qui s'expriment dans les liens entre incapacités, capacités mobilisées/préservées/encouragées et ressources contingentes de l'environnement.

Perspectives

« Vers un droit de la personne vulnérable ? »

Pour le juriste, la question se pose de savoir si la notion de vulnérabilité peut être considérée comme une notion juridique sur laquelle pourrait reposer une théorie générale, c'est-à-dire un ensemble de règles protectrices des personnes vulnérables quelle que soit l'origine de leur vulnérabilité ou son impact sur leur capacité juridique. La construction d'une théorie générale de la protection de la personne des sujets vulnérables permettrait d'instituer un statut personnel différencié protégeant les plus vulnérables dans leurs rapports avec autrui, notamment dans l'expression de leur volonté et/ou l'émission d'un consentement, reconnaissant ainsi un droit *de* la personne vulnérable au sein *des* personnes civiles.

Le critère de l'âge pourrait-il être opérant pour faire entrer la personne dans cette catégorie nouvelle ? Il est bien délicat de déterminer un âge qui présumerait d'une vulnérabilité, car de grandes différences existent entre les individus quant à leur vieillissement. La catégorisation par l'âge n'est pas en outre dans la tradition française. Enfin, cet ensemble de règles pourrait avoir un domaine d'application plus large que celui des « personnes âgées ». Mais la difficulté de théoriser sur la protection du majeur vulnérable réside en une définition normative de la vulnérabilité qui passerait par la création d'une catégorie juridique des personnes vulnérables nécessitant la prise en compte de différentes sortes de situation de fait. Or cette catégorisation de la vulnérabilité en droit semble difficile à réaliser, tant les causes de vulnérabilité sont diverses (sociale, physique, psychique..) et les réponses apportées par le droit variées. En définitive, sauf à laisser au juge le soin de définir *in concreto* la vulnérabilité du majeur face à une situation donnée, l'idée d'une catégorisation des majeurs vulnérables – catégorisation propre à la sphère juridique – est à construire.

Le processus de vulnérabilité : entre l'impératif du gouvernement de soi et la perte d'autonomie

Pour le sociologue : si la vulnérabilité est devenue un référentiel d'action publique, si elle est associée dans une visée de prévention biomédicale au terme de fragilité (Michel, 2012 : 179)12, la polysémie de ce terme interroge les conditions de son usage. Le processus de vulnérabilité a été qualifié à partir de ce qui fait événement pour les différents acteurs des configurations de soutien aux moments de la recherche d'une nouvelle répartition d'un travail qui s'accroît, entre parents, entre parents et professionnels. Ce travail montre l'intérêt et aussi les limites scientifiques d'une recherche qui cherche à décrire, à catégoriser ce qui constitue les processus de vulnérabilité. Deux points de vue complémentaires permettent d'aller au-delà de ce que nous nommions jusqu'ici par le terme de processus de vulnérabilité. Le premier prend au sérieux l'impératif social du gouvernement de soi et ses enjeux lorsque l'autonomie de la personne est décrite comme instable, en particulier dans les relations entre parents. Le second porte sur les relations et formes d'accompagnement institutionnel dont vieilles personnes et parents sont destinataires, et parfois partenaires. La fréquentation d'une consultation mémoire, d'un accueil de jour, l'usage d'une Allocation Personnalisée à l'Autonomie, la formulation d'une maladie, peuvent renforcer un mouvement de gouvernement de soi, doublé par un gouvernement par autrui, lorsque la personne est représentée, assistée pour s'exprimer, pour agir.

[12] Michel H., 2012, « La notion de fragilité des personnes âgées : apports, limites et enjeux d'une démarche préventive », *Retraite et société*, n° 62, p. 174-181.

Nous suivons l'analyse de D. Vrancken (2010)13 qui, reprenant les analyses foucaldiennes sur la régulation d'ensemble de la société, montre que celle-ci véhicule l'idée d'autonomie et, en même temps, diffuse de multiples procédures à suivre, souvent relayées par des professionnels. Cette perspective permet de saisir en quoi les parents des personnes se trouvent enjoints de réaliser ce travail de gouvernement de soi auprès de leur parent, au prétexte d'une sollicitude publique qui cherche à faire régner un certain ordre. La parole des vieilles personnes qui souffrent d'affaiblissement de leur capacité d'interlocution, est ainsi officiellement déplacée, remise à des tiers.

Concepts et méthodes pour une recherche interdisciplinaire entre droit et sociologie

Cette recherche a permis de repenser la fonction normative du droit traditionnellement fondée sur la contrainte pour penser autrement le droit et les manifestations de la production normative. Le droit n'apparait plus seulement comme une force contraignante, la prescription d'un comportement mais comme un « devoir-penser qui fait de la réception de la norme une condition de sa force »[14]. Nous (sociologues et juristes) considérons que les acteurs envisagent le droit comme « offrant des éléments (en nombre variable) de définition du cadre d'une situation »[15]. […] Il s'agit alors de montrer que la légitimité juridique ne préexiste nullement à la mise en œuvre du droit, mais se construit quotidiennement par les arguments et décisions judiciaires[16]. Le droit fait toujours question et « les itinéraires juridiques sont des activités de familles en même temps qu'ils sont affaires d'Etat »[17]. Les sociologues peuvent ainsi chercher à intégrer leurs travaux sur ces questions en sociologie du droit, en sociologie de la famille, en sociologie de la santé. Ils sont aussi invités à mettre en relation leurs analyses avec une sociologie générale. Ce type de recherche conduit aussi les juristes à poursuivre une analyse du droit et de sa construction et notamment à s'interroger sur la possible construction d'une théorie générale de la vulnérabilité ou d'un statut spécifique à certaines situations que rencontre une faible part des personnes dites âgées.

Productions scientifiques

Campéon A, Le Bihan B, Mallon I, 2012, « Formes et effets de la pluridisciplinarité dans le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer », Gérontologie et société, Métiers de la gérontologie : nouveaux champs professionnels, nouvelles perspectives, n°142, p. 129-141.

Campéon A, Le Bihan B, Mallon I, 2013, « Les trajectoires de maladie d'Alzheimer : des incertitudes négociées entre patients, famille et monde médical », in Brodiez-Dolino A., Eyraud B., Laval C., Ravon B. et Von Bueltzingsloewen I. (dir.), Vulnérabilités sanitaires et sociales. Approches sociologiques et historiques, Rennes, PUR (collection sociologie), (sous presse) 2013.

Hudebine H., 2013, « De la dépendance à la fragilité et à la vulnérabilité dans les politiques de la vieillesse en France ? » in Michel H. et Béland F. (dir.), *La fragilité des personnes âgées : Définitions, controverses et perspectives d'action*, Rennes, presses de l'EHESP, p. 229 et s.

Le Borgne-Uguen F., 2012, « L'expérience de la protection juridique au sein des couples âgés : recours au droit, économie conjugale et économies familiales », dans Le Borgne-Uguen F. et Rebourg M. (dir.), 2012, *L'entraide familiale. Régulations juridiques et sociales*, Rennes, coll. Des Sociétés, PUR, p. 209-233.

Le Borgne-Uguen F., 2013, « Exercice familial d'une protection juridique à l'égard d'un parent âgé et variations des formes du vieillissement», dans Hummel C., Mallon I., Caradec V. (dir.), « Vieillesses et Vieillissements : regards sociologiques », Rennes, coll. Le sens social, PUR (sous presse).

---

[13] Vrancken D., 2010, *Le Nouvel Ordre protectionnel. De la protection sociale à la sollicitude publique*, Lyon, Editions Parangon, coll. Situations et critiques, 182 p.

[14] F. Brunet et C. Groulier, Force normative et droit : perspectives épistémologiques, présentation au collège de France en 2009 de l'ouvrage *Forces normative, naissance d'un concept*, ss. dir. C. Thibierge, oct. 2009, LGDJ/Bruylant.

[15] P. Lascoumes et E. Serverin, 1995, « Le droit comme une activité sociale : pour une approche wébérienne des activités juridiques, Lascoumes P. (dir.), *Actualités de Max Weber pour la sociologie du droit*, Paris, LGDJ, p. 155-177.

[16] I. Théry, 1993, *Le démariage, justice et vie privée*, Paris, Odile Jacob, 1993.

[17] F. Le Borgne-Uguen F. et M. Rebourg (dir.) *Introduction*, *L'entraide familiale : régulations juridiques et sociales,* Rennes, PUR, coll. Des Sociétés, p. 7-20.

Michel H., 2012, « La notion de fragilité des personnes âgées, Apports, limites et enjeux d'une démarche préventive », *Retraite et Société*, 2012/1, n°62, p. 174-181.
Michel H., 2013, « Les notions de fragilité et de vulnérabilité des personnes âgées », in Lefeuvre-Darnajou K. (dir.), *Agir ensemble contre la maltraitance dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux*, éditions EHESP, à paraître en 2013.
Michel H., 2013, (dir. avec F. Béland), *La fragilité des personnes âgées : Définitions, controverses et perspectives d'action*, Rennes, EHESP.
Moisdon-Chataigner S. 2012, « Les apports des règles éthiques pour les décisions personnelles du majeur protégé », (Dir. Gzil F. et Hirsh E.) *in Alzheimer, Ethique et Société*, éd. Eres, p. 332.
Pennec S., 2010, « Le soin des parents âgés : des configurations variables selon les milieux sociaux, le genre et l'usage des services professionnels », dans Cresson G., et M. Mebtoul (dir.), *Famille et santé,* Rennes, Presses de l'EHESP, Coll. Recherche, santé, social, p. 31-62.
Pennec S., 2012, « Les solidarités pratiques du soin au grand âge : entre inégalités familiales et précariat professionnel » dans Le Borgne-Uguen F., Rebourg M. (dir.), *L'entraide familiale. Régulations juridiques et sociales,* Rennes, PUR, coll. Des sociétés, p. 255-279.
Pennec S., 2013, « Manières d'habiter et transitions biographiques à la vieillesse » dans Membrado M. et A. Rouyer (dir.), *Habiter et vieillir,* Eres.
Rebourg M., Favier Y ., Louis-Pécha A, 2013, « L'entrée en institution de la personne âgée vulnérable : protection et autonomie personnelle » in « Les solidarités entre générations » Larcier-Bruylant, janv. 2013, pp. 863-878.
Rebourg M., Burdin E., 2013, « La vulnérabilité dans l'espace juridique : la situation des personnes du grand âge », Brodiez-Dolino A., Eyraud B., Laval C., Ravon B. et Von Bueltzingsloewen I. (dir.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales. Approches sociologiques et historiques*, Rennes, PUR (collection sociologie), sous presse.
Rebourg M. et Le Borgne-Uguen F., 2013, « Concepts et méthodes de la sociologie et du droit à propos de la question de la vulnérabilité au grand âge, *Revue de gérontologie brésilienne (Kairós)*, n°spécial, sous presse.

Projet ANR : Parcours de vulnérabilité au grand âge : le malade, l'usager, le majeur protégé (Vulage)

Coordinateur

Rebourg Muriel, Centre de Recherche en Droit Privé (EA 3881), Université de Brest.
Muriel.rebourg@univ-brest.fr

Equipes partenaires

Centre de recherche en Droit Privé (CRDP), EA 3881, Université de Brest
Laboratoire d'études et de recherche en sociologie (LABERS ex Atelier de Recherche sociologique), EA 3149, Université de Brest
Centre sur les soins de longue durée, la vulnérabilité et la maladie d'Alzheimer (SOLO), EHESP, Rennes
Avec la collaboration de membres de l'IODE Univ. Rennes 1

Participants

Bourrat Anne, IODE-Rennes 2 : bourrat.gueguen@wanadoo.fr
Bascougnano Sandra, LABERS-Université de Brest : sbascougnano@gmail.com
Burdin Elsa, CDPOCC-Université de Savoie : elsa.burdin@gmail.com
Beaulieu Marie, Université de Sherbrooke, Centre de recherche sur le vieillissement, Québec.
Marie.Beaulieu@usherbrooke.ca
Campéon Arnaud, SOLO-EHESP : Arnaud.Campeon@ehesp.fr
Darnajou-Lefeuvre Karine, SOLO-EHESP : Karine.Lefeuvre-Darnajou@ehesp.fr
Douguet Florence, LABERS-Université de Bretagne Sud : florence.douguet@univ-ubs.fr
Favier Yann, CRDP-Rennes 2 : yann.favier@orange.fr
Guerin-Seysens Dorothée, CRDP-Université de Brest : dorothee.guerin@univ-brest.fr
Hudebine Hervé, LABERS-Université de Brest : Herve.Hudebine@univ-brest.fr

Le Bihan Blanche, SOLO-EHESP : Blanche.LeBihan@ehesp.fr
Le Borgne-Uguen Françoise, LABERS-Université de Brest : francoise.leborgne-uguen@univ-brest.fr
Louis-Pécha Agnès, CRDP- Université de Brest
Martin Claude, SOLO-EHESP : Claude.Martin@ehesp.fr
Michel Hervé, MADOPA : herve.michel@madopa.fr
Moisdon-Chataîgner Sylvie, IODE Rennes 1 : sylvie.moisdon-chataigner@univ-rennes1.fr
Pennec Simone, LABERS-Université de Brest : simone.pennec@univ-brest.fr
Rebourg Muriel, CRDP-Université de Brest : muriel.rebourg@univ-brest.fr

Approche juridique comparée des risques psychosociaux au travail (France - Europe du Nord et du Sud, Canada/Québec, Japon) : quels apports au regard du système français ?

(Jeunes Chercheuses-Jeunes Chercheurs – ANR 2009)

Loïc Lerouge
COMPTRASEC UMR CNRS 5114
Université de Bordeaux
Loic.lerouge@u-bordeaux4.fr

Les facteurs de risques psychosociaux au travail altèrent la santé notamment par le jeu de certaines organisations du travail, du stress, du harcèlement, de la violence et qui génèrent de l'épuisement, de la souffrance, encore du stress, de la dépression pouvant conduire jusqu'au suicide. Conjugués aux questions de la précarité du travail, les facteurs de risques psychosociaux produisent ainsi des troubles psychiques, mais aussi somatiques. Ces troubles liés au milieu ou à l'activité professionnelle deviennent un véritable enjeu de santé, y compris publique, ainsi que d'efficacité entrepreneuriale et donc de management. Cette évolution de la question de santé-sécurité au travail est constatée aussi bien en France qu'à l'étranger. L'ensemble des systèmes développés du travail est concerné.

Si des disciplines scientifiques se sont inquiétées et ont décrit ces évolutions des conditions de travail, le droit rencontre des difficultés à les saisir. Les différents systèmes juridiques sont en effet le plus souvent soumis à des prises en compte ponctuelles du phénomène. Toutefois, des pays apparaissent particulièrement sensibilisés aux problèmes liés à l'altération de la santé mentale au travail en Europe – d'autres moins – et certains pays extra-européens connaissent une expérience qui leur est propre et particulièrement éclairante.

Enjeux et objectifs

L'objectif et les enjeux du programme COMPARISK se présente sous la forme d'une tentative et d'une contribution à une évaluation du système français dans sa manière de prendre en compte les risques psychosociaux au travail au regard des systèmes étrangers. Si un certain nombre de dispositifs juridiques ont été élaborés pour répondre de façon plus ou moins ciblée aux risques psychosociaux, il n'existe pas d'étude juridique globale et comparée.

L'enjeu est aussi de comprendre comment le droit peut se saisir de la problématique des risques psychosociaux et de comprendre comment il peut s'appliquer. L'objectif est donc de mettre en perspective le système français par rapport à des systèmes illustrés par des pays de l'Europe du Nord, des pays de l'Europe du Sud, mais aussi le Canada (la province du Québec notamment) et le Japon.

Méthodes et approches

De grandes questions se posent. Comment le droit social se saisit-il [ou non] des risques psychosociaux (côté travail, côté sécurité sociale) ? Il est aussi nécessaire de s'interroger sur la question de savoir si les dispositifs juridiques existants sont existants, suffisants ou adaptés pour prendre en compte les risques psychosociaux. Faut-il légiférer sur la question ? Comment les acteurs réceptionnent-ils les dispositifs juridiques ? Où placer désormais les limites entre vie au travail et vie personnelle (champ d'application du droit du travail) ?

Outre la constitution d'une documentation spécifique et les recherches documentaires classiques en droit, plusieurs journées d'études ou séminaires ont été organisés ; chacun faisant l'objet d'un document de travail. Ces manifestations ont été articulées autour de quatre thématiques :

- Acteurs sociaux et organismes de prévention des risques professionnels internationaux et européens et risques psychosociaux au travail. Stratégie et action au regard du cadre juridique à leur disposition.
- État de la reconnaissance et de la prise en charge des risques psychosociaux par les droits et les institutions d'Europe du Sud.
- État de la reconnaissance et de la prise en charge des risques psychosociaux par les droits et les institutions d'Europe du Nord.
- Analyse comparée du droit communautaire et des droits nationaux des pays européens étudiés.

Dans le même temps et d'un point de vue de terrain, des enquêtes ont été menées auprès des acteurs sociaux, institutions et organismes spécialisés internationaux, nationaux et régionaux (Aquitaine) en matière de santé-sécurité au travail. Enfin, deux séjours de recherche étaient pendant une durée de trois mois au sein de la Chaire de recherche du Canada en droit de la santé et de la sécurité du travail (Université d'Ottawa) et à l'Université de Tokyo (Institut des sciences sociales et Global Centre of excellence) de manière également à rencontrer les collègues chercheurs et les acteurs.

Résultats scientifiques

Une chronologie de prise en compte et des approches différentes suivant les pays

L'un des objectifs était de situer la France dans sa manière de prendre en compte les risques psychosociaux au sein de son système juridique par rapport aux pays de l'Europe du Sud et du Nord, mais aussi du Canada (particulièrement la province du Québec) et du Japon. La problématique est un sujet de préoccupation commun à ces différents pays, mais avec une chronologie de prise en compte très différente comme pour l'approche et la sensibilisation.

L'espace du droit communautaire a la spécificité d'être soumis à la législation sur la santé-sécurité au travail de la directive-cadre du 12 juin 1989. Toutefois, à l'intérieur même de ce cadre, les approches juridiques sont différentes notamment par le jeu de la transposition en droit interne de la directive et donc de l'interprétation qui en est faite par les législateurs et les juges nationaux. Il apparaît que la France se situe à la frontière entre le Nord (à partir de la Belgique) et le Sud. Dit d'une autre manière, le système juridique français a tardé à prendre en compte la question des risques psychosociaux au travail par rapport aux systèmes du Nord de l'Europe (« culture » de ces questions plus ancienne), mais en même temps il est en avance sur les systèmes des pays situés au Sud du Continent. Par ailleurs, le système français a considérablement rattrapé son retard au regard des pays du Nord alors que ces derniers – hormis la Belgique – ont plutôt tendance à régresser sur la question.

Le Canada et le Japon abordent la question des risques psychosociaux par leurs effets en se concentrant notamment sur la compensation. Dans le sillage du Québec, quelques provinces canadiennes ont adopté une législation spécifique au « harcèlement psychologique », mais qui ne représente qu'un facteur de risques psychosocial parmi d'autres. Si l'employeur a l'obligation de prévenir le harcèlement psychologique, il sera sanctionné par le jeu de la compensation entrainé par la réalisation de ce risque qui a produit une « lésion psychologique ». Le juge intègre toutefois dans sa jurisprudence la responsabilité de l'employeur en matière de protection de la santé mentale au travail.
Le Japon surprend quant à lui par le manque de dispositions juridiques en lien avec cette problématique alors même qu'il est gravement touché à la fois par le harcèlement moral, la surcharge de travail, le *burn-out*, la mort subite ou le suicide causé par la surcharge du travail (*karôshi* et *karojisatsu*). À nouveau, c'est le droit de la sécurité sociale qui va intervenir avec un régime spécifique

aux *karôshi* et *karojisatsu*. La reconnaissance du caractère professionnel des troubles de la santé mentale est encore difficile malgré un positionnement du juge clairement en faveur de cette reconnaissance et de celle de l'employeur (comme au Canada). Le Japon pose toutefois de manière très spectaculaire le problème de la surcharge de travail et des effets du temps consacré au travail sur la santé. Au regard du Canda et du Japon, le système français est plus ouvert à la prévention.

Mettre l'accent sur la prévention primaire plutôt que sur la réparation et la compensation

L'étude de ces différents régimes juridiques, mais aussi comment les acteurs sont susceptibles de s'en saisir, montre que l'accent doit être porté sur la prévention (primaire) plutôt que sur la réparation et la compensation. Cet aspect ne doit néanmoins pas être négligé car il représente un pan entier du système de prise en charge des risques au travail et contribue à la prévention par le jeu du coût représenté par la survenue d'un accident ou d'une maladie, mais aussi des leçons tirées de leur survenance.

Faut-il légiférer en France spécifiquement sur les « risques psychosociaux » ? Il n'est pas nécessaire de consacrer un dispositif juridique spécifique aux risques psychosociaux avec en outre les difficultés inhérentes à la définition de la notion en des termes juridiques. La Belgique est cependant le seul État actuellement à s'orienter vers une définition juridique des risques psychosociaux de manière à les distinguer notamment en termes de fondement juridique du harcèlement et à prendre en compte toute la dimension organisationnelle de ce type de risques. En France, il serait plus tentant d'optimiser les dispositifs existants tout en veillant à réduire le déséquilibre dans l'approche de cette question entre le secteur privé et la fonction publique, notamment en droit. La France possède des points forts qui méritent d'être renforcés au regard de leur confrontation aux risques psychosociaux (CHSCT, médecine du travail, dispositifs d'alerte, etc.). Il est important aussi de parvenir à un système couvrant à la fois véritablement les grandes et moyennes entreprises ainsi que les petites entreprises.

Il serait souhaitable d'intégrer le fait que les conditions de travail doivent être adaptées aux capacités physiques et mentales qui sont différentes d'une personne à une autre comme la législation suédoise le montre. Une des problématiques qui fait que les risques psychosociaux sont une question complexe porte sur la subjectivité et les différences de réaction d'une personne à une autre face à un facteur psychosocial. Malgré les difficultés, cet aspect ne doit pas être ignoré par le droit. Celui-ci intègre d'ailleurs expressément le principe de l'adaptation du travail à l'homme.

L'importance de la jurisprudence française

La jurisprudence apparaît très active et innovante en France et se démarque des autres pays. La France reconnaît ainsi une obligation de sécurité de résultat à la charge de l'employeur, des suicides en accident du travail voire de la faute inexcusable de l'employeur dans certains cas. Le juge s'est aussi immiscé dans le pouvoir de direction de l'employeur et remet en question des organisations du travail jugées susceptibles de porter atteinte à la santé des travailleurs (immixtion du juge dans le pouvoir de direction de l'employeur « au nom de la santé »). La jurisprudence française est très dense par rapport à la majorité des pays étudiés car la voie de la médiation n'est pas privilégiée à l'inverse d'autres systèmes dans lesquelles cette voie alternative au contentieux est souvent priorisée pour les cas de harcèlement ou de trouble de la santé mentale au travail. Dans ces pays les problèmes se règlent plutôt au sein de l'entreprise.

Dépasser l'approche en terme individuel pour prendre en compte l'environnement de travail

La plupart des pays étudiés aborde la question risques psychosociaux quasi systématiquement par le facteur du harcèlement moral. Or, prendre en compte les risques psychosociaux signifie sortir d'une approche individuelle telle que justement représentée par le harcèlement. Il s'agit désormais

d'envisager une prévention à une échelle plus collective visant notamment l'organisation du travail voire d'élargir le champ de la SST à la notion d'« environnement de travail » qui prend en compte l'ensemble des facteurs liés au travail. La négociation collective de branche et d'entreprise sont aussi des facteurs important de transfert des dispositions juridiques sur le terrain. Le système français règle majoritairement le problème une fois le contrat de travail rompu au contentieux.

Renforcer l'effectivité du droit français

La France est en effet confrontée à un important problème d'application du droit qui rend finalement son système moins effectif que d'autres. La question de l'amélioration des conditions et de l'effectivité de contrôle des politiques de santé-sécurité au travail se pose également.

Il apparaît que la France dispose sur le plan strictement juridique d'un dispositif plutôt développé contrastant avec les autres pays au regard notamment du caractère « de résultat » de l'obligation de sécurité et d'une réglementation spécifique au harcèlement moral à l'interprétation extensive. En revanche, le système connaît des difficultés d'effectivité du droit, autrement dit d'application de l'arsenal juridique existant sur le terrain. Tous les acteurs doivent concourir à l'amélioration de cet aspect de la question de l'approche juridique des risques psychosociaux en favorisant notamment l'interdisciplinarité. Il s'agit ainsi de rapprocher les exigences du droit et la capacité à prévenir les risques psychosociaux.

Perspectives

Aider à améliorer la prise de conscience du législateur, du juge et des partenaires sociaux (droit conventionnel) que le travail se transforme et que certains facteurs organisationnels altèrent la santé mentale des travailleurs. La question repose ainsi sur l'intégration dans les organisations de leurs effets potentiels sur la santé des travailleurs. Il s'agit aussi de montrer qu'en droit [et en fait], la santé physique n'occupe plus une place prépondérante. Si le projet connaît une dominante juridique, il est question aussi de promouvoir l'interdisciplinarité et la collaboration différentes disciplines. Il s'agira également de s'intéresser davantage aux petites entreprises.

Outre améliorer les connaissances, les perspectives sont aussi de créer du lien et de fédérer : travailler ensemble, mettre en lien des équipes de recherches, être en mesure d'assimiler le retour du terrain (mise en relation de la recherche et des préventeurs). Dans cette perspective, le réseau de contacts universitaire, interdisciplinaire et institutionnel a été mobilisé pour créer au niveau régional (Aquitaine) au sein du laboratoire COMPTRASEC un Observatoire régional des RPS en Aquitaine (ORRPSA) conçu comme une initiative expérimentale.

Un réseau international et national de contacts universitaires, interdisciplinaires et institutionnels s'est créé autour de ce projet COMPARISK. Ce réseau est mobilisable pour répondre à un appel à projets européen.

Productions scientifiques

Publications

■ Publiées

LEROUGE L., « Workplace Bullying and Harassment in France and Few Comparisons with Belgium: a Legal Perspective », *JILPT Report n° 12/2013 - Workplace Bullying and Harassment - 2013 JILPT Seminar on Worklplace Bullying and Harassment*, 2013, p. 39-59 http://www.jil.go.jp/english/reports/documents/jilpt-reports/no.12.pdf

LEROUGE L., CALAFÀ L. (dir.), *Il rischio psico-sociale nel lavoro. Un'analisi comparata*, numéro spécial Lavoro e Diritto, n° 2, printemps 2012, 392 p.

LEROUGE L. « Il rischio psico-sociale, un'analisi giuridica comparata tra il Nord e il Sud dell'Europa », *Lavoro e Diritto*, n° 2, printemps 2012, p. 233-255

LEROUGE L. (dir.), *Approche institutionnelle des risques psychosociaux au travail*, Semaine Sociale Lamy, Supplément n° 1532, 30 avril 2012, 56 p.

LEROUGE L., DEDESSUS-LE-MOUSTIER N., « Une réflexion syndicale contrastée sur la prévention des risques psychosociaux », *RDT*, novembre 2011, p. 627-633

■ Projets d'ouvrages en cours de publication

LEROUGE L. (dir.), *Approche interdisciplinaire des risques psychosociaux au travail*

LEROUGE L. (dir.), *Approche juridique des risques psychosociaux au travail*

■ Rapports/Documents de travail

LEROUGE L., *Risques psychosociaux et système japonais de prévention des risques au travail*, Rapport séjour de recherche au Global Center of Excellence (GCOE) et à l'Institut des Sciences sociales, Université de Tokyo, programme ANR COMPARISK, 2012, http://comptrasec.u-bordeaux4.fr/sites/default/files/pdf_book/RapportCOMPARISK_Japon.pdf,59 p.

LEROUGE L., *Risques psychosociaux et système canadien de prévention des risques professionnels*, Rapport séjour de recherche à la Chaire du Canada de droit de la santé et de la sécurité au travail, Université d'Ottawa, programme ANR COMPARISK, 2012, http://comptrasec.u-bordeaux4.fr/sites/default/files/pdf_book/RapportCOMPARISK_Canada.pdf,76 p.

LEROUGE L. et al., *Risques psychosociaux : politique communautaire et droits internes (France, Europe du Sud, Europe du Nord)*, synthèse des journées d'études internationales des 29 et 30 septembre 2011, COMPTRASEC, Université Montesquieu-Bordeaux IV, http://comptrasec.u-bordeaux4.fr/images/stories/contrats/Synthese_journees_29-30septembre2011_Droit_communautaire_droits_nationaux.pdf, 92 p.

LEROUGE L. et al., *Les pays de l'Europe du Nord face à la prévention des risques psychosociaux. Droit, politiques de prévention, dialogue social (Belgique, Norvège, Pays-Bas, Suède)*, synthèse des Journées d'études internationales des 3 et 4 mars 2011, COMPTRASEC, Université Montesquieu-Bordeaux IV, http://comptrasec.u-bordeaux4.fr/images/stories/telechargement/contrats/Comparisk/synthese_journees_3-4mars2011_europedunord.pdf, 129 p.

LEROUGE L. et al., *Les pays de l'Europe du Sud face à la prévention des risques psychosociaux. Droit, politiques de prévention, dialogue social (Espagne, Grèce, Italie, Portugal)*, synthèse des Journées d'études internationales des 23 et 24 septembre 2010, COMPTRASEC, Université Montesquieu-Bordeaux IV, http://comptrasec.u-bordeaux4.fr/images/stories/telechargement/contrats/Comparisk/Synthese_EuropeSud_RisquesPsychosociaux.pdf, 75 p.

LEROUGE L. et al., *Acteurs sociaux et organismes de prévention des risques professionnels internationaux et européens et risques psychosociaux au travail. Stratégie et action au regard du cadre juridique à leur disposition*, synthèse des Journées d'études internationales des 1er et 2 mars 2010, COMPTRASEC, Université Montesquieu-Bordeaux IV, http://comptrasec.u-bordeaux4.fr/images/stories/telechargement/contrats/Comparisk/Synthese_journees_1er2mars2010.pdf, 60 p.

Coordinateur

Loïc Lerouge, Chargé de recherche CNRS, Centre de droit comparé du travail et de la sécurité sociale (COMPTRASEC UMR 5114) CNRS - Université de Bordeaux
Loic.lerouge@u-bordeaux4.fr

Participants au projet

Philippe AUVERGNON, Directeur de Recherche CNRS, COMPTRASEC UMR CNRS 5114 CNRS - Université de Bordeaux
Maryse BADEL, Maître de conférences, COMPTRASEC UMR CNRS 5114 CNRS - Université de Bordeaux
Gautier DEBRUYNE, Ingénieur d'études, COMPTRASEC UMR CNRS 5114 CNRS - Université de Bordeaux
Sandrine LAVIOLETTE, Ingénieure d'études, COMPTRASEC UMR CNRS 5114 CNRS - Université de Bordeaux
http://comptrasec.u-bordeaux4.fr/projets-de-recherche/approche-juridique-compar-e-des-risques-psychosociaux-au-travail

Gouverner les conduites ?

La question du gouvernement des conduites et des corps a été étudiée dans trois projets qui explorent sur le siècle dernier, le rapport entre sports, genre et vulnérabilité, le lien entre activités physiques et santé, et pour la période contemporaine, le gouvernement des conduites alimentaires dans le cadre de la lutte contre l'obésité.

Le sport, comme ensemble de pratiques corporelles réalisées dans un but récréatif, hygiénique ou compétitif et dans un cadre règlementaire minimum, est un analyseur particulièrement intéressant des vulnérabilités de genre. Les quatre conjonctures historiques choisies (1914-1925, 1939-1948, 1967-1975, années 2000) sont marquées par des crises majeures, voire des guerres, et par une hausse de la vigilance sanitaire, une remise en ordre, voire en cause, des rapports sociaux de sexe et des modèles de genre. Les résultats mettent en évidence que si les formes de vulnérabilité et les registres de stigmatisation varient, le sport reste un espace de discrimination de genre et de consolidation des stéréotypes autour de la fragilité féminine et de la force masculine. Au sortir de la guerre, les figures de la sportive et de la professeure d'éducation physique et sportive vont alimenter l'image d'une femme nouvelle. Si dans les années 70, la visibilité des sportives reste encore marginale, corrélée à leur réussite et toujours commentée du point de vue de leur féminité, en revanche la grossesse commence à ne plus apparaitre comme incompatible avec le retour à une pratique performante. Les hommes, toujours jugés selon leur niveau de performance, s'exposent à de nouveaux risques avec le dopage. A la période plus contemporaine, l'exposition à l'homophobie, au sexisme ou encore la fragilité sociale et psychologique sont des marques de vulnérabilités. (Liotard)

Depuis quelques années, les dimensions sanitaires de l'activité physique ont pris une importance nouvelle dans l'action des pouvoirs publics et dans les débats scientifiques. L'approche historique, depuis la fin du 19eme siècle jusqu'à nos jours, permet de caractériser les conditions sociales, politiques et culturelles nécessaires à la mobilisation collective en faveur d'une plus grande activité physique au sein de la population et de mieux spécifier la situation contemporaine. Suivant les époques étudiées, l'activité physique apparait tour à tour comme un moyen de lutte contre l'affaiblissement, l'apathie, la négligence du corps, la perte d'attention des élèves, les retards de croissance, le rachitisme, la tuberculose ou, plus récemment, contre le déséquilibre alimentaire, le surpoids ou l'obésité. Dès la fin des années 1880, les représentations se nourrissent des arguments savants. Les campagnes d'information et les mobilisations des réseaux d'encadrement des populations cibles apparaissent comme des « constructions précaires », dont l'organisation s'est professionnalisée surtout depuis les années 1970/1980. (Defrance, El Boujjoufi, Radel, Hoibian, Combaz)

Les actions publiques dans le domaine du gouvernement des consommations alimentaires présentent la spécificité de contribuer à prescrire des comportements dont elles affirment, dans le même temps l'exigence d'autonomisation. L'analyse conjointe des modalités de mise sur l'agenda public du problème de l'obésité, des instruments mobilisés, du rôle des acteurs, - publics ou privés -, des pratiques des consommateurs, permet de caractériser les transformations en cours dans les actions publiques.
Les résultats mettent en évidence une grande diversité d'acteurs en présence (entreprises, entrepreneurs privés, associations,…). Des entrepreneurs privés s'instituent comme acteurs légitimes et contribuent à former des diagnostics, des instruments ou encore à coordonner l'activité d'acteurs publics et associatifs. En se définissant comme des « partenaires » plutôt que comme des cibles de l'action publique, des entreprises contribuent à mettre l'accent sur les comportements des consommateurs plutôt que sur les compositions des aliments. L'action des pouvoirs publics, quant à elle, s'appuie sur une diversité d'instruments (étiquetage, fiscalité), tout en privilégiant les labels ou les chartes d'engagement volontaire ou l'accompagnement des consommateurs dans la maitrise de leur consommation. Souvent en articulation ou en concurrence avec celle du secteur privé ou associatif,

l'action des pouvoirs publics relève d'abord d'une action sur ceux qui gouvernent les conduites. Ces constats montrent que les frontières entre intervention publique, intérêts privés et démarches militantes sont particulièrement labiles. A l'opposé d'une valorisation excessive du rôle de l'information et des prescriptions, l'observation des pratiques des individus montre que le cycle de vie, notamment les effets de génération, les situations familiales, sociales et économiques sont des déterminants majeurs des consommations. (Bergeron, Nouguez)

Sport, genre et vulnérabilité en contexte de crise, de la Grande Guerre au XXIe siècle

(Vulnérabilité – ANR 2008)

Liotard Philippe, sociologue, Centre de Recherche et d'Innovation sur le Sport, Université Lyon1, philippe.liotard@univ-lyon1.fr

Les travaux sur le sport et le genre sont aujourd'hui nombreux, diversifiés et reconnus par la communauté scientifique. Ceux qui interrogent les vulnérabilités dans le sport ou à travers des notions connexes comme les violences ou les discriminations, constituent un volet des recherches contemporaines. En revanche, peu de questionnements articulent dans une même préoccupation le champ sportif, le genre et les vulnérabilités. C'est ce que nous avons tenté de réaliser à travers quatre conjonctures historiques.

Enjeux

Les relations entre les pratiques sportives et les multiples formes de vulnérabilités et de violences individuelles ou collectives sont aujourd'hui bien documentées et rapportées aux différents contextes. La médiatisation et la commercialisation de certaines pratiques physiques renforcent les effets des stéréotypes de genre pouvant ainsi accentuer les vulnérabilités liées, par exemple, à l'estime de soi ou à la recherche d'un idéal corporel. La multiplication et la diversification des sports tout au long du vingtième siècle se fait dans le cadre d'un contrôle de la médecine sur les pratiquants, comme sur l'ensemble de la population. Là encore, les idées reçues concernant la fragilité des femmes ou des enfants et les modèles d'excellence corporelle valorisés par le discours médical induisent une normalité physique et produisent des injonctions à l'exercice qui tendent à renforcer les « clichés » de genre. Certaines avancées légales, concernant, par exemple, l'accès aux pratiques, permettent de limiter au moins dans les textes l'exclusion des femmes de certaines activités, sans toutefois aller jusqu'à l'égalité de considération et de traitement. Car, concrètement les situations demeurent inégalitaires et discriminantes, en termes de sexe, de race, d'origine sociale ou de handicap. De plus, le rôle des pratiques sportives dans la valorisation des comportements risqués pour soi et pour autrui est également bien étudié.

Si certains de ces travaux distinguent les processus en jeu pour les hommes et pour les femmes, peu d'entre eux adoptent pleinement les contributions et renouvellements théoriques des *Gender Studies*. Ceux-ci ont certes largement traité de la manière dont les politiques hygiénistes et les pouvoirs médicaux ont contribué spécifiquement à la définition normative de la féminité et de la masculinité. Toutefois, la place des pratiques sportives dans ces études est restée marginale en France, en partie parce que la rencontre entre histoire du sport et histoire du genre est extrêmement récente, et celle entre sociologie du sport et sociologie du genre à peine plus ancienne.

Le sport comme analyseur des vulnérabilités de genre et des types de masculinité et de féminité

Or, le sport, que nous avons défini comme un ensemble de pratiques corporelles réalisées dans un but récréatif, hygiénique ou compétitif et dans un cadre réglementaire minimum, est un analyseur particulièrement intéressant des vulnérabilités de genre, d'autant plus intéressant que ce qui s'y joue en matière de vulnérabilité, d'exposition à des mauvais traitements voire à des violences, semble aller de soi. « *Que voulez-vous ?,* pourrait-on dire, *c'est la loi du sport* ». Devenu en un peu plus d'un siècle un élément majeur de la culture de masse, le sport a joué un rôle privilégié dans les constructions sociales du genre et dans l'apprentissage des rapports sociaux, tout comme dans l'affirmation de la

norme sanitaire. D'une part, les pratiques physiques (qu'elles soient sportives ou non) participent au classement et à la stigmatisation des individus selon leur sexe et leur orientation sexuelle, à entretenir des types de masculinité et de féminité socialement convenus et à perpétuer des rapports de pouvoir et de domination entre les hommes et les femmes, mais aussi entre les hommes et entre les femmes. Cependant, ces pratiques offrent aussi aux individus le moyen de vivre leur corps différemment de l'expérience et des usages quotidiens qu'ils en font, de « s'arranger » des obligations du genre, voire même d'en bousculer partiellement l'ordre et les hiérarchies.

Dès lors, le contexte sportif apparaît particulièrement approprié pour questionner les relations entre vulnérabilité et genre d'un double point de vue. D'une part, il autorise l'analyse de la construction sociale d'états de vulnérabilité dans un cadre certes original mais qui concerne une grande partie de la population française. En effet, alors qu'elles ne concernaient qu'environ 1% de la population française avant la Première Guerre mondiale, les pratiques sportives en touchent désormais les trois-quarts. Comment le sport crée-t-il les conditions de la vulnérabilité des personnes en fonction de leur sexe, de leur identité de genre ou de leur orientation sexuelle ? Dans quelle mesure l'institution sportive accompagne-t-elle la norme médicale pour conforter l'énonciation de la fragilité ? En quoi, par exemple, l'exclusion de certains pratiquants, l'aménagement des règlements et des modalités de l'exercice ou la séparation des sexes relèvent-ils d'un même processus décliné différemment ? D'autre part, le contexte sportif permet aussi de repérer des formes de violence qui, bien que non spécifiques, trouvent là un cadre souvent favorable à leur expression : viols et autres violences sexuelles, sexisme, homophobie, insultes, non-dits et allusions, chantages, agressions physiques et psychologiques.

Objectifs

L'objectif de notre recherche a consisté à interroger les pratiques sportives dans des circonstances de crise et leur impact sur la réduction ou au contraire sur la production de vulnérabilités dans l'ordre du genre. Notre travail a investi la vulnérabilité des personnes à travers un ensemble hétérogène d'objets, depuis les règlements sportifs, les discours, les vêtements, les usages et soins du corps ou le contrôle des risques... Il s'est attaché à comprendre la manière dont se sont opérés des ajustements et des régulations qui, au plus près de l'expérience corporelle, agissent sur la transformation des positions de domination et des modes de discrimination. Il a notamment porté sur les institutions fédérales où se développent une grande partie des pratiques sportives. Celles qui gèrent des pratiques associées historiquement à la maitrise de la violence et/ou aux stéréotypes masculins, comme l'escrime, le cyclisme, le football ou le rugby ont été analysées aussi bien que d'autres plus fortement connotées comme féminines et pratiquées plus largement par des filles et des femmes, comme la gymnastique, dans ses modalités compétitives et de loisir, ou d'autres encore moins marquée historiquement comme l'alpinisme, les activités aquatiques ou le sport scolaire.

Méthodes et approches

La méthode adoptée proposait d'explorer quatre conjonctures qui semblaient pouvoir contribuer à éclairer les problématiques de la production ou de la réduction des vulnérabilités dans l'ordre du genre à travers la pratique d'activités physiques et sportives. L'étude des articulations sport-genre-vulnérabilité a combiné deux types d'approches : une approche historique pour les trois premières conjonctures et une approche sociologique pour la conjoncture la plus contemporaine. Les quatre périodes délimitées correspondant à des temps de crises majeures, voire de guerre, et à leurs conséquences immédiates. Ces périodes sont doublement marquées par une hausse de la vigilance sanitaire et une remise en ordre voire une mise en question – politique, sociale et culturelle – des rapports sociaux de sexe et des modèles de genre. Ces conjonctures singulières nous ont permis d'interroger également le cumul des vulnérabilités (physiques, sociales, psychologiques) et ont rendu plus visibles les effets du sport sur celles-ci. Les fenêtres ainsi ouvertes ont été fixées sur :

- la Première Guerre mondiale et l'immédiat après-guerre (1914-1925), temps où se conjuguent un double mouvement d'émancipation sociale et de « reprise en main » des femmes, un véritable désastre sanitaire consécutif au contexte de guerre et une réorganisation totale du mouvement sportif ;

- la Seconde Guerre mondiale et l'immédiat après-guerre (1939-1948), temps marqué là-aussi par la succession de phases de conservatisme et d'émancipation politique des femmes, une situation sanitaire dégradée et une relance du sport français ;

- les événements de mai-juin 68 et la crise des valeurs dans la société française (1967-1975), temps où se cumulent développement des mouvements féministes, « crise » de la masculinité selon certains auteurs et démocratisation remarquable des pratiques sportives ;

- les années 2000 et les crises sanitaires et sociales (2000-2008), temps caractérisé par une nouvelle quête politique et sociale en faveur de l'égalité entre les sexes, le retour de grandes épidémies et de pathologies chroniques, des désordres sanitaires (liés à la précarité par exemple) et les peurs associées (Sida, obésité...), des tensions identitaires au sein des jeunes générations issues de l'histoire coloniale, l'émergence d'une grande précarité et la transformation générale des pratiques sportives et de loisir.

Au sein de chacune de ces périodes, les différentes approches se veulent complémentaires. Au-delà de leurs différences, elles se sont attachées plus précisément :

- à caractériser, à partir des pratiques sportives et dans chaque configuration historique, les figures de la vulnérabilité. Femmes, hommes, enfant, adultes, seniors : comment l'articulation des normes médicales, des normes de genre et des normes sportives a-t-elle contribué à stigmatiser chaque population, à exposer les individus à des risques ou au contraire à les priver de pratique en raison d'une fragilité ou d'une faiblesse supposées ?

- à repérer la manière dont les pratiques et institutions sportives ont pu porter atteinte à la santé des personnes, créer des formes de vulnérabilité (physiques ou psychologiques) ou, au contraire, constituer des espaces de protection et de développement sanitaire en fonction du genre. Il s'agit ainsi de dépasser les discours de rationalisation, qui justifient la pratique par ses effets sanitaires et moraux, pour interroger les pratiques et leurs effets.

- à identifier les prises de position médiatiques, les réponses politiques et celles des fédérations sportives, apportées avec plus ou moins d'effets à la vulnérabilité des individus par et dans la pratique sportive[18] mais aussi à identifier les initiatives des individus qui parfois bousculent, voire rejettent les cadres institutionnels. Il peut en résulter une exposition plus grande aux risques ou bien une régulation de la pratique selon d'autres valeurs que la performance.

[18] Les corpus à interroger sont variées : archives des fédérations sportives, archives judiciaires, archives médicales et archives du Ministère de la Jeunesse et des Sports ; presses sportive, médicale, féministe, féminine et généraliste, entretiens avec des acteurs et des actrices et observations en situation pour les deux conjonctures les plus récentes. Certaines des contributions qui suivent ont fait l'objet de présentations académiques au cours de la réalisation du projet ; quelques-unes ont même pu être publiées, dans des versions plus longues, sous forme d'articles dans des revues. Lorsque c'est le cas, nous le mentionnons en début de chapitre, mais il nous a semblé que le maintien de la cohérence de l'ensemble justifiait de ne pas écarter ces textes.

Résultats scientifiques

Fragilité féminine et force masculine

D'une conjoncture à l'autre, les indicateurs ont varié, les formes de vulnérabilité et les registres de stigmatisation aussi. Un certain nombre de logiques ont été confirmées. D'une part, le sport est un espace de socialisation souvent générateur de discriminations de genre. La vulnérabilité supposée des femmes, par exemple, a longtemps conduit à leur interdire la pratique à visée compétitive pour les cantonner à des exercices physiques contrôlés, préparatoires à la fonction maternelle. Chez les jeunes hommes, en revanche, l'exhortation à la prise de risque, au dépassement de soi et à la recherche de l'excès produit une vulnérabilité qui se concrétise par des accidents, des blessures, voire la mort. Vulnérabilité symbolique d'un côté, vulnérabilité physique de l'autre, sur les deux premières conjonctures la pratique sportive fédérale comme les injonctions sociales (qu'elles soient éducatives ou sanitaires) organisent la partition des corps selon le sexe, afin de gérer la fragilité féminine et d'accroître la force masculine.

« Ce dont les femmes sont capables »

Cependant, les activités physiques et sportives possèdent un remarquable potentiel de déplacement des repères, de brouillage des identités et de mise en cause des préjugés. D'une guerre à l'autre, le militantisme féminin et l'opportunisme de femmes comme Alice Milliat ou Marie-Thérèse Eyquem[19] vont avoir un impact sur les représentations de « ce dont les femmes sont capables ». Au sortir de la seconde guerre, les figures de la sportive et de la professeur d'éducation physique et sportives vont alimenter l'image d'une femme nouvelle. Dans les années 1970, les mouvements de revendication pour l'égalité ne s'accompagnent pas de transformations univoques des pratiques. Au contraire, les réponses fédérales à l'arrivée des femmes vont de l'encouragement au maintien de l'exclusion. Dans la presse, la visibilité des sportives est encore très marginale et très largement corrélée à la réussite des sportives françaises et toujours commentée du point de vue de leur féminité. La grossesse, considérée, elle, comme l'aboutissement de la féminité commence à ne plus apparaître comme incompatible avec le retour à une pratique de performance. Les hommes, qui sont toujours jugés selon le niveau de leurs performances s'exposent à de nouveaux risques avec l'apparition puis le développement des pratiques de dopage. Enfin pour la période la plus contemporaine, les contextes sociaux (de précarité, de chômage, d'emprisonnement) font apparaître que les vulnérabilités sont infléchies par le sexe des personnes objectivement vulnérables. Il a par ailleurs été mis en évidence que le système sportif compétitif et ses institutions produisent de la vulnérabilité, par l'exposition de ses acteurs et de ses actrices à l'homophobie et au sexisme par exemple, mais aussi à la fragilité sociale et psychologique à l'issue de leur carrière. De même les ritualités festives qui accompagnent la culture sportive exposent, par exemple, ses pratiquants à l'alcoolisation.

Les vulnérabilités de genre ne peuvent être dissociés des autres types de vulnérabilité

Combiner individu, situation, contexte et conjoncture : le défi scientifique était à la hauteur de l'apparente complexité de ces emboitements. Rendant vaine toute ambition d'exhaustivité, le croisement de nos approches a néanmoins permis d'illustrer et d'exploiter le concept prometteur de « cumul de vulnérabilités ». Malgré des stratégies empiriques de sélection, nous avons en effet tenté

[19] Alicie Milliat fut une sportive très éclectique et la co-fondatrice et la présidente de la Fédération des sociétés féminines sportives de France créée en 1917. Puis elle a créé la Fédération sportive féminine internationale en 1921. *Marie-Thérèse Eyquem a été une dirigeante sportive inverstie dans diverses structures comme le* Rayon sportif féminin, la Fédération sportive de France ou la Fédération internationale catholique d'éducation physique et sportive. Elle est également connue pour son militantisme et ses convictions féministes qu'elle a développées au cœur du parti socialiste français.

de croiser systématiquement l'appartenance de genre en tant que source possible de vulnérabilité avec d'autres dimensions individuelles, situationnelles, contextuelles et conjoncturelles. Homme prisonnier et physiquement affaibli en temps de guerre, jeune fille scolarisée et sommée de lutter contre la dégénérescence de la race lors du retour à la paix, joueur de rugby devant prouver sa virilité au prix de sa santé, chômeur en temps de crise économique, jeunes gens et jeunes fille dits « de la diversité » : cette « intersectionnalité », théorisée par la juriste Kimberlé Crenshaw il y a déjà plus de vingt ans[20], a trouvé dans l'articulation de nos différentes études une stimulante illustration. La synthèse de toutes ces recherches dispersées dans le temps, mais aussi dans les espaces, les niveaux et les finalités des pratiques, nous permet ainsi de confirmer que les vulnérabilités de genre ne peuvent jamais être totalement dissociées des autres types de vulnérabilité. Elle nous permet enfin de démontrer que les hommes tout comme les femmes peuvent en souffrir, mais que, dans le monde du sport aussi, les deux sexes ne sont pas égaux devant les vulnérabilités.

Trois niveaux d'analyse peuvent être dégagés. D'une part, la violence symbolique de l'institution sportive ne peut pas être appréhendée de façon globale. Par ailleurs, la presse – y compris la presse dite « féminine » – n'est pas le lieu d'un dépassement des stéréotypes, elle est plutôt celui d'une consolidation. Enfin, les stigmatisations repérables dans les discours d'autorité ne suffisent pas à générer la vulnérabilité traquée par les chercheurs pas plus que les représentations qui fixent des populations a priori vulnérables.

Discussion des résultats

Le choix de conjonctures de crise, voire de guerre, mérite par exemple, d'être discutée. D'un côté, en effet, l'effet-loupe recherché est incontestable. Pour des raisons différentes, les quatre périodes abordées ont ainsi été extrêmement riches pour l'analyse des vulnérabilités de genre. Elles concentrent en un temps réduit des mécanismes plus visibles et plus remarquables que d'ordinaire. De l'autre, cependant, cette caractéristique interroge la « représentativité » de ces moments. Nous avons en effet montré que les quatre conjonctures ne font pas que rendre plus manifeste la nature des relations de genre dans et par le sport, mais qu'elles les transforment également. Elles constituent notamment de véritables fenêtres d'opportunités susceptibles d'ébranler l'ordre du genre dans un sens ou dans un autre. Les vertus des temps de crise ne sont pas de rendre plus visibles les grands mécanismes en jeu qui les précèdent ou qui les suivent, mais celles d'établir dans l'histoire des configurations singulières, possédant à bien des égards leurs propres dynamique. Ces conjonctures relèvent en quelque sorte moins de la transition que de la rupture.

Néanmoins, le résultat global de l'étude réalise l'articulation activités physiques et sportives, genre et vulnérabilité. Mais cela est le résultat d'une mise en cohérence a posteriori de travaux et d'études qui n'ont pas tous réussi à articuler les trois thématiques « sports » « genre » « vulnérabilité ». Pour aller vite, certains ont privilégié le questionnement sur « genre » et « sport » ou sur « sport » et « vulnérabilité ». Et il pouvait difficilement en être autrement tant la notion de vulnérabilité a interrogé les chercheuses et les chercheurs associés au projet, dans la mesure où elle les a amenés à réinterroger sous un angle nouveau leurs objets d'étude privilégiés. C'est donc seulement sur l'ensemble que cette triple articulation est réalisée, grâce au travail de mise en cohérence réalisé par les responsables de chaque conjoncture et par le pilote de l'ensemble du projet.
La vulnérabilité est en effet une notion qui ne figurait pas initialement dans la palette théorique des membres de l'équipe de recherche. Certaines et certains travaillaient sur les femmes dans le sport, d'autres sur les violences, d'autres encore sur les séniors…

[20] Professeur de droit à UCLA, Kimberlé Crenshaw a inventé ce concept en 1991 pour rendre compte des effets conjugués des discriminations. Elle lui permettait notamment de mettre en évidence la combinaison des vulnérabilités, notamment de la race et du genre.

Un des premiers biais a consisté à considérer implicitement des vulnérabilités pour des populations jugées a priori vulnérables (ou a contrario invulnérables) en raison de leurs caractéristiques propres (âge, sexe, statut social…). Un second biais (qui résulte du premier) a résidé dans le placage de la notion de vulnérabilité à des travaux conçus en dehors d'elle. Il pouvait alors suffire de glisser sémantiquement des violences aux vulnérabilités, des inégalités aux vulnérabilités, etc. En clair, il suffisait de changer les termes d'une problématique ou d'une recherche antérieure pour avoir l'impression de produire des connaissances nouvelles à l'articulation des sports, du genre et de la vulnérabilité. Cette réaction atteste de la difficulté à s'approprier de nouveaux outils intellectuels et à les faire fonctionner par-delà les habitudes épistémologiques et les routines méthodologiques. Elle est une réaction normale et a été le plus souvent dépassée par le travail de la confrontation que nous avons eu, tout au long de la réalisation du projet.

Une des conséquences de ce biais peut résider dans la surinterprétation des données du point de vue de la vulnérabilité. De même, sur l'ensemble des contributions, on assiste à une survalorisation des femmes considérée – sans toujours en interroger les fondements implicites – comme une population vulnérable. Malgré tout, nous avons su faire émerger des questionnements originaux visant notamment à voir comment la vulnérabilité se construit dans l'invulnérabilité (chez les nageuses de l'ancienne République Démocratique Allemande, chez les sportifs de haut niveau) ou encore comment des populations pensées comme vulnérables et dominées dans l'ordre du genre développent, par exemple des stratégies de résistance à la fragilité (résistances collectives à l'homophobie)

Perspectives

Parmi les perspectives possibles, nous avons identifié une nécessaire ouverture à la prise en compte de la masculinité comme espace de vulnérabilité, afin d'éviter tout autant les a priori associant les femmes à la fragilité ou à l'infériorité dans la pratique des sports que la survalorisation des problématiques rapportées à « la domination masculine ».
Par ailleurs, l'exploitation systématique du concept de « cumul de vulnérabilités » ou, dit autrement, l'attention portée aux logiques d'intersectionnalité nous semble d'autant plus féconde que la complexité des mécanismes observés ne permet pas de réduire les analyses à un seul facteur de fragilité.
Enfin, de manière plus générale, l'interrogation que nous avons menée tout au long du projet mérite d'être approfondie : il s'agit d'affiner ce qui caractérise des populations ou des individus comme étant vulnérables

Productions scientifiques

Ouvrages parus

Terret T., Robène L., Charroin P., Héas S., Liotard P. (dir.), *Sport, genre et vulnérabilité au XXe siècle,* Rennes, Presses universitaires de Rennes, sous presse 2013.
Héas S., *Les discriminations sportives dans les sports contemporains ; entre inégalités, médisances et exclusions,* Nancy, PUN, collection Epistémologie du corps, 2010, 243 pages.
Terret T., Mangan A.J. (eds.), *Sport, Militarism and the Great War: Martial Manliness and Armageddon,* London, Routledge Taylor & Francis, 2012, 308 pages.

Articles publiés

Bauer, T. et Vincent J., A Portrait of a Rugby Man with a «Broken Face» : Le Flambeau dans la nuit (Torch in the Night) (1927) by Henry Decoin, in *The International Journal of the History of Sport*, Vol 29, 10, 2012, p. 1405-1424.

Bazoge N., Saint-Martin J., Attali M.,Promoting the Swedish method of physical education throughout France for the benefit of public health (1868–1954), in*Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 2011.
Blondel Y., Liotard P. et Terret T., Les ouvrières et les pratiques physiques d'entretien à l'usine : genèse de la « gymnastique de pause » en France (1954-1973), *Stadion*, vol. XXXVI, 1-2, 2010, p. 95-117.
Feillet R. ; Bodin, D., Héas, S., Corps âgé et médias : entre espoir de vieillir jeune et menace de la dépendance, *Etudes de communication*, n°35, 2011, p 149-165.
Feillet R., Héas, S., Bodin, D., Corps et identité au grand âge : l'exercice corporel ou son abandon comme analyseur de lutte contre la vulnérabilité. *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol 24, n° 1, 2011, pp. 21-35/
Froissart, T., Exhumation et utilisation de l'image d'un résistant et sportif immigré, dans une nouvelle, un album de jeunesse et une exposition : le cas Rino DellaNegra, *Migrations société,* Vol 23, n°137, Septembre-octobre2011, pp. 93-109.
Gaucher J. & Terret T., Figures d'antihéros dans la littérature sportive française (1ère moitié du XXe siècle) : quand l'écriture stigmatise le tricheur et le professionnel…, *Sport History Review*, n° 41, mai 2010, pp. 17-32.
Gaucher J., Women and Parachuting: Writings of the Outsiders' Experience, *International Journal of the History of Sport*, vol. 28, n° 14, septembre 2011.
Gomet D., Robène L., Sport et antisémitisme dans la presse parisienne durant la 2nde Guerre mondiale, *Stadion*, vol. XXXVI, 2009.
Héas S., Ferez S., Kergoat R., Bodin, D., Robène, L., Violences sexistes et sexuelles dans les sports. Exemples de l'humour et de l'insulte, *Genre, Sexualité, Société*, n°1 | 2009, mis en ligne le 9 juillet 2009, URL : http://gss.revues.org/index287.html
Héas S., Ferez S., Robène L., Bodin D., Les discriminations sportives à la loupe. Les problèmes d'accès comme limites invisibles, *Migration société*, Vol. 21, n°126, 2009, pp.71-92.
Héas S., Les fiertés de l'artiste corporel : entre maladies de l'idéalité, techne et poiesis, *Revue d'anthropologie et d'art*, Campinas, Brazil, octobre 2010.
Héas S., « Des sports toujours discriminants pour les personnes vivant avec un handicap aujourd'hui ?, *Alter. European Journal of DisabilityResearch/Revue européenne de recherche sur le handicap*, vol.6, n° 1, Janvier Mars 2012, pp. 57-66.
Lemonnier J.-M., Attali M., La presse jeunesse face au sport. Le développement en France d'une culture entre tradition et modernité dans les années 1960, *Modern &Contemporary France*, 20/1, 2012.
Le Yondre, F., Bodin, D., Le sport comme support des pratiques d'assistance sociale : entre accompagnement compassionnel et activation disciplinaire, *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol. 23, n°1, 2010.
Le Yondre, F., Bodin, D., Comment peut-on être chômeur assisté et sportif ? Sport, assistance et travail : des catégories sociales en jeu, *Sciences sociales et sport*, sous presse.
Liotard P. et Jamain-Samson S., La "Lolita" et la "Sex bomb", figures de socialisation des jeunes filles. L'hypersexualisation en question, *Sociologie et sociétés*, vol. XLIII, n°1, printemps 2011, p. 45-71.
Pardo R., Garcia-Arjona N., Hernandez Y., Immigration en Espagne: une analyse des expériences sportives et éducatives, in *Sciences et motricité*, sous presse.
Pardo R., Garcia-Arjona N., Hernandez Y, Genre et pratique sportive chez les lycéens de Rennes. L'origine ethnique est-elle un facteur de vulnérabilité ?, *in International Journal on Violence and School,* sous presse.
St-Clément S., Héas S., Tatouages et masculinité chez les étudiants en sport de Karukéra. Le tégument comme affirmation physique et sexuelle ?, *Champ psychosomatique*, n°59, 2011, pp. 137-151.
Terret T., From Alice Milliat to Marie-Thérèse Eyquem: Revisiting Women's Sport in France (1920s – 1960s), in *The International Journal of the History of Sport*, vol. 27, n° 7, May 2010, pp. 1154-1172.
Terret T., Making Men, Destroying Bodies: Sport, Masculinity and the Great War Experience, *The International Journal of the History of Sport*, vol. 28, n° 3-4, March 2011, pp. 323–328.
Terret T., American *Sammie's* and French *Poilus* in the Great War: Sport, Masculinities and Vulnerability, *The International Journal of the History of Sport*, vol. 28, n° 3-4, March 2011, pp. 351-371.
Terret T., Gendering Physical Education: The Role of the French State in the Aftermath of WWI, *European Journal of Sport Science,*vol. 12, n° 2, 2012, pp. 179-184.
Terret T., Ottogalli-Mazzacavallo C., L'effet Smirnov en question : perception et impact des accidents fatals en escrime, in *International Review on Sport and Violence*, novembre 2010.
Terret T., Ottogalli- Mazzacavallo C., Women in Weaponland: the Rise of International Female Fencing, in *The International Journal of the History of Sport,* vol. 29, n° 2, février 2012,pp. 286-301.
Waquet A., Football behind trenches: a new Deal for Masculinity in France, in *The International Journal of the History of Sport,*vol. 28, no. 2, 2011.

Waquet A., Le football des Poilus : analyse de la diffusion du football dans l'armée française au cours de la Grande Guerre, *Stadion,* 2010.
Waquet A., Vincent J., Wartime Rugby and Football : Sports elites, French military teams and international meets during the First World War, in *The International Journal of the History of Sport,*vol. 28, no. 3-4, 372-392, 2011.

Projet ANR : Pratiques Sportives, Genre et Vulnérabilités PRAS-GEVU

Coordinateur

Thierry Terret[21], puis Philippe Liotard, sociologue, Centre de Recherche et d'Innovation sur le Sport, Université Lyon1, philippe.liotard@univ-lyon1.fr

Partenaires

Laboratoire de Recherche en Sociologie (Lares-Las EA 2241)

Liste des chercheuses et des chercheurs ayant participé au projet

Michaël Attali, Président de la Société Française d'Histoire du Sport, Université Grenoble 1
Natalia Bazoge, Université Grenoble 1
Dominique Bodin, LARES, Université Haute Bretagne Rennes 2
Pascal Charroin, CRIS, Université Lyon1
Carine Erard, Université de Bourgogne
Raymonde Feillet, LARES, Université Haute Bretagne Rennes 2
Tony Froissart, Université de Reims, Champagne-Ardenne
Julie Gaucher, CRIS, Université Lyon1
Doriane Gomet, IFEPSA Angers
Stéphane Héas, LARES, Université Haute Bretagne Rennes 2
Henri Humbert, Chercheur associé au CRIS, Université Lyon1
Sandrine Jamain-Samson, CRIS, Université Lyon1
Sophie Javerlhiac, LARES, Université Haute Bretagne Rennes 2
Florian Lebreton, LARES, Université Haute Bretagne Rennes 2
François Le Yondre, LARES, Université Haute Bretagne Rennes 2
Philippe Liotard, CRIS, Université Lyon1
Cécile Ottogalli-Mazzacavallo, CRIS, Université Lyon1
Ricardo Pardo, LARES, Université Haute Bretagne Rennes 2
Damien Philippe, LARES, Université Haute Bretagne Rennes 2
Luc Robène, LARES, Université Haute Bretagne Rennes 2
Anne Roger, CRIS, Université Lyon1
Jean Saint-Martin, Université Grenoble 1
Gaëlle Sempé, LARES, Université Haute Bretagne Rennes 2
Loïc Szerdahelyi, CRIS, Université Lyon1
Thierry Terret, Directeur du CRIS, Université Lyon1
Joris Vincent, Université Lille 2
Arnaud Waquet, CRIS, Université Lyon1

[21] Thierry Terret assurait les fonctions de directeur du Centre de Recherche et d'Innovation sur le Sport (CRIS EA 647) durant toute la période du projet.

Activités physiques et santé : transformations socio-historiques des représentations et des modes d'actions (de la fin du 19eme au début du 21eme siècle)

(Vulnérabilités – ANR 2008)

Jacques Defrance* (coordinateur du projet), jacques.defrance@cse.cnrs.fr
Taieb El Boujjoufi*, telboujjoufi@yahoo.fr
Yves Morales**, morales@cict.fr
Antoine Radel**, antoine.radel@gmail.com
Olivier Hoibian**, olivier.hoibian@wanadoo.fr
Gilles Combaz***, gilles.combaz@univ-lyon2.fr

* Equipe de Recherche sur le Sport et le Mouvement (CeRSM, EA 2931), Université Paris Ouest Nanterre La Défense
** Equipe de recherche « Sport, Organisation, Identité » (SOI, EA 3690), Université Paul Sabatier Toulouse III
*** Laboratoire « Education, Cultures, Politiques », Université de Lyon 2

Depuis quelques années, les dimensions sanitaires de l'activité physique ont pris une importance nouvelle avec la création des Programmes Nationaux Nutrition Santé, le rattachement du Ministère des Sports au Ministère de la Santé (2007-2010), l'expertise collective INSERM de 2008 et les évocations, notamment dans les médias, que l'Activité physique puisse faire l'objet de prescription médicale et soit remboursée par la Sécurité sociale en 2012-2013. Ces faits récents peuvent-ils être interprétés comme les signes d'un regain de la croyance que l'exercice physique produit des effets bénéfiques multiples sur la santé et que l'exercice physique acquiert le statut de « bien de salut » physique et moral (Weber) ?

Enjeux et objectifs

L'objectif de la recherche est de comprendre quelles sont les conditions sociales et culturelles (politiques) nécessaires au déclenchement d'une « campagne »/d'une politique en faveur de la pratique de l'activité physique à visée sanitaire, à sa poursuite ou son interruption, à sa capacité à atteindre une audience (message audible, crédible), à la possibilité que ses promoteurs restent unis dans l'action (plutôt qu'à se diviser et à engager des controverses). Les observations ont été conduites sur une série de moments de mobilisation collective depuis la fin du 19e siècle jusqu'à nos jours en France, mobilisations « réussies » ou abandonnées, vastes et multiples ou limitées et sectorielles, longues ou brèves. Cinq moments ont été retenus, présentant des configurations de relations de plus en plus complexes pour la période plus contemporaine.

Méthodes et approches

La particularité de notre approche socio-historique des mobilisations collectives en faveur d'une plus grande activité physique au sein de la population (une population perçue comme allant en s'affaiblissant, i.e. « vulnérable »), réside dans l'adoption de deux angles d'observation différents : en révélant deux faces distinctes d'un même phénomène, on en suggère « le volume », on en dévoile des connexions avec divers processus sociaux (division du travail et professionnalisation en médecine, médiatisation de la politique), qu'une « vue à plat » et unilatérale ne perçoit pas.

Une première approche porte sur les conditions sociales dans lesquelles des acteurs se sont représenté les relations entre Activité physique (« Mode de vie actif ») et « santé ». En observant la cristallisation de cette représentation sociale durant des moments d'alerte pour la santé publique, des moments

d'inquiétude collective, on s'arrête sur un état de la configuration des relations sociales où des acteurs explicitent leurs représentations, les « exposent » et les « expliquent » plus nettement qu'en temps ordinaire, les font valoir dans des interactions bien précises. Ce sont des représentations en action, en cours d'usage, ajustées pour une phase de lutte contre d'autres représentations, contre « l'apathie générale », la « négligence du corps », le désintérêt pour sa propre santé, etc.

Une seconde approche scrute les caractéristiques organisationnelles des mobilisations collectives, dites « campagnes » ou « politiques », militant pour le développement de modes de vie plus actifs, en cherchant à préciser les types de ressources mobilisées, les réseaux de soutien des campagnes, la dynamique temporelle de l'action publique en fonction de l'histoire sociale et politique (par exemple, avec la situation sociale après la Guerre de 14-18, ou avec la crise des finances publiques des années 1990-2000 : rôle des réseaux Clemencistes dans un cas, effets de l'émergence d'une critique par les sciences sociales de la propagande sanitaire dans l'autre, etc.).

Résultats scientifiques

Modèle de la construction sociale d'un problème public de santé

L'analyse des formulations des problèmes de santé publique pour lesquels l'exercice physique est appelé comme remède met en évidence que le problème perçu est à chaque fois différent, alors que le moyen pour y remédier est le même. Aussi, les analyses ont été focalisées sur la construction des problématisations et sur les phases de transition entre celles-ci. Une phase de changement de problématisation de la santé constitue un champ d'observation pertinent : en effet, une problématisation ne se voit jamais aussi bien que lorsque ses bases ou ses principes sont contestés, donc explicités, critiqués et « défaits »[22]. Cette délimitation de l'objet a conduit à collecter un ensemble de données dans lequel toutes les dimensions sociales du problème sanitaire varient : dimensions identifiées, dans un premier temps, en reprenant la conceptualisation analytique de Joseph Gusfield. Ainsi, nous discernons plusieurs questions aidant à décomposer chaque mobilisation en une série de processus plus simples sur lesquels elle repose et à guider l'analyse historiques des sources.

- Qui définit le problème ?

Les enquêtes conduites ont permis d'identifier les discours qui signalent un malaise, un dysfonctionnement, une évolution néfaste (rôle du lanceur d'alerte). Au-delà des groupements, services, associations qui portent ces prises de position, etc., il s'agit de caractériser les agents eux-mêmes et les conditions dans lesquelles ils ont été amenés à identifier et à définir le problème. Le « qui ?» ne peut se résumer à des noms propres (Monsieur le Dr Philippe Tissié, etc.) : les enquêtes biographiques permettent de saisir les propriétés sociales des agents impliqués[23].

- A qui appartiennent la redéfinition et la gestion de ce problème ?

Une question de santé peut être perçue par des journalistes, ou des enseignants en poste dans des établissements scolaires, mais une fois l'alerte donnée, un certain travail de reformulation est effectué par des groupes et la définition du problème peut échoir à une fraction du corps médical, ou à des enseignants spécialisés, ou à un autre groupe.

- Comment la question émerge au sein de l'ordonnancement conceptuel et institutionnel de l'arène publique ?

Les locuteurs qui portent initialement le problème s'expriment dans un espace public spécifique, dans lequel tout le monde ne peut s'exprimer, depuis des tribunes établies dans le domaine de la santé ou

[22] Une démarche classique en sciences sociales, depuis l'analyse des moments critiques jusqu'aux procédés de l'ethnométhodologie.

[23] Ici nous retrouvons les travaux de Gusfield étudiant, par ex., les acteurs d'une croisade morale contre la consommation de l'alcool au début du 20e siècle aux USA.

de l'éducation. On a ainsi examiné les conditions d'accès aux tribunes instituées : qui parle au Congrès d'hygiène telle année, à l'Assemblée Générale des médecins inspecteurs des écoles, qui définit les axes de campagne au Comité Français d'Education pour la Santé ?

- Quelle est la structure du problème public, dans ses dimensions cognitives et morales ?

Il s'agit de mettre en évidence sur quelles connaissances et quelles croyances reposent les faits, les évènements dont la présence est signalée : les affaiblissements, les pertes d'attention des élèves, les étiolements physiques, les retards de croissance, les engraissements silencieux, etc. Ces états de faits sont perçus comme condamnables, néfastes, par exemple diminuant la valeur morale des élèves concernés et celle de l'institution scolaire qui les abrite, et au-delà, la valeur morale de l'action politique de l'Etat qui organise l'enseignement public ; ou la valeur morale des groupes pris par l'obésité, etc.

- Comment est définie la cause du problème ?

La responsabilité causale renvoie aux modalités selon lesquelles le problème advient, à la séquence des faits qui aboutit à la situation considérée comme problématique. La description de ces enchaînements est une affaire de cognition et de croyance : comment en arrive-t-on à faire face à des adolescents scolarisés aussi apathiques et intellectualistes, au lieu d'avoir des élèves curieux de tout et capables d'initiative ? La psychologie naissante, encore imbriquée dans la physiologie, mais aussi dans la morale, apporte des schémas d'appréhension de ces processus, schémas largement tributaires des perceptions des adultes à l'égard des plus jeunes : mais la physiologie donne aussi sa version des « faits » dans le cadre d'une lutte de pouvoir autour des enjeux de l'éducation.

- A qui est confiée l'action réparatrice ?

Cette question oppose ceux qui veulent confier l'action à des spécialistes de l'activité physique, à ceux qui s'appuient sur la profession enseignante déjà en place, ou encore à ceux qui privilégient des spécialistes d'hygiène, et ceux qui souhaitent établir une nouvelle spécialité adaptée au problème.

Les effets sanitaires attribués à l'exercice physique : arguments savants, preuves scientifiques et représentations

Représentations sociales et représentations savantes des pouvoirs de l'exercice physique sur le fonctionnement de l'organisme humain se distinguent, s'influencent, se combinent ou s'opposent. Depuis la fin du 19e siècle, les arguments « savants », issus des sciences de la vie, se retrouvent dans les débats et les campagnes faisant la promotion de l'activité physique pour la santé. L'utilité sanitaire de l'exercice corporel est « scientifiquement prouvée » depuis les travaux de Lagrange à la fin des années 1880, et des « preuves » d'une autre nature – clinique, statistique, physiologique, biochimique – ont été apportées depuis (pour un état actuel des connaissances, INSERM 2008). Mais, les arguments scientifiques ne suffisent pas à stabiliser les représentations sociales, ni à soutenir continûment la légitimité politique des campagnes en cours de déroulement.

Les représentations apparaissent instables, d'une part parce que la vulgarisation ne parvient pas à atteindre de multiples milieux sociaux qui continuent de « penser autrement » (y compris les professeurs de gymnastique des années 1880-1930, dont le niveau scolaire est insuffisant pour s'approprier les schémas des sciences biologiques), d'autre part parce que les connaissances savantes peuvent se contredire, et laissent les acteurs qualifiés dans l'incapacité de formuler une synthèse adaptée à l'action. C'est dans l'exercice intellectuel de la synthèse (en vue de l'action, en vue d'une application) que les contradictions entre spécialistes apparaissent le plus nettement ; les décalages entre les représentations des différents acteurs (médecin hospitalier, directeur de programme dans une instance politique, chercheur en laboratoire) tiennent probablement au fait que chacun envisage la « renaissance » par l'activité physique dans une perspective pratique différente et occupe une position différente dans le travail collectif effectué pour faire exister la « campagne » en cours.

Les représentations identifiées et étudiées ne sont pas l'image d'un objet unique (par exemple, un biceps), mais la vision d'une relation entre deux objets, l'exercice corporel et la santé. Ces représentations incluent des complexes d'objets (le corps, le mouvement, la santé) et leurs relations. En outre, ce cluster est imbriqué dans d'autres relations, comme, par exemple, les relations entre le corps et son environnement. La plasticité et la complexité de la représentation d'un tel cluster de relations déterminent des débats à plusieurs niveaux de malentendus. Pendant que les uns discutent de la nature de ce qui « anime » l'organisme biologique et cherchent à en donner une traduction objective (par exemple, un bilan énergétique d'un mouvement), d'autres débattent de la forme à donner à l'activité physique pour qu'elle produise des effets attendus sur telle partie de l'organisme, tandis qu'un troisième forum opposera des thèses sur les mécanismes biologiques responsables de la vulnérabilité des populations « affaiblies » (fatigue des lycéens, état « pré-tuberculeux », déficit immunitaire, déséquilibre alimentaire, etc.).

Exercice physique et protection contre la tuberculose

Fin 19e siècle, les représentations du corps et de son fonctionnement, de sa nature - avec son milieu interne – d'une part, de sa relation au milieu externe, de sa résistance aux forces environnantes, etc., d'autre part, incitent à penser que le corps enfantin est menacé de la tuberculose parce qu'il n'est qu'une enveloppe poreuse et fragile. Il y a un danger qui menace, l'incursion du germe microbien dans le milieu interne et la contamination, le contact et la réaction chimique entre le germe et la substance biochimique de l'organisme. Au même moment et en fonction de cette première représentation, une représentation des impacts biologiques de l'exercice physique se répand : il viendrait renforcer les systèmes ostéo-musculaires et « sécuriser » les fonctionnements organiques, en créant une sorte de carapace qui protège des invasions microbiennes (renforcement de la cage thoracique, vigueur de la fonction respiratoire, dynamisme des échanges gazeux avec le sang). A la théorie de la contamination telle que la conçoit la génération de Pasteur, correspond une possible stratégie de « blocage » de l'agent infectieux grâce à l'exercice physique.

Or, dans le courant des années 1920 et 1930, la conception savante évolue vers une théorie immunologique (milieux pastoriens des 2e et 3e générations – actives entre 1900 et 1935 - : Calmette, Yersin, Ramon, etc. -, et milieu de la transfusion sanguine) qui pense l'infection de manière différente, le corps n'étant plus un milieu intérieur refermé sur lui-même, ni un organisme sans défense. La théorie de la réaction immunitaire change la vision du corps, et les programmes de renforcement musculaire et thoracique ne sont plus d'actualité pour lutter contre l'infection. Une certaine gymnastique respiratoire perd sa raison d'être, mais elle n'est pas abandonnée par tous les gymnastes. De leur côté, les hygiénistes continuent de valoriser l'activité physique, mais c'est une autre forme d'exercice qui est appelée, dans d'autres cadres, les jeux de plein-air étant préférés à la gymnastique suédoise.

Ce changement de représentations, induit par ce milieu de la recherche relativement étroit, puis par les milieux de la médecine sociale, entraîne des décalages de représentations entre les divers groupes attachés à la prescription de l'exercice physique dans les milieux scolaires et la médecine de ville. L'ancienne représentation perdure à côté de la nouvelle. De nouveaux objectifs de santé sont fixés pour les exercices physiques, les thèmes de l'obésité ou le rachitisme pouvant conduire à prescrire un tel moyen thérapeutique. Mais les décalages de représentation contribuent à installer des tensions entre sous-groupes occupés par la promotion de l'activité physique, par exemple, en conduisant à disqualifier les professeurs de gymnastique qui s'appuient « encore » sur l'ancien programme alors que d'autres adoptent le nouveau.

Formes de mobilisation : du bénévolat et du militantisme à la professionnalisation

Deux types d'actions ont été étudiées : des « campagnes » de propagande, d'information sanitaire via des médias, ainsi que des mobilisations de réseaux d'encadrement de populations cibles (enseignants face à des enfants scolarisés, officiers face à des hommes sous les drapeaux, médecins face à des femmes enceintes, cadres face à des salariés, etc.). Ces actions étaient mises en œuvre aussi bien durant la période 1885-1940, que durant les années 1970-2010. Les campagnes d'information sanitaire et d'incitation à pratiquer l'activité physique s'organisent comme un processus de mobilisation à double détente :

- une première mobilisation vise des milieux politiques, médicaux et médiatiques pour aboutir au montage d'une « campagne » et à la définition de ses axes,
- une fois opérationnel, le dispositif vise à mobiliser le « grand public » ou des publics spécifiques.

Les dispositifs de propagande sanitaire sont des constructions précaires (exposées à la critique), temporaires (placées sous un régime expérimental), dont l'organisation s'est professionnalisée surtout depuis les années 1970-1980.
Le principe d'organisation a longtemps reposé sur le bénévolat et le militantisme des membres des Ligues d'hygiène et autres groupements proches. A cela s'ajoute le concours de politiciens participant à construire la cause hygiénique, et qui viennent autoriser une campagne et ouvrir les crédits la permettant. Divers facteurs politiques et économiques ont fait que les campagnes en faveur de l'activité physique ont été parfois brèves, faiblement visibles, peu incitatives (comme d'autres campagnes à thème hygiénique, « manger équilibré », « aérer les locaux », etc.) : instabilité politique, contraintes budgétaires, incohérence du dispositif de propagande ont fait capoter des campagnes. L'histoire du Comité National d'Education Physique et Sportive, et d'Hygiène Sociale créé en 1918, et dissous en 1920 sans avoir installé un organe permanant pour traiter ces questions, en est un bon exemple. Son promoteur, le député Henry Paté, ne parvenait pas à fédérer suffisamment de sommités de l'hygiène, à côté des leaders des organisations sportives, pour donner du crédit moral et scientifique à son organisation, et pour établir un lien solide entre santé et exercice physique ; et il ne drainait pas les crédits qui auraient pu soutenir une action de propagande et de soutien aux œuvres hygiéniques. Il continua pourtant tout au long des années 1920, au travers de ses activités politiques, de militer pour une pratique massive des activités physiques en vue de « régénérer la race » : ce n'est pas la versatilité du politique qui est en cause, mais bien l'impossibilité de financer un programme politique trop vaste et ambitieux. L'action d'Edouard Herriot, à Lyon, tout aussi sensible à la dimension sanitaire de l'activité physique, a produit davantage de résultats (à l'échelon local).

Très différentes sont les conditions de fabrication des campagnes médiatiques dans les années 1980-2010. La mobilisation des commanditaires des campagnes est plus durable, même si les têtes politiques changent (ministres de la Santé, directeurs), à l'instar des deux Programmes Nationaux Nutrition-Santé, qui incluent des incitations à la pratique des exercices physiques : le financement est programmé sur plusieurs années, les opérations font l'objet (depuis peu) d'évaluations, les actions de propagande sont liées à des actions de promotion et d'encadrement de pratiques physiques sur le terrain, la légitimation des options de la campagne par les discours scientifiques bat son plein.

La définition de l'activité physique en question

Alors que les sociologues du sport annonçaient et mesuraient depuis 30 ans une hausse des pratiques physiques et sportives, les enquêtes menées par les équipes d'épidémiologie montrent des habitudes de vie de plus en plus sédentaires (liées notamment à la diffusion du numérique pour le travail et les loisirs) et font un bilan très sombre de la situation sanitaire de la population, désormais menacée par « une épidémie d'obésité » et divers dérèglements physiologiques (cholestérol, etc.). Cette dissonance

entre les discours savants relance les débats sur la définition de l'activité physique entre spécialistes de santé et sociologues. De même, lors de diverses campagnes (pas seulement pour l'activité physique), les formes de communication de l'information sanitaire avec le public sont critiquées, aussi bien en termes d'efficacité qu'en termes d'éthique, ce à quoi répondent de nouvelles formes de communication, comme le montre Antoine Radel dans sa thèse (démédicalisation de la figure du prescripteur : prescription de pratiques intégrées aux activités quotidiennes et à l'espace local : conjugaison de messages médiatiques et d'actions de terrain : appel à l'initiative des personnes concernées et à l'auto-évaluation des résultats de la conversion des modes de vie).

Références

Gusfield, Joseph. 1981 (2009). *The Culture of Public Problems. Drinking-Driving and the Symbolic Order*, Chicago, London : The University of Chicago Press : trad. fr. *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris : Economica

Weber, Max. 1910-1920 (1996). « Les voies de salut-délivrance et leur influence sur la conduite de la vie », in *Religionssoziologie* : trad. fr. par J.P. Grossein, *Sociologie des religions*, Paris : Gallimard ; ch. III, p. 176-240

INSERM. 2008. *Activité Physique : Contextes et Effets sur la Santé*, Expertise collective, Paris : INSERM

Perspectives

Deux directions sont envisagées pour des travaux scientifiques futurs :

- l'une dans le secteur de la sociologie des vulgarisations scientifiques et des relations entre sciences (biologiques) et techniques, pour mieux tracer le parcours d'ensemble de connaissances dans le champ social qui les mobilisent ;
- l'autre dans le secteur de la sociologie des militantismes et des prosélytismes à dimension éthique.

Des échanges et des activités de conseil sont envisagés auprès des promoteurs de campagnes de réforme des modes de vie dans une perspective sanitaire.

Productions scientifiques

Defrance, Jacques. Lim J.G., 2007, « Medicine and the field of sport in France : Controlling processes and autonomisation of sporting behaviors », *Journal of Leisure & Recreation Studies* (Seoul), 2007, vol. 31, 3 : 5-15

Defrance, Jacques. El Boujjoufi, Taieb. 2010. « Un épisode de l'histoire des sports : l'eugénisme sportif. Aperçu à travers l'œuvre du docteur Maurice Boigey », in Adapt-Snes, (Les rendez-vous de l'histoire 2009), *Culture sportive et éducation : Histoire du sport à l'école aux XIX° et XX° siècles : un enjeu social, politique et culturel*, Paris : Adapt éd. : 21-28

Defrance, Jacques, & El Boujjoufi, Taieb. 2013. « Qui a peur du pouvoir médical ? À propos du mythe de la médicalisation de l'éducation physique, et de la mission d'Éducation pour la santé », *Movement & Sport Sciences – Science & Motricité*, *80,* mai 2013 ; 5-13

Defrance, Jacques. Brier, Pascal & El Boujjoufi, Taieb. 2013. « Transformations des relations entre médecine et activités physiques du début du 19e siècle au début du 20e siècle en France », *Gesnerus, Swiss Journal for the History of Medicine and Science*, 2013-1

Combaz, G., Hoibian, O. (2013), « Education physique et relance de la prévention de la santé à l'école : un cocktail explosif ? » in C. Marsault, S. Cornus, L. Giordano, *Santé et EPS : un prétexte, des réalités*, (Sous presse).

Combaz, G., Hoibian, O., (2013), « La relance des politiques de préservation de la santé en France et leurs impacts sur l'éducation physique scolaire », *Revue des sciences de l'éducation* (Canada), en cours d'expertise.

El Boujjoufi, Taieb. 2010. « La carrière médico-pédagogique et sportive d'Albert Debeyre. Genèse et transformations d'un intérêt particulier à vocation universelle », in Dorvillé, Christian (éd.). *Grandes figures sportives du Nord-Pas de Calais*. Villeneuve d'Asq : Presses Universitaires du Septentrion

Hoibian, O., Poyer, A., Vaucelle, S., (2013), « Les exercices au grand air des scolaires : un effet des campagnes hygiénistes du début du XIXe siècle ? » Revue *Stadion*, En cours d'expertise...

Lebecq, P.A., Morales Yves, Saint-Martin J., Travaillot Y. 2010. « La recherche d'un nouvel espace d'un « sport plus pur » : L'Homme Sain face à la politique d'Herzog (1958-1966) », in *Sports et medias (XIXe-XXe siècles), sous la dir. de M. ATTALI, Atlantica,* 317-328

Morales Yves, Saint-Martin, J, Travaillot, Y, Lebecq, P.A. 2010. « La gymnastique volontaire et les représentations des femmes au tournant des années 1970, in Nicole Lemaître (dir), *Les femmes, supports de la tradition ou actrices de l'innovation ?* », Paris, CTHS, édition électronique CTHS,

Morales Yves, Travaillot, Y. 2012. « L'œuvre de P. Tissié dans le sud-ouest de la France (1888-1897) », in Saint-Martin, J., Travaillot, Y. Lebecq, P..A., Morales, Yves, *L'œuvre du Dr Tissié : une croisade sociale en faveur de l'éducation physique (1888-1914),* pp. 9-38, Bordeaux, PUB

Travaillot Yves, Morales Yves. 2011. « L'intégration des pratiques physiques d'entretien du corps en EPS (1983-2010) : d'une éducation sportive à une éducation physique et sportive participant à la promotion de la santé », in Loudcher, J.F., Education Physique, sport et mondialisation*, AFRAPS*

Morales, Yves (2013 ou 2014, sous presse). « Débats et controverses autour d'une éducation à la santé par l'EPS (1980-2011) », in Marsault, C., Cornus, S., Giordano, L., *Santé et EPS : un prétexte, des réalités*. Paris : L'Harmatan ; pp. 39-61.

Lebecq, P.-A., *Morales, Yves,* Saint-Martin, J., Travaillot, Y. (2013). Le Dr Philippe Tissié (1852-1935) : des jeux scolaires à la gymnastique suédoise ou la recherche de la meilleure éducation à la santé physique et morale de la jeunesse, colloque « Santé et EPS : un prétexte, des réalités » - Strasbourg, 29-30 mars 2012 (article en cours d'expertise).

Morales, Yves. (sous presse 2014). « La dynamique Sport-Santé » ; et « La FFEPGV au cœur de la lutte contre la sédentarité », in Lebecq, Pierre-Alban ; Morales, Yves ; Saint-Martin, Jean ; Travaillot, Yves, *L'exercice et la santé - Identité de la Gymnastique Volontaire en France (1954-2014).* Paris : Le Manuscrit; pp. 218 – 355

Radel, Antoine. 2012. *50 ans de campagnes d'éducation pour la santé. L'exemple de la lutte contre la sédentarité et de la promotion des modes de vie actifs (1960-2010).* Toulouse : Thèse STAPS

Radel, Antoine, Morales, Yves, « Une éducation sanitaire « par corps » - Analyse de deux campagnes de lutte contre la sédentarité (1980 et 2001-2012) », *Carrefours de l'éducation* n°35, mai 2013, pp. 217-234

Radel, Antoine. Morales, Yves, « Pour la santé, par la télévision. L'exemple des pratiques corporelles dans les films d'éducation sanitaire en France entre 1963 et 1987 ». (Article en cours d'expertise - Sciences sociales et sports)

Projet ANR : Modes de vie actifs et Santé (MODACSANT)

Coordinateur

Jacques Defrance, Centre de Recherches sur le Sport et le Mouvement (EA 2931), Université de Paris-Ouest Nanterre La Défense, jacques.defrance@cse.cnrs.fr

Yves Morales, Equipe de recherche « Sport, Organisation, Identité » (SOI, EA 3690), Université Paul Sabatier Toulouse III, morales@cict.fr

Participants au projet

Taieb El Boujjoufi, Centre de Recherches sur le Sport et le Mouvement, Université de Paris-Ouest Nanterre La Défense, telboujjoufi@yahoo.fr

Antoine Radel, Equipe de recherche « Sport, Organisation, Identité » (SOI), Université Paul Sabatier Toulouse 3, antoine.radel@gmail.com

Olivier Hoibian, Equipe de recherche « Sport, Organisation, Identité » (SOI), Université Paul Sabatier Toulouse 3, olivier.hoibian@wanadoo.fr

Gilles Combaz, Laboratoire « Education, Cultures, Politiques », Université de Lyon 2, gilles.combaz@univ-lyon2.fr

Lutter contre l'obésité en gouvernant les conduites des consommateurs ? Les enjeux sanitaires, scientifiques, politiques et industriels de la lutte contre l'obésité

(Gouverner et administrer – ANR 2008)

Bergeron Henri, sociologue, Centre de Sociologie des Organisations, CNRS-Sciences Po Paris, h.bergeron@cso.cnrs.fr
Nouguez Etienne, sociologue, Centre de Sociologie des Organisations, CNRS-Sciences Po Paris, e.nouguez@cso.cnrs.fr

Enjeux et objectifs

On observe, dans la plupart des pays développés, le déploiement de différents dispositifs d'action publique visant à résoudre des problèmes publics, comme ceux liés à la santé ou à l'environnement, par un gouvernement les conduites des consommateurs. Si ces politiques ne font pas forcément et systématiquement reposer la responsabilité des problèmes sociaux sur le consommateur individuel, elles font néanmoins de ses conduites une cible privilégiée de leur action. Le projet s'est attaché à analyser la forme de gouvernement qui s'exerce sur ces conduites individuelles, en étudiant les disciplines, les instruments et les acteurs qui le composent. Ces dispositifs présentent en effet la spécificité de contribuer à prescrire des comportements dont ils affirment, dans le même temps, l'exigence d'autonomisation (Bergeron, Castel et Dubuisson-Quellier, 2012).
Plus spécifiquement dans le cas des politiques de lutte contre l'obésité, ce projet s'est attaché à analyser les modalités de mise sur l'agenda public du « problème de l'obésité », les instruments et les disciplines censées répondre à ce problème et la configuration d'acteurs publics et privés (Etat, chercheurs, industriels…) qui s'investissent dans ces politiques. A travers cette étude, il s'agissait de comprendre pourquoi, alors que la mise sur agenda des problèmes de surpoids et d'obésité a insisté en France sur le rôle structurant des inégalités sociales, et plus généralement sur les facteurs socio-structurels (contrairement aux Etats-Unis où la responsabilité des individus a été plus volontiers mise en avant), les instruments déployés finalement pour lutter contre ce problème ont essentiellement visé à responsabiliser des individus conçus comme des consommateurs autonomes (Bergeron, Castel P, Saguy, 2013).

Méthodes et approches

La démarche scientifique que nous avons adoptée s'articule autour de trois niveaux d'analyse. Le niveau socio-historique vise à comprendre les conditions dans lesquelles s'est développé en France le principe d'un gouvernement des conduites de consommation. Nous avons retracé pour cela les grandes lignes de la politique de consommation, à partir d'une revue de la littérature des travaux en histoire et sociologie consacrés à cette question. Puis, nous avons plus précisément analysé le cas des politiques publiques faisant l'objet du projet. Nous avons alors repéré les conditions de mise à l'agenda de ces politiques publiques (à partir de l'analyse de corpus de textes dans le cas de la lutte contre l'obésité et à partir d'entretiens auprès des principaux acteurs publics, privés et associatifs pour la politique de consommation durable).
Le deuxième niveau d'analyse a visé à opérer des focales plus précises sur le rôle des entrepreneurs de cause d'une part et sur les formes d'articulation avec les acteurs privés d'autre part. Ces travaux ont été menés à partir de méthodes ethnographiques auprès de différents acteurs associatifs et privés (entreprises de marketing social, entreprises de conseil, fabricants, distributeurs, entreprise de communication) qui se sont positionnés sur le gouvernement des conduites ou ont été interpelés par

l'action publique sur leurs responsabilités en la matière. Nous avons conduit des entretiens et observé des situations de réunions ou de communication publique, et réalisé des analyses documentaires.
Enfin, le troisième niveau d'analyse a porté son attention sur les pratiques des consommateurs elles-mêmes. En croisant des méthodologies quantitatives (à partir de données d'achats) et des qualitatives (à partir d'entretiens biographiques conduits auprès de très petits groupes de consommateurs), nous avons analysé les conditions dans lesquelles les comportements des consommateurs pouvaient être redevables aux formes de gouvernement qui s'exercent sur eux. Ce volet de la recherche comportait notamment une démarche exploratoire sur le plan méthodologique dans la mesure où nous n'avons pas d'emblée considéré qu'il existait des méthodes permettant de retrouver les formes d'encadrement à partir des conduites elles-mêmes, mais que nous souhaitons en revanche saisir, en partant des conduites, les conditions dans lesquelles nous pourrions retrouver certaines traces des formes de gouvernement qui s'exercent sur elles.

Résultats scientifiques

Cadrer les choix individuels tout en conservant les exigences de liberté

Les travaux que nous avons menés dans le cadre de ce projet permettent de produire des résultats significatifs et de portée générale sur la question du gouvernement des conduites de consommation à partir des cas spécifiques des politiques publiques de lutte contre l'obésité et de consommation durable. Le gouvernement des conduites apparaît alors comme l'une des modalités par lesquelles l'action publique parvient à cadrer des choix individuels tout en conservant les exigences de liberté qui pèsent sur eux. Il est en ce sens, comme l'avait déjà signalé Michel Foucault (2004) l'une des formes privilégiée de l'exercice du pouvoir dans les sociétés modernes. Notre projet nous a cependant permis d'examiner de plus près les formes de ce pouvoir en en considérant quatre aspects principaux qui constituent les résultats de notre recherche.

Epidémiologie, sciences du comportement, marketing social : de nouvelles disciplines au service du gouvernement des conduites

Premièrement, le gouvernement des conduites de consommation tend à s'appuyer sur de « nouvelles » disciplines qui lui offrent à la fois une légitimation théorique et des instruments pratiques susceptibles d'augmenter son efficacité. C'est le cas tout d'abord de l'épidémiologie qui s'est institutionnalisée comme une véritable « technologie cognitive » (Desrosières, 2004) propice à la constitution, potentiellement infinie, de cibles pour l'action publique sanitaire : il permet d'isoler, dans le continent des comportements, certaines conduites et états dont on établit, sur la base de chiffres dignes de confiance et de l'identification de facteurs « politiquement praticables », qu'ils sont passibles de l'intervention des autorités publiques. (Bergeron, 2010). C'est ensuite le cas du marketing social et des sciences comportementales qui sont mobilisées de manière croissante dans le cadre des politiques de prévention de l'obésité et du surpoids. En effet, les savoirs promus par le marketing social et les autres sciences du comportement correspondent aux caractéristiques des (nouvelles) politiques de santé publique : dans un contexte « néolibéral de retrait de l'État (providence) et de valorisation, consécutive, des libertés et responsabilités individuelles », les politiques de santé visent de façon privilégiée « la transformation des comportements individuels » (Bergeron, et al., 2011). De variables dépendantes, les comportements individuels sont devenus des variables indépendantes, et c'est sur eux et leurs mécanismes élémentaires de formation qu'il convient désormais d'agir (Armstrong, 2009). Les savoirs et les technologies de gouvernement déployés (Miller et Rose, 2008) qui s'attachent ainsi à responsabiliser des individus, conçus comme autonomes, les invitant à adopter des comportements sains, en les laissant cependant libres de répondre à ces incitations, sans imposer de l'extérieur – et par autorité et selon un processus de « normation » (Foucault, 2004) – une norme précise à atteindre sont aujourd'hui institutionnellement et politiquement particulièrement attractifs.

Gouverner les conduites individuelles faute de pouvoir réguler la composition des aliments

Deuxièmement, le gouvernement des conduites de consommation n'est pas le seul fait de l'Etat mais repose sur une nébuleuse d'acteurs (municipalités, associations, industriels, chercheurs…) qui s'auto-investissent de ces missions d'encadrement des conduites des consommateurs dans des contextes spécifiques de faible régulation. L'étude que nous avons réalisée sur le programme Epode (« Ensemble, prévenons l'obésité des enfants ») a permis de mettre en lumière la façon dont une entreprise privée de communication et marketing en santé a pu s'instaurer comme un acteur légitime et de premier plan dans le champ de la lutte contre l'obésité infantile, en assurant pour le compte de plus de 200 municipalités françaises des missions d'intérêt général dans ce domaine (Bergeron et al., 2009 et 2013). Cet entrepreneur contribue alors à la fois à former des diagnostics, identifier des cibles, concevoir des instruments et évaluer son action comme cela a déjà pu être identifié dans la littérature, mais il fournit également un travail essentiel de coordination politique de l'activité d'acteurs publics et associatifs locaux pour encadrer les conduites individuelles, renversant par là-même la figure classique de la privatisation au sein de l'action publique puisqu'ici ce sont les acteurs privés qui coordonnent l'action d'acteurs publics et associatifs. Nous avons alors montré en quoi cet entrepreneur avait joué de sa position frontalière entre des espaces disjoints pour offrir à des acteurs a priori exclus des politiques de santé publique un espace d'action légitime. Il a permis aux municipalités qui n'étaient a priori pas concernées par les politiques de prévention de l'obésité de se saisir, à un coût modeste, de cet enjeu politique fort et de se constituer en échelon « pertinent » de l'action publique. Parallèlement, en s'appuyant largement sur des financements privés de l'industrie agroalimentaire pour mener ses actions, ce programme a constitué pour ces entreprises une ressource importante dans les négociations avec les pouvoirs publics, en les définissant comme des « partenaires » plutôt que comme des cibles de l'action publique et en détournant le regard de la composition des produits en direction des comportements des consommateurs.

Action publique comme encadrement des acteurs qui gouvernent les conduites

Troisièmement, nous nous sommes intéressés aux instruments et leviers sur lesquels joue l'action publique en matière de gouvernement des conduites. Cette action publique, comme l'a déjà largement suggéré Foucault n'est pas de nature coercitive, elle va au contraire très largement s'appuyer sur des dynamiques sociales qui sont déjà présentes et qu'il s'agit d'accentuer pour orienter les choix des individus. Cependant, nos résultats de recherche soulignent que l'action sur ces dynamiques sociales se joue moins à l'échelon des individus eux-mêmes qu'à l'échelle plus collective des organisations qui sont en capacité de gouverner les conduites des individus. En d'autres termes, l'action publique en matière de gouvernement des conduites est d'abord une action publique sur ceux qui gouvernent les conduites. Les acteurs publics ont en effet parfaitement compris que les choix des individus étaient redevables à la diversité des formes de prescription qui pèsent sur eux. Si l'Etat ne s'interdit pas d'investir le champ de la prescription en proposant régulièrement des messages à destination des individus, comme le fait l'INPES en matière de lutte contre l'obésité, il sait aussi que ces messages rencontrent le risque d'être largement inaudibles dans un contexte où les consommateurs sont fortement soumis à ceux des acteurs économiques. Par conséquent une partie très importante de la politique publique en matière de gouvernement des conduites vise à encadrer les activités des acteurs principaux du gouvernement des conduites de consommation à savoir les acteurs économiques.

Nous avons alors mis au jour d'une part les limites de cette capacité de l'Etat à encadrer ceux qui sont dépositaires de cette capacité à gouverner les conduites individuelles de consommateurs, d'autre part les modalités par lesquelles l'Etat semblerait y parvenir en prenant justement appui sur les modifications dans les conduites de consommation. Si dans certaines circonstances, l'Etat ne s'interdit pas le recours à des instruments de régulation durs, comme l'indique la régulation au niveau européen de l'étiquetage nutritionnel, l'étude des débats autour de cet instrument suggère qu'il est avant tout l'occasion pour les acteurs économiques de réinvestir les engagements qui leur sont demandés pour rappeler les limites de leur propre capacité à gouverner les conduites.

Dans le domaine de la lutte contre l'obésité, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) prévoit la signature par des fabricants de produits alimentaires de chartes d'engagement volontaire visant à réduire la teneur en sucre ou en matière grasses de leurs produits mais aussi à accompagner les consommateurs pour davantage comprendre leurs produits et maitriser leurs consommations. Face à ces encouragements, l'attitude des entreprises révèle d'importantes ressources tactiques pour remettre en cause les hypothèses sur les consommateurs faites par les pouvoirs publics : ils montrent ainsi que les mauvaises conduites nutritionnelles ne relèvent pas d'un déficit informationnel mais bien d'un rapport à l'alimentation que l'action publique semble ignorer et qui se joue davantage sur le terrain du goût et du plaisir. Ils suggèrent alors que toute reformulation des produits prendrait alors le risque de se voir rejeter par des consommateurs d'abord en quête d'une relation hédonique à l'alimentation. C'est bien au nom de la connaissance qu'ils ont des consommateurs que les industriels se dénient toute capacité à les gouverner. Il apparaît donc que, lorsque l'Etat cherche à gouverner les conduites en gouvernant ceux qui les gouvernent, il rencontre d'importants écueils, précisément parce qu'il est devenu particulièrement difficile d'encadrer l'activité économique dans les économies néo-libérales. Toutefois, nous avons aussi observé qu'un tel encadrement des activités économiques pouvait être envisagé précisément à partir du gouvernement des conduites lui-même : dans ce cas le gouvernement des conduites n'est plus la fin visée par l'action publique c'est le moyen utilisé pour modifier les pratiques des acteurs économiques. Dans le domaine de la politique publique de lutte contre l'obésité, l'action publique a aussi largement joué sur les formes de concurrence et les dynamiques réputationnelles qui existent entre les collectivités territoriales pour inciter les acteurs publics territoriaux à développer des politiques de gouvernement des conduites. Le label est alors apparu comme l'instrument privilégié de ce gouvernement des conduites qui s'appuie sur les dynamiques sociales en place pour organiser les conditions d'une modification des pratiques de ceux qui sont identifiés comme les acteurs du gouvernement des conduites.

L'étude des effets des prescriptions sur les comportements : enjeu méthodologique

Les trois premiers résultats ayant insisté sur le caractère hybride et hétérogène du gouvernement des conduites, ainsi que sur le jeu complexe qui se joue entre les différents acteurs de la régulation, la question des effets sur les individus gouvernés eux-mêmes ne pouvait être laissée de côté dans le projet. Comme nous l'avons indiqué plus haut, elle a été traitée avec beaucoup de prudence et de manière expérimentale à partir d'une démarche croisant perspectives qualitative et quantitative sur les conduites de consommation. Saisir les formes de gouvernement des conduites à partir des pratiques qu'elles visent à cadrer pose d'importants problèmes méthodologiques. Cela suppose notamment d'être en mesure de rattacher chaque pratique à une prescription qui la guide. La tâche est d'autant plus vaine que les acteurs eux-mêmes ne sont pas en mesure d'opérer une traçabilité et que celle-ci n'a qu'une faible pertinence pour eux. Les pratiques alimentaires sont en effet réglées par de multiples effets de structuration au sein desquels il ne paraît pas possible d'isoler ceux qui sont liés à leur gouvernance.

Le rôle du cycle de vie et des dispositions sociales dans les pratiques alimentaires

Pourtant, il serait faux de considérer que les pratiques alimentaires ne doivent rien à toutes les prescriptions qui pèsent sur elles ou même que les acteurs les ignorent. L'option analytique consistant à mettre au jour les conditions dans lesquelles les pratiques alimentaires pouvaient varier dans l'espace social nous est apparue envisageable, à partir d'une part de l'analyse quantitative des achats et des opinions déclarées autour de l'alimentation, d'autre part de l'étude qualitative des descriptions des pratiques alimentaires.
Un élément de variation particulièrement important est alors apparu, tant dans l'étude qualitative que dans l'analyse quantitative, autour du cycle de vie des individus : s'il reste difficile d'isoler d'autres effets pouvant jouer en même temps que le cycle de vie (effets de générations en particulier), il apparaît clairement que les individus font varier leurs pratiques alimentaires au fur et à mesure qu'ils

avancent dans la vie et composent et recomposent leur situation familiale et sociale. Des moments spécifiques apparaissent comme des points charnières à l'occasion desquels les pratiques alimentaires peuvent être redéfinies : quand on part de chez ses parents, quand on se met en couple, quand des enfants arrivent au foyer, puis quand ceux-ci quittent le domicile parental et s'installent à leur tour, on est plus susceptible de changer ses pratiques alimentaires et les principes qui les règlent.
Ce résultat tend à suggérer qu'à l'occasion de ces moments de bifurcation où se recomposent les ressources du foyer, se recomposent également les schémas prescriptifs, qui peuvent être saisis à leur tour comme des ressources et des contraintes. Cette renégociation des prescriptions ne se fait alors pas indépendamment de la négociation des ressources temporelles, financières et sociales.
Il apparaît donc, contrairement aux hypothèses faites par l'action publique, que la question de la diffusion ou de l'efficacité des formes de gouvernement des conduites relève assez peu de la légitimité des autorités ou des contenus (prescriptions commerciales guidées par l'intérêt économique versus prescriptions publiques guidées par le bien être collectif). Elle ne peut pas non plus être rabattue sur des problèmes de déficit informationnel des acteurs sociaux, puisque la connaissance d'une prescription ne fonde pas sa mise en œuvre : les familles des classes populaires ont plus tendance à disqualifier les normes nutritionnelles qu'à les ignorer. Mais elle n'est pas, comme voudraient le laisser entendre les acteurs économiques lorsqu'ils résistent aux injonctions d'une action publique qui voudrait en faire les dépositaires du gouvernement des conduites, du plein libre arbitre des individus. Cette capacité du gouvernement à cadrer les conduites en matière d'alimentation doit plutôt se comprendre à l'articulation de dispositions sociales de classe d'une part et de moments spécifiques du cycle de vie d'autre part.

Du gouvernement des conduites individuelles au gouvernement des conduites économiques

Nos résultats permettent donc de tracer les contours d'un gouvernement des conduites de consommateur qui pourrait se révéler être l'une des formes privilégiées d'action publique dans les économies néo-libérales contemporaines. En effet, au-delà des ambitions d'un encadrement des conduites des individus, ces activités portées par une action publique élargie révèlent aussi des projets de régulation des acteurs économiques par la puissance publique ainsi que la volonté de certains acteurs économiques d'y saisir les occasions de développer des activités susceptibles de se substituer ou de prolonger l'intervention publique en matière de gouvernement des conduites. A ce stade, il paraîtrait particulièrement intéressant pour approfondir ces résultats d'étudier d'autres situations de gouvernement des conduites économiques, mais aussi de procéder à des comparaisons internationales pour envisager la manière dont le rôle de l'Etat peut ou non prendre des formes particulières selon les configurations nationales.

Perspectives

Le projet Conso a donné lieu à deux prolongements scientifiques. Le premier concerne la soumission d'un projet auprès d'un appel d'offre de l'Ademe pour l'examen de la structuration normative des pratiques de consommation alimentaire. Ce projet qui a été retenu pour financement permet d'étendre les méthodologies développées dans le cadre de Conso pour étudier les conditions dans lesquelles les pratiques de consommation sont redevables aux formes variées de gouvernement qui pèsent sur elles. Il associe deux des partenaires du projet Conso (CSO et ALISS). Le second concerne la préparation d'un ouvrage collectif issu des journées d'études sur le gouvernement des conduites économiques qui ont clôt le projet Conso. Ces journées d'études ont permis la préparation et la discussion de 14 articles originaux sur le gouvernement des conduites, issues pour 6 d'entre eux du projet Conso. Elles ont ainsi donné lieu à l'examen de nouvelles dimensions du gouvernement des conduites portant sur la nature des savoirs mobilisés dans ce gouvernement ainsi que sur les hypothèses faites sur les individus à gouverner. Le manuscrit est actuellement en cours d'évaluation par les Presses de Sciences-Po.

Productions scientifiques

Le projet a permis de produire sept articles dans des revues à comité de lecture majeures de la sociologie et de la science politique, dont un dans une revue internationale. Ces articles permettent de mettre en lumière le rôle important joué par les acteurs privés et associatifs dans le gouvernement des conduites. Il a également donné lieu à 3 chapitres d'ouvrages et 21 communications. Enfin, il s'est clôt sur deux journées d'études qui ont permis de collecter 14 contributions pour la préparation d'un ouvrage collectif sur le gouvernement des conduites économiques en cours d'évaluation par les Presses de Sciences-Po. Voici les principales publications concernant la question de la lutte contre l'obésité :

- Barraud de Lagerie P., Pilmis O., à paraître, « A la recherche de la « bonne formule ». Formes et limites de l'enrôlement de l'industrie agro-alimentaire dans la lutte contre l'obésité » *in* Dubuisson-Quellier S. (dir.), *Gouverner les conduites économiques*, à paraître aux Presses de Sciences-Po.
- Bergeron H., « Les Politiques de santé publique », *in* Borraz O., Guiraudon V. (dir.), *Politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 79-111
- Bergeron H., Castel P. (dir.), *Regards disciplinaires croisés sur l'obésité*, Presses de Sciences Po-Editions de santé, 2010.
- Bergeron H., Castel P. et Dubuisson-Quellier S., « Governance by labels », European Group for Organizational Studies (EGOS)'s conference, Sub-theme 15 "Multiplicity and Plurality in the World of Standards", Helsinki, Finlande, 5-7 juillet 2012.
- Bergeron H., Castel P., Nouguez E., 2013, « Eléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière. Genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité », *Revue française de sociologie*, vol. 54, n°2, p.263-302.
- Bergeron H., Castel P., Nouguez E., 2011, « Un entrepreneur privé de politique publique : la lutte contre l'obésité, entre santé publique et intérêt privé », *Revue française de science politique*, vol. 61, n° 2, p. 201-229.
- Bergeron H., Boubal C., Castel P., à paraître, « Sciences du comportement et gouvernement des conduites : le cas du marketing social et des sciences comportementales dans la lutte contre l'obésité » *in* Dubuisson-Quellier S. (dir.), *Gouverner les conduites économiques*, à paraître aux Presses de Sciences-Po.
- Bergeron H, Castel P, Saguy A, "When Frames (don't) Matter. A Longitudinal and Ecological Analysis of the Relationship between Ideas and Policy", *SSSP Annual Meeting (Society for the Study of Social Problems)*, New York, 9-11 août 2013.
- Dubuisson-Quellier S., 2012, « Du consommateur averti au consommateur responsable », M. Pigenet et D. Tartakowsky (dir.), *Histoire des mouvements sociaux*, Paris, La Découverte, p. 708-715.
- Séguy L., 2011, « La genèse de l'étiquetage nutritionnel européen *», Sciences de la Société*, n°80, juin, p. 28-43.

Projet ANR : Gouverner les conduites des consommateurs : les cas des politiques de lutte contre l'obésité et de consommation durable (Conso)

Coordinateur

Dubuisson-Quellier Sophie, sociologue, Centre de Sociologie des Organisations, CNRS-Sciences-Po Paris, s.dubuisson@cso.cnrs.fr

Partenaires

Gojard, Severine, ALISS, INRA, severine.gojard@ivry.inra.fr
Barrey, Sandrine, CERTOP, Université Toulouse 2 -Le Mirail, barrey@univ-tlse2.fr

Participants au projet

Bergeron Henri, CSO, CNRS-Sciences-Po Paris, h.bergeron@cso.cnrs.fr
Boizot Christine, ALISS, INRA
Bossy Thibault, CSO, CNRS-Sciences-Po Paris
Castel Patrick, CSO, CNRS-Sciences-Po Paris, p.castel@cso.cnrs.fr
Canu Roland, CERTOP, Université Toulouse 2 -Le Mirail, canu@univ-tlse2.fr
Cochoy Franck, CERTOP, Université Toulouse 2- Le Mirail, cochoy@univ-tlse2.fr
François Pierre, CSO, CNRS-Sciences-Po Paris, p.francois@cso.cnrs.fr
Gaertner Laure, CSO, CNRS-Sciences-Po Paris, laure.gaertner@sciences-po.fr
Nichele Véronique, ALISS, INRA
Nouguez Etienne, CSO, CNRS- Sciences-Po Paris, e.nouguez@cso.cnrs.fr
Pilmis Olivier, CSO, CNRS-Sciences-Po Paris, o.pilmis@cso.cnrs.fr
Plessz Marie, ALISS, INRA, marie.plessz@ivry.inra.fr
Régnier Faustine, ALISS, INRA
Séguy Laure, CERTOP, Université Toulouse 2- Le Mirail, seguy@univ-tlse2.fr
Torny Didier, ALISS, INRA
http://www.c3d.cnrs.fr/

Aspects macro-économiques et micro-économiques, capital économique ou social et vulnérabilité

Les multiples facteurs contribuant au maintien ou au renforcement des inégalités, des situations de vulnérabilité et de discrimination peuvent être étudiés du point de vue macro-économique et micro-économique, ou à travers les effets des maladies chroniques.

A une échelle plus individuelle, les maladies chroniques, telles le cancer, ont des effets sur les conditions de réinsertion professionnelle et sur les horizons temporels. (Peretti-Watel)

L'analyse macro-économique des effets de la mondialisation et des restructurations sectorielles sur les inégalités salariales et l'emploi dans les pays avancés implique de prendre en compte l'interaction entre la taille des économies émergentes, les transferts de technologies et les changements institutionnels du marché du travail (politique salariale, poids de syndicats, salaire minimum, qualifications, assurance chômage et politiques de redistribution). Ces analyses mettent, notamment, en évidence, l'existence d'une concurrence sociale entre les 15 pays de l'Union européenne. Les restructurations jouent aussi un rôle sur les mobilités intergénérationnelles ascendantes des qualifications. En revanche, de fortes dépenses d'éducation permettent de réduire les inégalités à long terme et une insertion plus facile dans la mondialisation. (Chusseau)

Les travaux conduits concernant la discrimination dans l'accès aux transports et au logement montrent que les inégalités d'accès aux transports renforcent les disparités sur le marché du travail, que des coûts de transports élevés peuvent contribuer à renforcer les difficultés pour retrouver un emploi et que les choix résidentiels des immigrés sont davantage contraints que ceux des natifs. (Safi, Wasmer)

Enfin, l'analyse ethnographique des parcours individuels permet de mettre en évidence les conditions favorisant le maintien ou au contraire la sortie de situations déstabilisantes ou de précarité dans les milieux populaires à faible capital économique. Les effets des dispositifs d'aide sociale (en termes de formation professionnelle, d'accès au logement ou à l'emploi) dépendent de facteurs, tels que la bonne réputation locale de la famille, les savoirs faire en matière de présentation de soi, les prérequis scolaires. Plus largement encore, ces travaux montrent l'existence de ressources individuelles et collectives pouvant être mobilisées pour « faire face » ou pour remanier les modes de vie (réseau de sociabilité, entraides sociales, soutiens associatifs, transformation de soi, thérapies, changement d'emploi…). (Faure, Thin)

Préférences temporelles et expérience du cancer (Vulnérabilité – ANR 2008)

Peretti-Watel Patrick, sociologue, Inserm UMR912 SESSTIM, patrick.peretti-watel@inserm.fr

L'objectif de ce projet était d'étudier la vulnérabilité de deux populations atteintes d'une maladie chronique (l'infection à VIH d'une part, un cancer d'autre part), en se centrant sur l'impact de la maladie sur l'activité professionnelle. Pour des raisons de calendriers, les premières analyses réalisées l'ont été dans le domaine du cancer, à partir d'une enquête existante de 2004, d'une cohorte débutée en 2005 et poursuivie encore aujourd'hui, ainsi que d'entretiens qualitatifs réalisés en 2008-2009, en utilisant donc à la fois des données qualitatives (entretiens approfondis) et quantitatives (cohorte et grande enquête transversale). Outre l'objet central du projet, à savoir les difficultés de (ré)insertion professionnelle que peuvent rencontrer les personnes séropositives et les « survivants » du cancer, il s'agissait également de voir comment la vulnérabilité pouvait se « propager » d'un domaine de l'existence à d'autres, sachant que l'un des vecteurs possibles de cette « propagation » est la modification des « préférences temporelles » : la maladie, de par les incertitudes qu'elle suscite quant à l'avenir de chacun, peut « précariser » toutes les dimensions de l'existence, parce qu'elle raccourcirait l'horizon temporel des individus (par exemple, dans les entretiens avec les personnes « survivantes » d'un cancer, les références à l'épée de Damoclès sont nombreuses24). C'est à cette question du « raccourcissement » de l'horizon temporel chez les « survivants » du cancer qu'est consacrée cette présentation.

Enjeux et objectifs

Beaucoup de travaux sont aujourd'hui réalisés sur les conditions de vie de personnes atteintes de maladies chroniques, sachant que les progrès thérapeutiques accomplis ces dernières années augmentent mécaniquement le nombre de personnes qui doivent vivre avec une telle maladie, ainsi que leur espérance de vie. Pour comprendre les difficultés que peuvent rencontrer ces personnes au quotidien, dans les différentes sphères de l'existence et s'agissant plus particulièrement de leur (ré)insertion professionnelle, certaines recherches ont mis l'accent sur les séquelles de la maladie et des traitements (pour le cancer comme pour le VIH), mais aussi sur le fait que l'expérience de la maladie pouvait entraîner une reconstruction identitaire, se concrétisant notamment par de nouvelles aspirations.

La recherche présentée ici vise à explorer plus précisément l'un des aspects de cette reconstruction, en faisant l'hypothèse que la maladie change la façon dont les personnes se projettent dans le temps, leur propension à préparer leur avenir, à faire des projets de long terme.

Comprendre comment la maladie peut modifier les attitudes à l'égard du temps permettrait ainsi de mieux saisir une dimension importante qui détermine de nombreux choix, de nombreux comportements qui font l'existence quotidienne des personnes atteintes. L'un des enjeux de cette approche concerne bien sûr plus particulièrement la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de maladie chronique, mais un autre enjeu plus spécifique relève de la prévention. En particulier, s'agissant des personnes séropositives comme des « survivants » du cancer, il importe de promouvoir l'arrêt tabagique, pour prévenir la survenue d'un (second) cancer, sachant en outre que les

[24] Comme l'illustrent les extraits d'entretiens suivants, réalisés avec des femmes « survivantes » d'un cancer du sein (cohorte ELIPPSE) :

« Pour le travail, j'ai un peu du mal avec l'avenir lointain, je n'ai pas envie de me projeter. Parce que je trouve que ce n'est pas la peine. Il y a le rythme des contrôles, tous les six mois ». ; « Moralement ce n'est pas tous les jours facile, on a l'impression d'avoir une épée de Damoclès sur la tête. Ça c'est sûr. » ; « La récidive […] il y a toujours cette épée de Damoclès là qui d'ailleurs me paralyse parce que ça me maintient ici […]. Donc je reste dans cette espèce de précarité pour l'instant. » ; « Une chose que m'a appris cette maladie c'est d'arrêter de gamberger, d'être tout le temps dans le futur ou d'essayer de rattraper un passé où on s'est loupé. J'ai gagné en intensité de présence. »

traitements suivis par ces personnes augmentent les risques de maladies cardiovasculaires pour lesquelles le tabac est déjà un facteur de risque très significatif.

Méthodes et approches

Les données utilisées sont issues d'une enquête réalisée en 2012 auprès d'un échantillon national de personnes atteintes d'un cancer (parmi douze localisations sélectionnées a priori), âgées de 18 à 83 ans au moment du diagnostic, et interrogées deux ans après celui-ci. Les deux questions relatives aux préférences temporelles ont seulement été posées au sous-échantillon âgé de 18 à 52 ans au diagnostic, soit 2109 personnes au total. Pour ces personnes, sont disponibles : leurs réponses à un questionnaire téléphonique multithématique (qualité de vie, conditions de vie, emploi, parentalité…), les données de leur dossier médical transmises avec leur accord par l'équipe soignante qui les a pris en charge (gravité initiale de la maladie, traitements reçus…), ainsi que les données de consommation de soins transmises par les caisses d'assurance maladie. Cela permet d'avoir des indicateurs « objectifs » sur l'état de santé, les traitements reçus et l'évolution de la maladie.

Les deux items posés sur les préférences temporelles concernent respectivement la santé et le confort matériel. Il s'agit d'assertion avec lesquelles les personnes interrogées devaient indiquer leur niveau d'accord :

1. Pour gagner quelques années de vie, je suis prêt(e) à me priver de certains plaisirs de l'existence, comme bien manger, boire ou fumer
2. Plutôt que de mettre de l'argent de côté pour assurer mes vieux jours, je préfère le dépenser tout de suite en me faisant plaisir

Trois démarches ont été utilisées pour étudier les préférences temporelles des « survivants » du cancer :

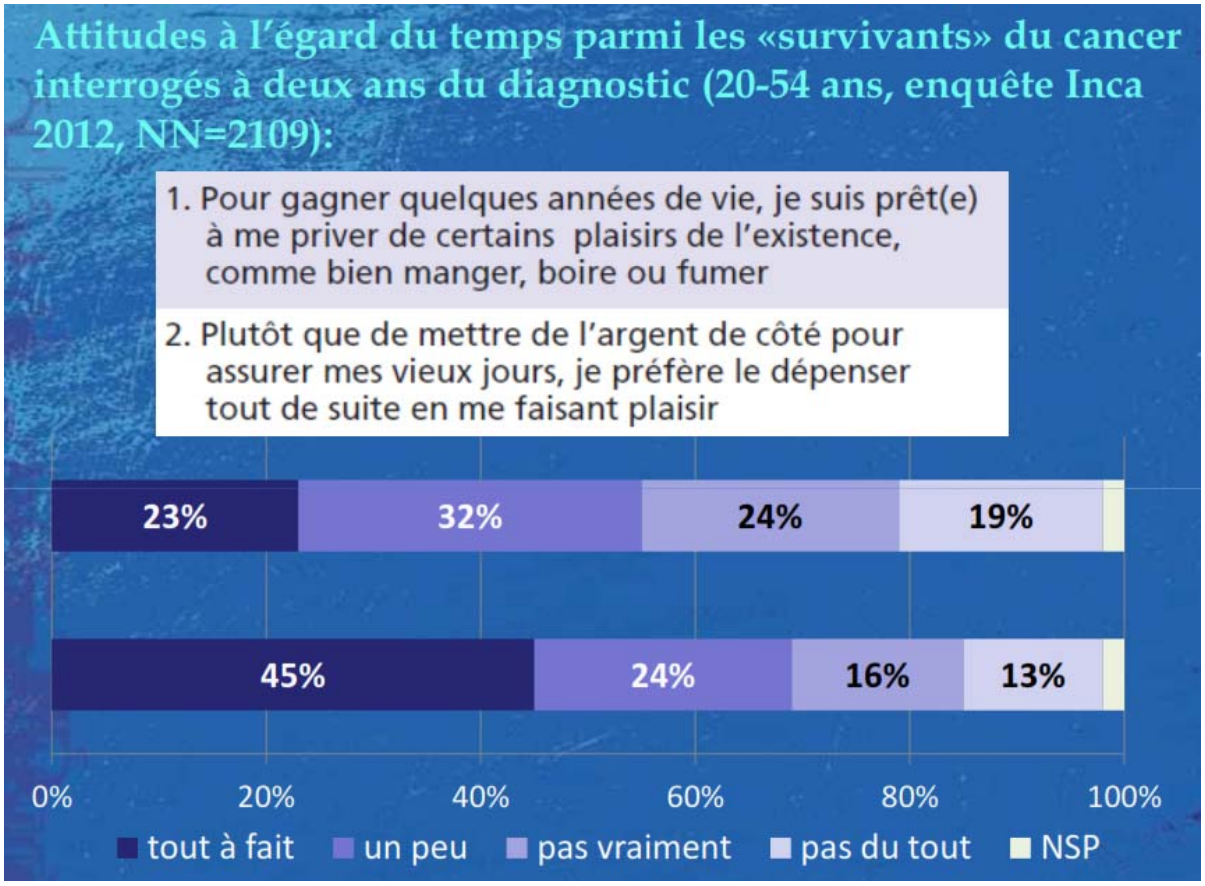
- Pour caractériser l'impact de la maladie sur les préférences temporelles, les réponses de ces « survivants » ont été comparées avec celles recueillies en population générale (enquête téléphonique INPES 2008), en standardisant les résultats par âge et sexe pour tenir compte de la structure démographique particulière de l'échantillon de « survivants ».
- Pour caractériser plus finement cet impact, il s'agissait ensuite de centrer l'analyse sur les personnes atteintes d'un cancer, en examinant parmi elles quelles variables influencent leurs préférences temporelles (gravité initiale et évolution de la maladie, séquelles perçues, qualité de vie…).
- Enfin, toujours en étudiant spécifiquement ces « survivants », il s'agissait de vérifier quel est l'impact de ces préférences sur les choix individuels qui impliquent un arbitrage intertemporel, en particulier le tabagisme.

Résultats scientifiques

A notre connaissance, c'est la première recherche qui explore la question des attitudes à l'égard du temps parmi des personnes atteintes d'un cancer.
Principaux résultats :

- Lorsque l'on compare les « survivants » du cancer à la population générale, on observe deux résultats-clés : d'une part, les « survivants » du cancer semblent davantage se préoccuper de leur avenir dans le domaine de la santé (la maladie aurait donc rallongé, et non raccourci, leur horizon temporel dans ce domaine) ; d'autre part, ces « survivants » auraient en revanche tendance à privilégier davantage leur confort matériel de court terme (la maladie aurait donc cette fois raccourcit leur horizon temporel, dans le domaine du confort matériel).

- Globalement, les attitudes mesurées à l'égard du temps varient peu selon l'évolution de la maladie, l'état de santé, la qualité de vie et l'évolution de la maladie, même si certains croisements sont significatifs, et que les variations observées sont sexuellement différenciées : il semblerait de ce point de vue que l'expérience du cancer est un impact assez homogène sur les attitudes individuelles (suggérant d'ailleurs que cet impact est socialement construit).
- Comme en population générale, les attitudes à l'égard du temps restent parmi les « survivants » d'un cancer un paramètre important pour comprendre les comportements tabagiques.



Exemple de lecture : parmi les personnes interrogées deux ans après un diagnostic de cancer, et âgées de 20 à 54 ans, 23% sont « tout à fait d'accord » avec l'assertion « pour gagner quelques années de vie… ».

Perspectives

Perspectives ouvertes par le projet en termes scientifiques, de coopération, d'application, de valorisation, d'impact sociétal ou sanitaire, etc.

Dans la perspective notamment de la préparation du second Plan Cancer, ces résultats peuvent nourrir la réflexion relative à deux priorités : d'une part, la compréhension des obstacles à la réinsertion professionnelle des « survivants » du cancer ; d'autre part, l'élaboration d'actions de prévention visant à promouvoir en particulier l'arrêt tabagique dans cette population. Au-delà, il s'agit aussi de réfléchir plus largement sur les événements et les expériences qui affectent nos attitudes à l'égard du temps, dans des sociétés qui valorisent la capacité des individus à se projeter dans le long terme lorsqu'ils prennent des décisions dans le présent (cf. la « culture du risque » telle que la définit le sociologue anglais Anthony Giddens).

Productions scientifiques

Articles déjà parus dans des revues scientifiques à comité de lecture

Paraponaris A, Sagaon Teyssier L, Ventelou B. "Job tenure and self-reported workplace discrimination for cancer survivors 2 years after diagnosis: Does employment legislation matter? *Health Policy* 2010*;* 98: 144-155.
Joutard X, Paraponaris A, Sagaon Teyssier L, Ventelou B. « A continuous-time Markov model for transitions between employment and non-employment: The impact of cancer diagnosis », *Annales d'Economie et de Statistiques* 2012, 107-108 : 239-265.
Marino P, Luis Sagaon T, Malavolti L, Le Coroller-Soriano AG. Sex differences in the return-to-work process of cancer survivors 2 years after diagnosis: results from a large French population-based sample. *Journal of Clinical Oncology* 2013; Apr 1;31(10):1277-84.
Gallardo L, Rey D, Peretti-Watel P. Impact du cancer du sein sur la vie professionnelle. Enquête parmi les femmes de la cohorte ELIPPSE**.** *Bulletin du Cancer* 2012; 99(7-8), pp. 779-86.

Article soumis, en révision

Tarantini C, Gallardo L, Peretti-Watel P. Le rapport au travail et à l'emploi chez les femmes traitées pour un cancer du sein, en révision à *Sociologie*.

Communication

Sagaon Teyssier L, Cortaredona S, Berenger C, Bendiane MK, Rey D, Peretti-Watel P, Moatti JP. Linkage between employment patterns and evolution of physical quality of life in the ELIPPSE40 cohort of young French women diagnosed with breast cancer: a group-based dual-trajectory analysis. *9th World Congress: Celebrating Health Economics* (Sydney, Australia, July 2013).

Projet ANR : Vulnérabilité professionnelle des personnes atteintes d'une tumeur cancéreuse ou du VIH (VITAVI)

Coordinateur

Peretti-Watel Patrick, UMR912 SESSTIM, INSERM, patrick.peretti-watel@inserm.fr

Principaux participants au projet

Sébastien Cortaredona, ORS PACA (sebastien.cortaredona@inserm.fr)
Lucille Gallardo, ORS PACA (lucille.gallardo@inserm.fr)
Alain Paraponaris, UMR912 SESSTIM, Aix-Marseille Université (alain.paraponaris@inserm.fr)
Luis Sagaon Teyssier, UMR912 SESSTIM, IRD (luis.sagaon-teyssier@inserm.fr)
Bruno Ventelou, UMR912 SESSTIM, CNRS (bruno.ventelou@inserm.fr)

Mondialisation, inégalités et mobilité sociale dans les pays avancés

(Vulnérabilité – ANR 2008)

Nathalie Chusseau, Maître de conférences habilitée à diriger des recherches, Laboratoire EQUIPPE (Economie Quantitative, Intégration, Politiques Publiques et Econométrie) et MESHS-CNRS, Université Lille 1, Nathalie.Chusseau@univ-lille1.fr

Enjeux et objectifs

Le projet MONDES (MONdialisation, restructurations et DÉclassement Social et professionnel) étudie la dynamique des inégalités et de l'exclusion sociale liée à la sous qualification dans les économies avancées (le Nord) et mondialisées (http://inequality-globalisation.univ-lille1.fr/).
On part de l'observation concomitante d'une mondialisation des économies et du creusement des inégalités salariales entre qualifiés et non qualifiés dans la plupart des pays avancés (le 'Nord') depuis les années quatre-vingt. Le processus de mondialisation s'est traduit par l'abandon des secteurs industriels intensifs en travail peu qualifié, et la délocalisation vers les pays émergents des stades de production à faible teneur en qualification (offshoring ou outsourcing international).
Le projet analyse les interactions entre

- les facteurs déterminant la demande de qualification (mondialisation, progrès technique),
- les éléments générant l'offre de qualification (éducation, positions sociales et mobilité intergénérationnelle)
- et le cadre institutionnel (politiques éducatives, redistribution, pouvoir syndical etc.).

Le projet est original à plusieurs titres :

- Il introduit la mondialisation et les restructurations sectorielles induites comme déterminants majeurs de la dynamique intergénérationnelle des qualifications et de l'émergence de trappes à pauvreté.
- Il étend l'analyse habituelle des trappes à sous-qualification à celle des trappes à exclusion, où les individus sortent durablement ou définitivement du marché du travail.
- Dans l'analyse de la mobilité intergénérationnelle du capital humain, il privilégie une structure éducative qui vise à styliser la réalité observée.
- Il étudie l'impact des politiques éducatives et sociales en tenant compte des effets de la mondialisation et du progrès technique sur leur faisabilité.

Enfin, le projet présente une dimension opérationnelle puisqu'il permet d'analyser l'efficacité des différentes actions publiques possibles.

Méthodes et approches

Le projet combine plusieurs outils complémentaires :

- la construction de modèles théoriques (modèles dynamiques d'équilibre général Nord-Sud et modèles intergénérationnels de formation du capital humain, jeux entre partenaires sociaux) permettant d'expliquer les principaux mécanismes en œuvre ;
- la construction à partir de ces bases théoriques de modèles d'équilibre général calculables qui sont ensuite simulés à partir de paramètres et de données issus de l'observation empirique. Cela permet (i) d'étendre les modèles théoriques à des configurations plus complexes qui n'ont pas de solutions analytiques simples et (ii) de les appliquer à des situations réellement observées ;
- l'estimation économétrique des résultats théoriques.

Les modèles théoriques utilisés sont de deux types :

- Pour analyser les changements dans la spécialisation productive liés à la mondialisation, on développe des modèles d'équilibre général H-O-S Nord-Sud avec deux facteurs (travail qualifié et non qualifié) et un continuum de biens sur un intervalle d'intensité en qualification (voir Chusseau et Hellier, 2010 ; Hellier, 2012a, 2012b). La dynamique de mondialisation Nord-Sud prend la forme d'une augmentation de la taille du Sud. Enfin, des changements technologiques liés à la mondialisation sont introduits à travers des transferts technologiques Nord-Sud et le rattrapage du Nord par le Sud en termes de productivité.
- Des modèles intergénérationnels de formation du capital humain (Chusseau et Hellier, 2011 ; Ben Halima, Chusseau et Hellier, 2012 ; Borissov et Lambrecht, 2012, Borissov et Hellier, 2013).
- Les simulations s'opèrent par construction de maquettes qui élargissent les modèles à des formes plus réalistes mais difficilement utilisables d'un point de vue analytique. En y insérant des paramètres plausibles tirés de la réalité observée, ces maquettes permettent en particulier de simuler les évolutions correspondant aux différents cadres nationaux.
- Des travaux économétriques ont été menés pour estimer certains résultats : impact de la mondialisation sur la concurrence sociale entre pays avancés (Merlevede et al, 2011) ; impact des restructurations industrielles liées à la mondialisation sur la mobilité intergénérationnelle en France (Fleury et Gilles, 2012), impact du système éducatif sur la mobilité intergénérationnelle (Ben Halima, Chusseau et Hellier, 2012).

Résultats scientifiques

Les travaux de recherche empiriques et théoriques réalisés dans le cadre de ce projet ont abouti aux principaux résultats suivants :

Impact de la mondialisation et de la concurrence des pays émergents sur les inégalités salariales et l'emploi dans les pays avancés

L'impact de la mondialisation et de la concurrence des pays émergents sur les inégalités salariales et l'emploi dans les pays avancés passe par de nombreux canaux et mécanismes qui interagissent, en particulier la taille des économies émergentes, les transferts technologiques et les changements institutionnels sur le marché du travail (politique salariale des entreprises, poids des syndicats, salaire minimum, assurances chômage et politiques redistributives, etc…).
Hellier et Chusseau (2010) montrent qu'il existe un dilemme inégalité-chômage lié à la mondialisation dans les pays avancés et que ce dilemme est d'autant plus intense et difficile à combattre que le pays était inégalitaire au début du processus de mondialisation.
Hellier (2012b) étend un modèle H-O-S Nord-Sud en supposant que la taille du Sud augmente, que les dotations en qualification sont très différentes et qu'il existe des écarts technologiques entre les deux zones (Nord et Sud). Il montre que la mondialisation passe par trois phases successives qui diffèrent fortement en termes de spécialisation productive et d'évolution des inégalités au Nord et au Sud.
Rayp et Vanbergen (2009) proposent un modèle théorique qui révèle l'existence d'une concurrence sociale entre régions. Celle-ci se traduit par des taux de contributions sous optimaux en termes de bien-être. Merlevede et al. (2011) proposent un modèle théorique permettant d'analyser les mécanismes par lesquels la mondialisation influence la concurrence sociale via la baisse du coût du travail. Les auteurs estiment empiriquement la réaction de chaque pays membre de l'UE des 15 à une baisse du coût du travail instaurée par l'un des autres membres (fonction de réaction). Ils montrent l'existence d'une concurrence sociale entre les pays de l'UE-15.

Mobilité intergénérationnelle et restructuration industrielle

La mobilité intergénérationnelle ascendante des qualifications est plus faible dans les régions subissant des restructurations industrielles liées à la mondialisation. Fleury (2010) a mené une étude sur la mobilité intergénérationnelle dans le Nord-Pas-De-Calais (NPC). Il met en évidence une mobilité sociale intergénérationnelle moins élevée dans le Nord-Pas-De-Calais qu'au niveau national, et faiblement ascendante. Les enfants issus des catégories sociales les moins qualifiées (ouvriers et employés) montent moins souvent dans l'échelle sociale en région NPC qu'en France en moyenne, et les enfants de cadres descendent plus souvent.
Fleury et Hellier (2010) construisent un modèle théorique avec simulations et montrent que les zones touchées par des restructurations industrielles pâtissent d'une mobilité intergénérationnelle ascendante réduite et d'une mobilité descendante forte.
Fleury et Gilles (2012) estiment l'impact des restructurations industrielles liées à la mondialisation sur la mobilité intergénérationnelle en France et la persistance des inégalités de capital humain. Ils montrent que les restructurations industrielles ont un impact négatif sur l'accumulation de capital humain et que cet impact est concentré sur les individus dont les parents sont les moins qualifiés.

Système éducatif et inégalités à long terme

La structure des systèmes éducatifs nationaux joue un rôle essentiel dans les inégalités à long-terme par la création de stratifications sociales pérennes qui influent sur l'adaptation à la mondialisation. Chusseau et Hellier (2011) construisent et simulent un modèle théorique pour étudier l'impact, sur la segmentation sociale, de différents systèmes éducatifs représentatifs de ceux observés dans les pays européens. Ils montrent que de fortes dépenses d'éducation, une part élevée allouée à l'éducation primaire et un système universitaire peu élitiste permettent de réduire les inégalités à long terme et de s'insérer plus facilement dans la mondialisation.

Hellier (2010) propose un modèle théorique et simulé pour étudier la dynamique intergénérationnelle des qualifications lorsque le travail peu qualifié est un facteur nécessaire à la production. Dans un tel cadre, pour réduire les inégalités et augmenter le nombre d'individus qui s'éduquent, il est alors nécessaire de donner plus d'éducation publique aux enfants issus des familles les moins éduquées. Ben Halima, Chusseau et Hellier (2012) estiment, pour la France, (i) l'évolution des primes de qualifications liées aux différents niveaux d'éducation de 1973 à 2003 et (ii) la variation de la mobilité intergénérationnelle des qualifications entre 1993 et 2003. Ils montrent :

- que la prime de qualification des niveaux d'éducation supérieure a augmenté par rapport au baccalauréat, mais que cette hausse n'a pas été suffisante pour compenser la forte baisse de la prime de qualification du baccalauréat ;
- et que l'influence de l'environnement familial sur le niveau d'éducation de l'individu a augmenté entre 1993 et 2003, induisant une plus faible mobilité sociale, et que cette baisse de mobilité était essentiellement due à l'augmentation de l'impact du revenu des parents sur l'éducation des enfants.

Borissov et Lambrecht (2012) proposent un modèle de croissance à générations imbriquées avec accumulation de capital humain dans le but d'étudier la dynamique des qualifications et l'impact des dépenses d'éducation. Dans ce modèle, la dynamique intergénérationnelle des qualifications peut aboutir à une multiplicité d'états stationnaires qui dépendent de la situation initiale et de l'efficacité de l'éducation. En outre, ils montrent que la relation entre inégalités et croissance est ambiguë.

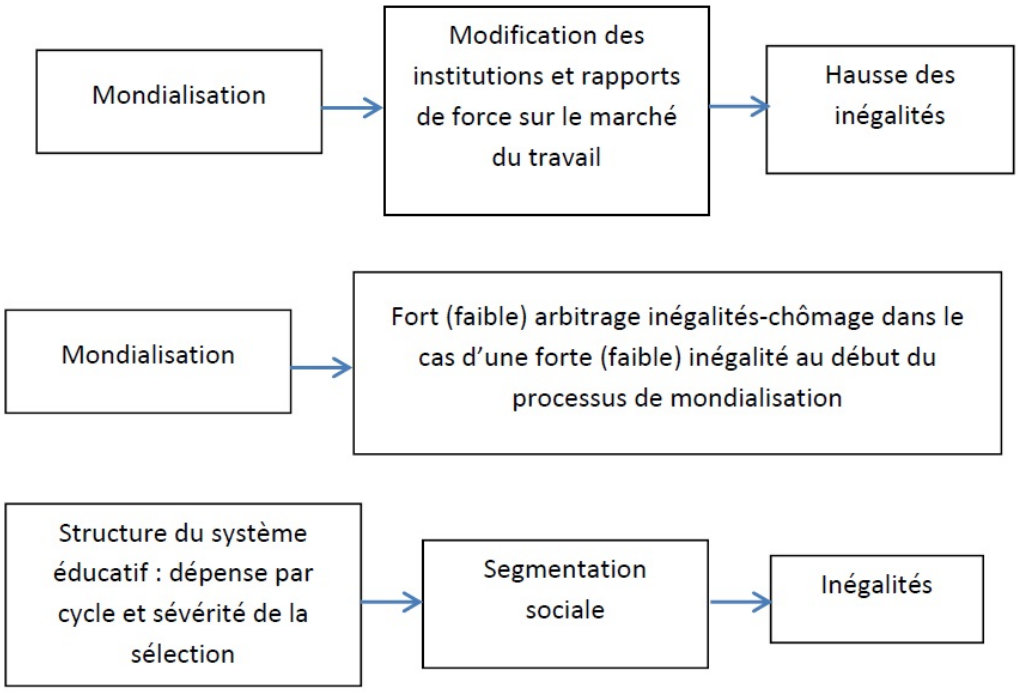
Mondialisation, niveau d'éducation et dynamiques des qualifications

La mondialisation influe sur le niveau d'éducation des individus et la dynamique des qualifications. Borissov et Hellier (2013) construisent un modèle théorique à générations imbriquées avec deux pays

(le Nord et le Sud), deux biens, deux produits, et des agents hétérogènes. Ils étudient l'impact d'un choc de globalisation (augmentation de la taille du Sud) sur le niveau éducatif, l'accumulation de capital humain et les inégalités. Ils montrent que l'impact de la globalisation sur les inégalités diffère fortement selon que l'on considère la génération en place au moment du choc de globalisation, et les générations suivantes. De plus, l'impact de la globalisation sur l'éducation et les inégalités dépend de la part du travail qualifié dans la population au moment du choc de globalisation, avec une possible inversion des positions (un pays faiblement 'qualifié' au moment du choc peut dépasser, en termes de qualification, un pays fortement 'qualifié').

Mondialisation et pouvoir syndical

La mondialisation entraîne une baisse du pouvoir syndical, ce qui réduit la part des salaires allouée aux moins qualifiés. Dumont, Rayp et Willemé (2012) construisent et estiment un modèle de négociations salariales avec salaire d'efficience. Ils montrent que le pouvoir de négociations des travailleurs peu qualifiés diminue avec les importations en provenance des pays émergents et avec les délocalisations.



Projet MONDES : principaux mécanismes étudiés

Perspectives

Le maintien, le démantèlement ou le réaménagement de l'Etat Providence, des systèmes sociaux et éducatifs, ainsi que leurs impacts sur la cohésion sociale, les inégalités et la pauvreté demeurent des sujets ouverts à de nombreuses investigations et porteurs d'enjeux essentiels dans les économies mondialisées. Dans cette optique, notre projet a inscrit la mondialisation (et le progrès technique) comme déterminant des deux composantes de la séquence *'inégalités et pauvreté liées à la sous qualification → politiques et changements institutionnels visant à maintenir la cohésion sociale'*. La mondialisation peut être génératrice d'inégalités, de sous-qualification et d'exclusion pour les individus les plus vulnérables à la nouvelle concurrence internationale. Mais elle peut également favoriser ou entraver la mise en œuvre des mesures permettant d'échapper aux situations socialement indésirables.

Dans cette perspective, la continuité logique de ce projet serait d'étudier l'impact de la mondialisation sur les systèmes sociaux et éducatifs en Europe et, en conséquence, sur les inégalités et la stratification sociale.

Trois thèmes, centrés sur trois éléments essentiels des systèmes sociaux, pourraient être analysés de façon concomitante car ils représentent trois voies essentielles, et qui se confortent mutuellement, par lesquelles la mondialisation influence les systèmes sociaux :

- **La stratégie allemande**, qui combine délocalisation et compression des salaires par une réforme de l'assurance chômage, consiste à réduire la protection sociale comme réponse à la stratégie internationale des firmes. Cette stratégie est-elle la plus appropriée et exportable vers les autres pays européens ?
- **La concurrence sociale et fiscale**, qui réduit l'Etat Providence et la redistribution comme réponse à l'évasion fiscale liée à la mondialisation. Quels sont les impacts des concurrences fiscale et sociale liées à la mondialisation sur la répartition des revenus et la stratification sociale ?
- **La concurrence éducative** qui privilégie les universités d'élite mondialisées au détriment des classes moyennes et de la mobilité sociale. Quel est l'impact de la globalisation sur les systèmes éducatifs, la reproduction des 'élites' et la mobilité sociale (en particulier des classes moyennes) ? Dans chaque cas, on pourrait étudier des politiques publiques alternatives permettant de maintenir la cohésion sociale en s'opposant à la montée des inégalités.

Le projet a également permis de pérenniser le partenariat avec plusieurs universités européennes (Gand, Anvers et le Bureau Fédéral du Plan en Belgique, Saint-Pétersbourg en Russie) et de développer de nouveaux partenariats internationaux avec l'Université Hohenheim en Allemagne et l'Université Bar-Ilan en Israël.

Productions scientifiques du projet ANR MONDES

- **10 articles publiés** dans des revues scientifiques internationales ;
- **1 ouvrage** international de 9 chapitres ;
- **1 article** dans une revue scientifique nationale, 2 articles de vulgarisation à destination du grand public, 17 documents de travail publiés notamment dans les séries des centres de recherche impliqués dans le projet ;
- **37 communications** à des conférences internationales.
- **1 journée d'études** ('Globalisation, Inequality, Education and Social Downgrading') (http://inequality-globalisation.univ-lille1.fr/doc/programme_workshop_globalisation_inequality_education_social_downgrading_20100112.pdf) et **1 conférence internationale** de clôture du projet ('Inequality, Skill and Globalization') les 21-22 juin 2012 (http://ineq-glob-2012.sciencesconf.org/). Lors de la conférence de juin 2012, Thomas Piketty a donné la conférence d'ouverture « Croissance et répartition : jusqu'où les inégalités peuvent-elles augmenter au 21ème siècle ? ». Une table ronde a été organisée sur le thème : « Globalisation et marché du travail : les gagnants et les perdants » (voir le programme détaillé sur le site internet de la conférence).
  Ces deux manifestations ont été organisées en partenariat avec la communauté de recherche GRESI « Globalization, Regionalization and Social and Economic Inequality » financée par la Région Flandres.
- La publication d'**un numéro spécial d'une revue internationale** regroupant certaines contributions présentées à la conférence de clôture.
- La réalisation d'**un site internet** où sont exposées les principales réalisations du projet (http://inequality-globalisation.univ-lille1.fr).
- La mise à jour et la mise à disposition des membres du projet des **bases de données** utilisées pour le programme de recherche (bases de données statistiques sur les inégalités, et base de données

bibliographiques sur les différents aspects de l'analyse des inégalités). Un serveur financé sur les fonds du projet permet cette mise à disposition.

Articles publiés dans des revues internationales

[1] Chusseau N. and J. Hellier (2013) Globalization and Inequality: Where do we stand? à paraître dans le *Journal of Income Distribution*.

[2] Hellier (2013) Working Poor Trajectories, à paraître dans the *Journal of Income Distribution*.

[3] Borissov K. and J. Hellier (2013) Globalization, Skill Accumulation and the Skill Premium, *Review of Development Economics*, 17(2), 220-234.

[4] Dumont M., G. Rayp and P. Willemé (2012) The bargaining position of low-skilled and high-skilled workers in a globalizing world, *Labour Economics*, 19, 312–319.

[5] Chusseau N. and J. Hellier (2011) Educational systems, intergenerational mobility and social segmentation, *European Journal of Comparative Economics*, 8(2), 203-233.

[6] Stavrevska V. (2011) The efficiency wages perpective to wage rigidity in the open economy: A survey, *International Journal of Manpower*, 32(3), 277-99.

[7] Dumont M., Stojanovska N. and L. Cuyvers, (2011) World inequality, globalisation, technology and labour market institutions, *International Journal of Manpower*, 32(3), 257-272.

[8] Meeusen W., V. Stavrevska and G. Rayp (2011) Efficiency Wages, Unemployment Benefits and Union-firm Wage Bargaining: the Issue of the Choice of the Outside Option', *Journal of Labor Research*, Vol. 32, No.1, 75-86.

[9] Hellier J. and N. Chusseau (2010) Globalisation and the Inequality-Unemployment Trade-off, *Review of International Economics* 15(1), 1028-1043.

[10] Borissov K. and S. Lambrecht (2009) Growth and Distribution in an AK-Model with Endogenous Impatience, *Economic Theory* 39, 93-112

Articles publiés dans des revues nationales

[11] Fleury N. (2012) Age d'entrée à l'école, accumulation de capital humain et parcours scolaire : le cas de la France**,** *Revue Economique*, 63(3), 475-490.

Ouvrage

[12] *Growing Income Inequalities, Economic Analyses*, Palgrave MacMillan. Editeurs : Nathalie Chusseau et Joël Hellier. Paru le 14 novembre 2012.

Chapitres d'ouvrage

[13] Chusseau N. and M. Dumont (2012) Growing Income Inequalities in Advanced Countries in: J. Hellier & N. Chusseau Eds, *Growing Income Inequalities, Economic Analyses*, Palgrave MacMillan, 11-47.

[14] Chusseau N. and J. Hellier (2012) Education, intergenerational mobility and inequality, in: J. Hellier & N. Chusseau Eds, *Growing Income Inequalities, Economic Analyses*, Palgrave MacMillan, 227-273.

[15] Chusseau N. and J. Hellier (2012) Inequality in emerging countries, in: J. Hellier & N. Chusseau Eds, *Growing Income Inequalities, Economic Analyses*, Palgrave MacMillan, 48-75.

[16] Dumont M. (2012) Is there a trade-off between wage inequality and unemployment?, in: J. Hellier and N. Chusseau (Eds.), *Growing Income Inequalities, Economic Analyses*, Palgrave MacMillan, 147-171.

[17] Hellier J. (2012) The North-South HOS model, globalization and inequality, in: J. Hellier & N. Chusseau Eds, *Growing Income Inequalities, Economic Analyses*, Palgrave MacMillan, 107-146.

[18] Hellier J. and S. Lambrecht (2012) Inequality, growth and welfare: The main links, in: J. Hellier & N. Chusseau Eds, *Growing Income Inequalities, Economic Analyses*, Palgrave MacMillan, 274-311.

[19] Kalugina E. (2012) The working poor, in: J. Hellier and N. Chusseau (Eds.), *Growing Income Inequalities, Economic Analyses*, Palgrave MacMillan, 76-104.

[20] Meeusen W. and V. Stavrevska (2012) Efficiency wages and inequality, in: J. Hellier and N. Chusseau (Eds.), *Growing Income Inequalities, Economic Analyses*, Palgrave MacMillan, 201-223.

[21] Rayp, G. (2012), 'Growing Inequalities, Globalization and Trade Unions', in: J. Hellier and N. Chusseau (Eds.), *Growing Income Inequalities, Economic Analyses*, Palgrave MacMillan, 175-200.

Articles de vulgarisation

[22] Chusseau, N. (2011) La société française de plus en plus inégalitaire ?, *Nouvelles d'Archimède*, Chroniques d'Economie Politique, n°56, Janvier-Février-Mars 2011, Université Lille 1.

[23] Fleury N. (2010) Dynamique des Qualifications et Mobilité Intergénérationnelle dans la Région Nord-Pas-de-Calais**,** Note N°38 de la D2PE (Direction du Développement Durable, de la Prospective et de l'Evaluation) du Conseil Régional Nord-Pas de Calais, Octobre 2010.

Documents de travail et papiers proposés pour publication

Ben-Halima B., N. Chusseau and J. Hellier (2013) Skill Premia and Intergenerational Skill Transmission: The French Case, Papier de recherche EQUIPPE présenté au 27ème congrès annuel de la *European Economic Association*, Malaga, August 27-31. ECINEQ WP n°2013-285. En révision à la *Economics of Education Review*.

Borissov K. and S. Lambrecht (2010), Education, Wage inequality and Growth, Research Paper European University of St Peterburg.

Borissov K. and S. Lambrecht (2012), The dynamics of income inequality in a growth model with human capital and occupational choice, EQUIPPE Working paper 2012-23.

Chusseau N. and M. Dumont (2012), Growing income inequalities in advanced countries, ECINEQ Working Paper n°260, August (http://www.ecineq.org/milano/workingp.htm), and EQUIPPE Working paper 2012-24 (http://equippe.univ-lille1.fr/publications/documents/).

Chusseau N. and J. Hellier (2012a), Education, intergenerational mobility and inequality, ECINEQ Working Paper n°261, September (http://www.ecineq.org/milano/workingp.htm), and EQUIPPE Working paper 2012-26 (http://equippe.univ-lille1.fr/publications/documents/).

Chusseau N. and J. Hellier (2012b), Inequality in emerging countries, ECINEQ Working Paper n°256, May (http://www.ecineq.org/milano/workingp.htm), and EQUIPPE Working paper 2012-25 (http://equippe.univ-lille1.fr/publications/documents/).

Chusseau N and J. Hellier (2012c) Globalization and Inequality: Where do we stand?. ECINEQ WP n°2012-279.

Chusseau N., M. Dumont, J. Hellier and G. Rayp (2011), Is the Trade-Off between Wage Inequality and Unemployment Country-Specific, *European Economics and Finance Society (EEFS): 'Global Imbalances, Financial Institutions, and Reforms in the Post-crisis Era*', Athens, Greece, 3rd – 6th June 2010. *European Trade Study Group (ETSG)*, Eleventh Annual Conference, Rome, 10-12 September 2009.

Fleury N. and F. Gilles (2012), Intergenerational Mobility and industrial Restructuring: an Evaluation using French Data, Papier de recherche EQUIPPE 2012-8, proposé pour publication.

Fleury N. and J. Hellier (2010), Intergenerational Mobility and Restructuring, Papier de recherche EQUIPPE.

Hellier J. (2010), Equality, Efficiency and the Skill Gap, *Research Paper*, *EQUIPPE*, présenté à la Conférence *ECINEQ 2009* (Buenos Aires, 20-23 July). Proposé pour publication.

Hellier (2012a), The North-South HOS model, inequality and globalization, ECINEQ WP, n°2012-244.

Hellier (2012a), North-South Globalization and Inequality, ECINEQ WP n°2012-273, proposé pour publication.

Hellier (2012c) Working Poor Trajectories, ECINEQ WP n°2012-280.

Merlevede B., Rayp G., Van Parys S., Verbeke T. (2011), Do EU-15 countries compete over labour taxes, *Working Papers of Faculty of Economics and Business Administration, Ghent University, Belgium*, n°11/750, proposé pour publication.

Rayp G. and B. Vanbergen (2010), Are Social Welfare States facing a Race to the Bottom? A theoretical Perspective, *Working Papers of Faculty of Economics and Business Administration, Ghent University, Belgium*, n°09/572, Ghent University, Faculty of Economics and Business Administration.

Stojanovska N. and L. Cuyvers (2010), The Interplay between International Trade and Technological Change and the Wage Inequality in the OECD countries, FIW Working Paper, n°43, proposé pour publication.

Organisation d'une conférence internationale « Inequality, Skill and Globalization » les 21 et 22 juin 2012

(http://ineq-glob-2012.sciencesconf.org/)
Cette conférence a permis de regrouper les recherches les plus récentes :
1) sur l'analyse des inégalités et du déclassement social dans des économies soumises au processus de mondialisation
2) sur les politiques et actions sociales permettant de lutter contre les inégalités et la pauvreté.
Cette manifestation a été organisée en partenariat avec la communauté de recherche flamande '*Globalisation, régionalisation et inégalité économique et sociale'* (GRESI) regroupant les Universités d'Anvers, de Gand, de Maastricht, de Bruges, de Leuven, de Bruxelles et de Lille 1. Elle a bénéficié du soutien financier de l'ANR, du GRESI, de l'Université Lille 1, de la communauté urbaine de Lille, de la fondation Jean-Jaurès.
Thomas Piketty, directeur d'études à l'EHESS, a donné la conférence d'ouverture intitulée : « Croissance et répartition : jusqu'où les inégalités peuvent-elles augmenter au 21ème siècle ? », et une table ronde a été organisée sur le thème : « Globalisation et marché du travail : les gagnants et les perdants ».
Le programme détaillé est disponible sur le site internet de la manifestation : http://ineq-glob-2012.sciencesconf.org/

Projet ANR : MONDES : MONdialisation, restructuration et DÉclassement Social et professionnel

http://inequality-globalisation.univ-lille1.fr/
Laboratoire EQUIPPE Université Lille 1 et Maison Européenne des Sciences de l'Homme et de la Société, laboratoire LEMNA Université de Nantes, Bureau Fédéral du Plan en Belgique, Université de Gand et Université d'Anvers

Coordinateur du projet

Nathalie CHUSSEAU**,** EQUIPPE Université Lille 1 & MESHS-CNRS, Nathalie.Chusseau@univ-lille1.fr

Partenaires

LEMNA, Université de Nantes.

Coordinateur

Joël HELLIER, joel.hellier@wanadoo.fr

Participants au projet

Chercheurs	Equipe de recherche	Thèmes de recherche
Borisov Kirill	Univ. Européenne de St Petersbourg	Economie de la croissance. Modèles dynamiques.
Chusseau Nathalie	MESHS-EQUIPPE	Economie des inégalités, Politiques sociales, Macroéconomie.
Dumont Michel	Bureau fédéral du Plan Belge	Economie internationale, Economie des inégalités, Economie de l'innovation, Econométrie.
Edwards T. Huw	Loughborough Univ.	Modèles d'équilibre général calculable, Economie internationale, Economie de la transition, Globalisation.
Hellier Joël	LEMNA Univ. Nantes	Economie des inégalités, Economie internationale et macroéconomie, Economie du travail.
Kalugina Ekaterina	Univ. de NANTES Université d'Evry	Economie de la pauvreté ; Microéconométrie.
Lambrecht Stéphane	MESHS-EQUIPPE	Modèles à générations imbriquées, Analyse économique de l'altruisme.
Meeusen Wim	Univ. d'Anvers	Economie internationale, Economie de l'innovation, Macroéconomie, Croissance économique.
Rayp Glenn	Univ. De Gand	Economie internationale, Economie du travail, Economie des inégalités, Econométrie.
Stavrevska Vesna	Univ. d'Anvers	Economie internationale, Economie du travail

Mesurer la discrimination sur le marché immobilier à la location en France : apports croisés des méthodes quantitatives et qualitatives

(Blanc - ANR 2007)

Mirna Safi, sociologue, chargée de recherche à l'Observatoire sociologique du changement, Sciences Po Paris mirna.safi@sciences-po.fr
Etienne Wasmer, professeur d'économie, Sciences Po Paris etienne.wasmer@sciences-po.fr

Les phénomènes de discrimination et de ségrégation font l'objet d'une production académique abondante aux Etats-Unis depuis plusieurs décennies. La persistance de fortes inégalités entre groupes ethniques dans ce pays (et parfois même leur aggravation dans le temps) a conduit les chercheurs à avancer l'hypothèse que les mécanismes de la discrimination et de la ségrégation se sont transformés pour devenir plus subtils et non pas moins prégnants. Ce champ de recherche est donc d'autant plus actif qu'il fait face à un défi important : développer des méthodes empiriques et des modèles théoriques innovants pour cerner ces mécanismes devenus plus discrets.
A l'intérêt qu'il y a à contribuer à cette recherche académique en général viennent s'ajouter des spécificités du contexte français rendant indispensables les travaux menés au sein du projet DISCRI-SEGRE. En effet, la manière dont s'inscrivent dans l'espace urbain les disparités socioéconomiques entre groupes d'origines différentes donne lieu à de nombreux commentaires et inquiétudes au sujet du phénomène dit des banlieues françaises. Toutefois, si les termes « discrimination » et « ségrégation » reviennent fréquemment pour qualifier ce phénomène, les fondements scientifiques d'un tel rapprochement restent rares et parfois mal assurés. Le projet DISCRI-SEGRE vise notamment à palier ces manques.

Objectifs

Le projet DISCRI-SEGRE regroupe un ensemble de travaux visant à mieux comprendre les mécanismes de discrimination et de ségrégation et s'intéressant notamment à la manière dont se manifestent ces phénomènes en France. Il privilégie une approche « par le bas » de la discrimination et de la ségrégation : l'accent est ainsi mis sur le fonctionnement concret du marché locatif, l'éducation dans les banlieues françaises, le rôle des cercles familiaux et associatifs, les obstacles pratiques à la mobilité résidentielle ou encore les interactions entre marché du logement et marché travail.

Le projet DISCRI-SEGRE se structure autour de trois axes de recherches :

- la mesure empirique de la discrimination, notamment au moyen de méthodes dites de « testing » ;
- la modélisation théorique de mécanismes susceptibles d'expliquer les phénomènes de discrimination et de ségrégation ;
- l'examen par des méthodes économétriques d'analyse des politiques publiques d'éléments institutionnels interagissant avec ces phénomènes. Le projet se caractérise notamment par sa composante pluridisciplinaire, certains travaux associant ainsi économistes et sociologues.

Programme des travaux

Trois ensembles de travaux menés au sein du projet DISCRI-SEGRE se distinguent de par l'approche scientifique qui y est privilégiée.

Un premier ensemble de travaux proposent des modèles économiques théoriques afin de mieux comprendre les phénomènes de discrimination et de ségrégation. Ces analyses reposent sur le modèle canonique de recherche d'emploi que les auteurs enrichissent afin de tenir compte de différents

aspects du fonctionnement local du marché du travail, comme par exemple le rôle du logement ou du transport.

Un deuxième groupe correspond aux travaux empiriques qui s'appuient notamment sur une analyse économétrique des déterminants des choix résidentiels en France prenant appui sur des données de recensement la population.

Le troisième ensemble correspond à des travaux privilégiant une approche pluridisciplinaire : les auteurs confrontent les résultats obtenus par un testing mené auprès d'agence immobilière de la région parisienne avec une série d'entretiens en face-à-face avec des agents immobiliers. Cette approche permet notamment de dégager des enseignements méthodologiques s'agissant des techniques privilégiées par l'économie et la sociologie pour appréhender les pratiques discriminatoires.

Résultats scientifiques

Plusieurs modèles théoriques originaux du fonctionnement du marché du travail ont été développés au sein du projet DISCRI-SEGRE. Ceux-ci éclairent les liens entre mobilité géographique (en s'intéressant soit aux déplacements quotidiens des individus vers leur lieu de travail, soit à la mobilité résidentielle) et disparités sur le marché du travail. Gautier & Zenou [6] montrent par exemple comment les inégalités d'accès aux transports procèdent des disparités sur le marché du travail et amplifient celles-ci. Rupert & Wasmer [8] expliquent quant à eux comment la fluidité du marché du logement affecte celle du marché du travail. Ces travaux impliquent que la réforme du marché du travail passe aussi par des politiques publiques visant à diminuer le coût du transport et améliorer l'accès au logement.

Des travaux empiriques viennent confirmer cette importance de l'espace pour la compréhension des phénomènes de discrimination et de ségrégation. Bonnet, Lalé, Safi, & Wasmer [2] montrent que les candidats à la location d'un appartement reçoivent des réponses moins favorables des agences de location lorsqu'ils habitent une banlieue défavorisée. Le caractère alarmant de ce résultat est renforcé par les conclusions de deux autres études : celle de Rupert, Stancanelli, & Wasmer [7] mesurant l'impact de la durée du transport vers le lieu de travail sur le salaire perçu, et celle de Fougère, Kramarz, Rathelot, & Safi [5] qui indique que, toutes choses égales par ailleurs, les choix résidentiels des immigrés sont davantage contraints que ceux des natifs.

Les modèles théoriques originaux du fonctionnement du marché du travail développés au sein du projet DISCRI-SEGRE apportent un éclairage nouveau sur les liens entre mobilité géographique et disparités sur le marché du travail :

- Des disparités sur le marché du travail peuvent émerger entre groupes d'origines différentes même si ceux-ci résident à même distance des bassins d'emplois. Ce résultat est le produit d'inégalités d'accès aux transports qui procèdent elles-mêmes de la discrimination statistique pratiquée par les employeurs (Gautier & Zenou [6]).
- La fluidité du marché du logement affecte celle du marché du travail : si les individus ne peuvent déménager facilement pour se rapprocher de leur lieu de travail, ils sont conduits à n'accepter que les emplois situés dans un périmètre restreint, ce qui diminue en retour la création d'emploi. Les auteurs imputent à ce mécanisme une part importante des différentiels de taux de chômages entre l'Europe et les Etats-Unis où la mobilité résidentielle est relativement plus aisée (Rupert & Wasmer [8])
- Les anticipations de mobilité conduisent les individus à investir dans un capital social plus ou moins « portable » qui peut in fine rendre la mobilité géographique couteuse en termes de sociabilité. Ce point expliquera la moindre mobilité européenne. Cette théorie a été validée grâce à l'analyse des données issue du panel européen des ménages (David, Janiak, & Wasmer [3])

- Les durées du transport vers le lieu de travail affectent le salaire perçu. Leur analyse met l'accent sur l'importance du pouvoir de négociation des travailleurs. Par là-même, elle suggère que des coûts de transports élevés peuvent s'avérer un obstacle à la reprise d'emploi, obstacle inégalement distribué dans la population puisque certains groupes ont moins de pouvoir de négociation face aux employeurs. (Rupert, Stancanelli & Wasmer [7])

Des travaux empiriques corroborent cette importance de l'espace pour la compréhension des phénomènes de discrimination et de ségrégation :

- Les candidats à la location d'un appartement reçoivent des réponses moins favorables des agences de location lorsqu'ils habitent une banlieue défavorisée. D'autre part, les agents immobiliers interviewés dans leur travail insistent sur (i) le caractère fréquent des pratiques de discrimination ethnique et (ii) l'inexistence d'une discrimination basée sur le seul critère résidentiel. Les auteurs interprètent ces résultats de la manière suivante : la discrimination fondée sur ce critère résidentiel est une manière inconsciente de pratiquer une forme de discrimination ethnique. (Bonnet, Lalé, Safi, & Wasmer [1, 2])
- Toutes choses égales par ailleurs, les choix résidentiels des immigrés sont davantage contraints que ceux des natifs Fougère, Kramarz, Rathelot, & Safi [5]. Plus précisément, les immigrés ont davantage de chance de résider dans une habitation à loyer modéré (HLM) que les natifs, mais que ceci devient moins vrai dans les villes où (i) l'offre de logement social est abondante et/ou (ii) la proportion de natifs est plus élevée. Ces résultats ne sont pas incompatibles avec l'existence de pratiques discriminatoires.

Le projet DISCRI-SEGRE a permis le développement de modèles économiques permettant de mieux cerner certaines facettes du fonctionnement local de la discrimination et de la ségrégation, notamment du point de vue des interactions entre marchés du travail et marché du logement ainsi que de l'inscription dans l'espace concret de la recherche de l'emploi. La recherche empirique a permis d'établir des faits nouveaux s'agissant de la discrimination sur le marché du logement locatif et de la ségrégation dans le parc des logements sociaux.

Perspectives

Perspectives ouvertes par le projet en termes scientifiques, de coopération, d'application, de valorisation, d'impact sociétal ou sanitaire, etc.

Productions scientifiques

[1] Bonnet, F., Safi, M., Lalé, E., and Wasmer, E. (2011). À la recherche du locataire «ideal» : du droit aux pratiques en region parisienne. Regards croisés sur l'économie, 9 :216–227.

[2] Bonnet, F., Safi, M., Lalé, E., and Wasmer, E. (2012). Better spatial than ethnic discrimination ! Reconciling audit's findings and interviews' findings in the French housing market.

[3] David, Q., Janiak, A., and Wasmer, E. (2010). Local social capital and geographical mobility. Journal of Urban Economics, 68(2) :191–204.

[4] Diagne, M. and Wasmer, E. (2010). Geographically-targeted affirmative action and incentive effects in French high schools.

[5] Fougère, D., Kramarz, F., Rathelot, R., and Safi, M. (2011). Social housing and location choices of immigrants in france. IZA Discussion Paper, 5557.

[6] Gautier, P. and Zenou, Y. (2010). Car ownership and the labor market of ethnic minorities. Journal of Urban Economics, 67(3) :392–403.

[7] Rupert, P., Stancanelli, E., and Wasmer, E. (2009). Commuting, wages and bargaining power. Annals of Economics and Statistics/Annales d'Économie et de Statistique, pages 201–220.

[8] Rupert, P. and Wasmer, E. (2012). Housing and the labor market : time to move and aggregate unemploy- ment. Journal of Monetary Economics, 59(1)

Projet ANR : Mesurer la discrimination sur le marché immobilier à la location en France : apports croisés des méthodes quantitatives et qualitatives (Blanc 2007)

Coordinateur

Etienne Wasmer, professeur d'économie, Sciences Po Paris etienne.wasmer@sciences-po.fr

Participants au projet

Mirna Safi, sociologue, chargée de recherche à l'Observatoire sociologique du changement, Sciences Po Paris
mirna.safi@sciences-po.fr
François Bonnet, University of Amsterdam
Etienne Lalé, University of Bristol

Formes et conditions de maintien et de sortie de la « vulnérabilité sociale » en milieux populaires

(Vulnérabilité – ANR 2008)

Sylvia Faure, sociologue, professeur, équipe « Modes espaces et processus de socialisation » du Centre Max Weber, Université Lyon2 ; Daniel Thin, professeur, Laboratoire Triangle, Université Lyon 2

Enjeux et objectifs

Les recherches conduites dans le cadre du projet « Formes et conditions de sortie de la vulnérabilité sociale en milieux populaires » avaient pour objectif :

- de comprendre les conditions favorisant le maintien ou au contraire la sortie de situations déstabilisantes ou de précarité dans les milieux populaires à faible capital économique ;
- d'étudier les effets conjugués, positivement ou négativement, des dispositifs institutionnels mis en œuvre pour aider les individus et les familles, et les « ressources » dont disposent les individus, qu'elles proviennent d'associations locales, ou de leur parcours (ressources relationnelles, familiales, résidentielles, professionnelles, scolaires, langagières).

Contre les visions misérabilistes des milieux populaires, mais sans nier les inégalités sociales et économiques auxquelles se confrontent les familles populaires, nous avons souhaité rendre compte de la manière dont elles font face aux situations difficiles ou incertaines, en montrant comment les logiques institutionnelles s'appuient sur leurs ressources ou au contraire comment elles ne les reconnaissent pas, ni ne tiennent compte des contraintes spécifiques des familles (ce qui peut déstabiliser voire aggraver, les situations sociales et familiales).

Méthodes et terrains d'enquête

Les terrains de nos enquêtes ont porté sur l'analyse de 242 entretiens approfondis, à laquelle se combinent la constitution pour certains terrains de questionnaires et la production de données statistiques, l'analyse de seconde main de données statistiques (comme celles de la DEP pour comprendre les parcours des élèves déscolarisés), le traitement de données produites par les institutions concernées par la recherche (dossiers d'élèves, de personnes en situation de demande d'emploi, ou de relogement, etc.) et enfin sur des observations participantes quand l'enquête le nécessitait.
La spécificité de notre démarche comparative tient donc aussi du croisement des « données » ainsi que de leur forme. Cette méthodologie a été mobilisée à propos :

- des situations d'emploi et d'accès au logement de jeunes de milieux populaires engagés dans des Missions Locales ou des associations d'aide ;
- des parcours de jeunes adultes et adolescents à la suite de ruptures scolaires au collège et de leur prise en charge dans des dispositifs chargés de les «re-scolariser» ;
- des parcours de relogement suite aux démolitions d'immeubles dans des quartiers populaires faisant l'objet de la politique de rénovation urbaine.

Deux terrains ne sont pas d'emblée marqués par un processus de déstabilisation mais renseignent sur les formes de ressources et sur la manière dont celles-ci sont mobilisées par les individus : d'une part les conditions de professionnalisation et d'engagement dans le métier de footballeurs de la part de jeunes de milieux populaires et, d'autre part, les parcours de femmes de quartiers populaires participant à des groupes de femmes. Enfin, ces réflexions ont pu profiter des apports d'une enquête

complémentaire indépendante, financée par la CNAF, traitant du poids des temporalités et des régulations domestiques sur les parcours scolaires d'enfants de familles nombreuses
Quel que soit le mode d'entrée sur ces terrains de recherche, les chercheurs ont eu le souci de comparer leurs résultats d'enquête et d'en dégager les points communs en vue de mieux comprendre les relations entre milieux populaires et acteurs institutionnels, et d'apporter leur contribution à l'analyse des conditions de maintien ou de sortie de situations difficiles.

Résultats scientifiques

Le problème des mots pour décrire les milieux populaires

La recherche à eu pour objectif de rendre compte des catégories de pensée et de classement, qui, dans la recherche sociologique, dans les travaux d'expertise ou dans des textes officiels (politiques, institutionnels, journalistiques) se substituent souvent aux notions de « classes » ou de « milieux » : les pauvres, les précaires, les désaffiliés, les vulnérables, etc. Nous avons montré comment le choix de ce type de langage, loin de décrire objectivement les situations sociales, contribue à construire cette réalité à partir d'un point de vue (au sens de Weber) souvent normatif : les usages des concepts véhiculent des présupposés, des manières de penser le monde et les individus, et de manière pratique, ils orientent l'action des acteurs institutionnels, des travailleurs sociaux, des experts.
L'indétermination de la notion de vulnérabilité, en particulier, amène ainsi nombre de ces acteurs à ne pas expliciter comment ils « produisent » des « objets » qu'ils « rangent » sous la catégorie : maladies professionnelles, précarité de l'emploi, mises à l'écart du marché du travail, célibat, formes de sociabilités perçues comme problématiques (bandes), quartiers dits « sensibles », questions de scolarité, etc. De cette non-réflexivité critique, l'on passe alors rapidement des situations jugées « vulnérables » aux « populations » dites « vulnérables » désignées comme autant d'entités « naturelles », ontologiques : les femmes, les jeunes, les immigrés, les handicapés, les personnes âgées, etc.
Nous avons donc interrogé la catégorie de vulnérabilité comme catégorie des politiques publiques actuelles et en nous demandant si - et dans quelle mesure - elle peut être mobilisée comme concept pertinent pour analyser sociologiquement les parcours que nous avons étudiés et, plus largement, si elle est utile pour comprendre et qualifier les situations observables dans les milieux populaires. Rapidement, nous considérons que la notion est plus encombrante qu'éclairante pour plusieurs raisons :

- Le flou de la notion qui peut qualifier toute situation et parfois être rabattue sous une caractéristique ontologique (la vulnérabilité est une caractéristique de la condition humaine) ;
- L'occultation des rapports de domination ;
- Le misérabilisme de la notion qui ne permet pas de voir les ressources ou les capitaux individuels ou collectifs que les membres des classes populaires peuvent mobiliser.

Au-delà d'une réflexion critique sur les catégories institutionnelles employées pour rendre compte des milieux populaires, nous avons voulu entrer dans le détail des rapports entre les dispositifs et attentes institutionnels et les individus, rapports variables en fonction des ressources de ces derniers.

Mise à jour des conditions d'appropriation des dispositifs institutionnels selon les parcours et les ressources des milieux populaires : prérequis scolaires, réputation, présentation de soi…

Nous avons mis à jour non seulement les manières dont certains dispositifs institutionnels pensent et agissent auprès des populations qu'ils « ciblent », mais regardé aussi du côté des modes d'appropriation de ces « dispositifs » par les enquêtés issus de milieux populaires. Les « dispositifs » sont pensés et mis en œuvre comme devant permettre à des populations ciblées de « sortir » de situations de plus ou moins grande « vulnérabilité » ou incertitude sociale en permettant leur accès à des ressources pérennes ou à une plus grande stabilité (accès à des certifications scolaires, à des formations professionnelles, à un « meilleur » logement, à un emploi durable). Or, pour que leurs

« bénéficiaires » en jouissent objectivement et qu'ils puissent mobiliser les supports proposés dans la perspective visée, certaines conditions (rarement posées comme telles) sont nécessaires (pré-requis scolaires, « bonne » réputation locale d'une famille, savoir-faire en matière de présentation de soi...). La manière dont les membres des classes populaires perçoivent les logiques à l'œuvre dans ces dispositifs et y réagissent, est conditionnée par leurs propriétés sociales susceptibles de devenir des ressources ou des obstacles dans leurs relations avec les institutions. Ces propriétés orientent notamment leurs manières de réagir aux injonctions à la « mobilité », à la « réflexivité », à la production de « projets », (etc.). Parce qu'ils ne peuvent pas toujours s'y conformer - du fait de leurs dispositions, de leur ethos mais aussi de leurs conditions matérielles d'existence -, les membres des fractions inférieures des classes populaires sont d'autant plus sensibles à la violence normative exercée par les actions et les discours institutionnels. L'attention portée aux parcours permet dès lors d'échapper à une vision statique de ces propriétés et d'entrer dans la manière dont celles-ci s'articulent et se reconfigurent au cours du temps pour chacun des acteurs étudiés.

Plus largement, nous avons montré que le rapport des membres des milieux populaires à ces dispositifs et aux personnes qui y travaillent est fonction de propriétés qui différencient une catégorie de population souvent pensée comme homogène. Si certains d'entre eux s'inscrivent dans des comportements de remise de soi, d'autres adoptent des attitudes tactiques, négocient ou défendent leurs intérêts. Au final, on voit que l'on ne peut appréhender les effets potentiels des dispositifs institutionnels (ce que font ces dispositifs aux publics pris en charge) qu'en s'interrogeant sur les appropriations diverses qu'en font ces publics. C'est à cette lumière qu'apparaissent les effets ambivalents de ces dispositifs. Ils peuvent produire des effets positifs sur les parcours, en étant des lieux-ressource, favorisant une voie d'accès vers davantage de stabilité mais peuvent également renforcer des phénomènes de précarisation et de stigmatisation, et constituer des lieux de disqualification, ou de contrôle et de normalisation des conduites. Une partie d'entre eux pouvant se saisir de l'action institutionnelle pour « s'en sortir » alors que d'autres vivent cette action comme une injonction, voire une violence symbolique et sociale qui leur est faite.

Situations de précarité : processus de socialisation et transformation de soi

Revenir sur les mécanismes d'imposition et de domination des classes populaires à l'œuvre à travers les institutions qu'elles fréquentent est essentiel à condition de ne pas négliger la manière dont les individus sont aussi traversés, construits, structurés par leurs histoires sociales partiellement indépendantes de ces institutions. N'interroger que les effets de celles-ci reviendrait alors à adopter une posture domino-centriste (misérabiliste et légitimiste) qui méconnait et sous estime les ressources dont disposent en propre les classes populaires.

C'est pourquoi, nous nous sommes intéressés aux modes d'existence des classes populaires hors de la seule grille de lecture institutionnelle dans lesquelles elles occupent une place dominée. Dans les parcours des individus, sont mis en jeu des « supports ». Cette notion renvoie à l'idée que ces derniers disposent, même dans les pires conditions d'existence, de « réserves qui peuvent être de type relationnel, culturel, économique, etc., et qui sont les assises sur lesquelles peut s'appuyer la possibilité de développer des stratégies individuelles ». Si la précarité des conditions d'existence va de pair avec une relative altération des supports et des ressources matérielles, symboliques, psychiques, relationnelles des individus et des groupes concernés, elle n'exclut pas, dans les classes populaires les plus démunies, l'existence de ressources individuelles, collectives voire bien sûr institutionnelles qui peuvent être mobilisées et permettre de « faire face » ou de remanier les modes de vie, les relations, les ancrages. Loin de tout fatalisme social réduisant les acteurs aux caractéristiques supposées défaillantes de leur économie psychique ou de leur position sociale, les recherches envisagent les situations de précarité en ce qu'elles impliquent des processus de socialisation, portent la potentialité ou la nécessité de transformations de soi, redistribuent, compensent ou renforcent les ressources des individus.

Ces processus de socialisation ont été envisagés non pas sous le seul angle individuel mais dans leurs dimensions collectives, que celles-ci relèvent des configurations proximales (familiales, collectif de travail, associations locales…) ou des actions institutionnelles non délibérées.

Les supports se sont avérés être de différents ordres : relationnels (élargissement des réseaux de sociabilité, transformation des relations sociales), socio-professionnels (changement de situation professionnelle ou d'emploi), collectifs (entraides sociales, soutiens associatifs), psychologiques (thérapie, transformation de soi, travail d'écoute), matériels (économiques, résidentiels et spatiaux)…
Deux types de ressources ont été plus spécifiquement développés et discutés dans les travaux :

- Les ressources invisibles qui appartiennent en propre aux classes populaires : réseaux de sociabilités, ressources locales, manières de penser les relations à autrui (solidarités et réciprocités), qui entrent en tension avec la norme de l'autonomie largement diffusée par les institutions.
- Les ressources partiellement dérivées de la socialisation institutionnelle mais non explicitement reconnues comme telles : savoirs être et savoir-faire liés notamment aux compétences langagières (prises de parole en public, manières de mettre en mots, stratégies de présentations de soi, capacités réflexives…).

Perspectives et valorisation

La démarche de recherche visant la comparaison de populations en lien avec des « dispositifs » institutionnels différents, en s'appuyant sur une méthodologie reposant sur le croisement de techniques d'enquête (en vue de produire des données à la fois qualitatives et quantitatives) mérite d'être poursuivie en continuant à faire l'analyse des conditions d'appropriation de ces « dispositifs » en milieux populaires et des « ressources » susceptibles de venir contrebalancer les difficultés rencontrées dans leur confrontation avec les institutions, et/ou les insuffisances de leurs conditions d'existence. Il est envisagé ainsi de poursuivre ce travail en direction des milieux populaires non urbains et des « oubliés » des « dispositifs » institutionnels en raison notamment d'un relatif isolement vis-à-vis des pouvoirs publics et des aides institutionnelles susceptibles de compenser les inégalités sociales en étayant les parcours biographiques par différents supports (aides économiques, soutiens relationnels, etc.).

La valorisation, outre un colloque de trois jours qui a eu lieu en juin 2013 et un site internet (http://fcsvmp.hypotheses.org/), repose sur des publications et des communications conduites par les différents chercheurs du projet. Un ouvrage est en cours.

Productions scientifiques

Bertrand J., Bois G., Court M., Henri-Panabière G., Vanhee, 2012, « Familles nombreuses de milieux populaires : conditions matérielles et scolarité », *Informations sociales,* n° 173 – septembre/octobre 2012, *Les fratries*.

Bertrand Julien, 2011, « Vocation et convergence des espaces de socialisation », *Sociétés contemporaines*, juin 2011, n°82.

FAURE Laurence, LE DANTEC Eliane, 2013b, « Rester ou partir pour s'en sortir : du rôle des soutiens rapprochés dans les expériences résidentielles des jeunes de classes populaires », *Enfances, Familles, Générations*, (à paraître dernier trimestre 2013).

GILBERT Pierre, 2011, « « Ghetto », « relégation », « effets de quartier ». Critique d'une représentation des

cités », Métropolitiques, 9 février 2011, http://www.metropolitiques.eu/Ghetto-relegation-effets-de.html

GILBERT Pierre, 2012, L'effet de légitimité résidentielle : un obstacle à l'interprétation des formes de cohabitation dans les cités HLM », *Sociologie*, vol. 3, n° 1.

Millet Mathias et THIN Daniel, 2013, « De la rupture à la remédiation scolaire, et après ? L'exemple de collégiens passés par une classe relais. », *in* Berthet T., Zaffran J., *Le décrochage scolaire*, Presses universitaires de Rennes.

Millet Mathias, 2010, « Quelle jeunesse pour les "vaincus" de la compétition scolaire ? », *in* Jacques Hamel, Catherine Pugeault-Cicchelli, Olivier Galland et Vincenzo Cicchelli (dir.), *La jeunesse n'est plus ce qu'elle était*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2010, pp. 67-80.

Rasera Frédéric, 2010,, « La recomposition d'une vocation : enquête sur l'éviction et la reconversion des apprentis footballeurs » In C. Sobry (dir.), *Sport et Travail*, Paris, L'harmattan, pp. 405-415.

Projet ANR : Formes et conditions de sortie de la vulnérabilité en milieux populaires (FSVMP)

Coordinateur

Faure Sylvia, sociologue, Centre Max Weber, équipe MEPS, UMR 5283, Lyon, Sylvia.Faure@univ-lyon2.fr

Participants

Daniel Thin, sociologue, professeur d'université dans le département de science politique de l'université Lyon2, laboratoire « Triangle » **Daniel.Thin@univ-lyon2.fr**

Mathias Millet, sociologue, maître de conférences en sociologie, Université de Poitiers, Laboratoire : GRESCO EA 3815 - MSHS de Poitiers Mathias.Millet@univ-poitiers.fr

Pierre Gilbert, doctorant en sociologie, Université Lyon 2, équipe Meps, Centre Max Weber UMR 5283 Pierre.Gilb@gmail.com

Laurence Faure, sociologue, maître de conférences en sociologie, Université Lyon 2, équipe Meps, centre Max Weber UMR 5283 Laurence.Faure-Rouesnel@univ-lyon2.fr

Frédéric Rasera, sociologue, maître de conférences en sociologie, université Lyon2, équipe Meps, Centre Max Weber UMR 5283 fredericrasera@gmail.com

Julien Bertrand, sociologue, maître de conférences en sociologie, Université Paul Sabatier, Toulouse 3, Laboratoire : PRISSMH (EA 4561), Equipe « Sports, Organisations, identités » (SOI) julien.bertrand@univ-tlse3.fr

Gaëlle Henri, sociologue, maître de conférences en sociologie, Université Paris Descartes-Sorbonne, laboratoire : CERLIS (UMR 8070) gaele.henri@free.fr

Eliane Le Dantec, sociologue, maître de conférences en sociologie, Université de Perpignan Via Domitia. Centre Pierre Naville, EA 2543, Université d'Évry-Val-d'Essonne eledantec@free.fr

Sylvia Faure, sociologue, professeure d'université, Université Lyon2. Equipe Meps Centre Max Weber UMR 5283 Sylvia.Faure@univ-lyon2.fr

Politiques et régulations : prévention, protection, accès aux soins

Les problèmes auxquels doit faire face l'intervention sociale sont multiples, qu'ils concernent l'environnement de vie ou les situations des individus confrontés à l'échec scolaire, à la vie dans la rue, aux conduites addictives, à l'isolement ou à la fragilité des liens sociaux, au vieillissement ou aux difficultés d'accès aux soins. Des enquêtes de terrain ont permis d'étudier conjointement les situations ou les parcours des individus et les dispositifs de prise en charge tant du point de vue des responsables politiques que des intervenants.

Les recherches ont permis d'explorer au plus près comment les intervenants bénévoles ou professionnels déploient leur activités, leur savoir-faire, leur méthodes de travail, en observant des consommateurs de crack, les conditions de prise en charge de SDF par l'association Emmaüs, en accompagnant les maraudes de nuit ou les visites à domicile de personnes âgées. L'engagement des intervenants oscille entre l'empathie, le souci de répondre concrètement aux difficultés et la reconnaissance des capacités des populations, dans une visée de réduction des vulnérabilités, voire des injustices. Mais les valeurs apparaissent différentes si l'on considère les financeurs, les gestionnaires mettent plus l'accent sur une rationalisation de l'action et un management adapté. L'intervention sociale doit faire face à un double défi : une « précarisation » de son action due à la baisse des moyens, à la réduction des personnels, à la pression des justifications et des évaluations et des situations qui débordent le cadre des catégories habituelles (âge, genre, type de prestations,…) (Lévy-Vroelant, Joubert, Reinprecht)

L'étude croisée des trajectoires de jeunes en difficultés, de recueil de récits de vie et des mécanismes de prise en charge montre l'hétérogénéité des situations suivant les territoires, mettant en évidence des « systèmes locaux d'action publique ». Les partenariats, les processus de décision, les jeux d'acteurs, les options politiques prises par les élus, les priorités d'intervention, les représentations ont été analysés dans trois départements (Ille-et-Vilaine, Hérault et Seine Saint-Denis). L'observation de l'activité des intervenants met en évidence une double polarisation entre une approche globale de l'accompagnement, marquée par la sollicitude et une approche technique, proche de la relation de service. Le degré de désocialisation des jeunes est un des déterminants du type de prise en charge. (Loncle, Muglia)

A coté des facteurs sociaux et économiques, l'exposition à la pollution, la qualité du cadre de vie peuvent aussi influer sur la qualité de vie perçue des populations et sur leur bien-être. « Au-delà de l'exposition à la nuisance, l'évaluation de la gêne ainsi que l'évaluation des risques pour la santé occasionnés par la pollution atmosphérique » peuvent expliquer une réduction des niveaux de santé mentale et de bien-être psychologique. L'étude conjointe des caractéristiques socioéconomiques, des perceptions des populations, de leur santé objective et des niveaux d'exposition met en évidence que les participants qui présentent le plus faible niveau de santé perçue sont également ceux qui se déclarent les plus précaires, le plus souvent sans emploi et présentent de faibles niveaux d'étude. (Fleury-Bahi, Annabi-Attia)

Vulnérabilités en contexte : expérimentations dans le champ des actions sanitaires et sociales et reconfiguration des politiques de prévention et de protection

(Vulnérabilité – ANR 2008)

Claire Lévy-Vroelant, professeur, Centre de recherche sur l'habitat, UMR 7812 LAVUE, Université Paris8 clevyvroelant@gmail.com
Michel Joubert, professeur, CRESPPA, équipe CSU, Université Paris8, CNRS UMR 7217, Université Paris8 michel.joubert@wanadoo.fr
Christoph Reinprecht, Institut de sociologie, Université de Vienne, Autriche christoph.reinprecht@univie.ac.at

Comment la problématique des vulnérabilités a-t-elle été intégrée et investie par les institutions et les intervenants concernés, et quelle a été son incidence sur les pratiques, les référentiels et les valeurs engagés ? La recherche part donc d'une prise en compte de la valeur heuristique de la notion de vulnérabilité - qui doit être pour cela historicisée et mobilisée en contexte. Elle interroge la place occupée par la problématique des vulnérabilités dans le champ de l'action sociale, en particulier sur le terrain de la prévention, qu'elle soit primaire ou secondaire, mais aussi la façon dont ces vulnérabilités circulent, se renforcent ou s'atténuent. La pensée et l'action préventives supposent en effet la possibilité d'infléchir les facteurs pouvant prédisposer au développement de difficultés ou d'exposition à des risques, tandis que l'accompagnement social est aux prises avec des processus de vulnérabilisation qui n'épargnent pas les accompagnants. Les 7 terrains choisis offrent sur ces points de fortes convergences au-delà de leurs différences.

Enjeux et objectifs

Pour répondre à la question posée, il était nécessaire d'appréhender les modalités de traduction opératoire des interventions, en particulier dans ce qu'elles se proposent de faire pour infléchir les processus et ressorts de la production sociale des vulnérabilités. Nous avons décidé de saisir réflexions et actions au travers d'un travail avec les intervenants de « première ligne », afin d'identifier les ressources mobilisées sur plusieurs scènes emblématiques des problématiques de vulnérabilisation (quartiers défavorisés, logements dégradés, vie à la rue), associées à des « vulnérabilités » faisant l'objet de catégorisations plus ou moins consolidées : précarité énergétique, échec scolaire, conduites à risques, consommation de drogues, vieillissement et isolement.
Nous faisions l'hypothèse de la pertinence du registre des compétences et des identités professionnelles pour déceler les incidences significatives sur les vulnérabilités. L'enjeu principal de la recherche était donc de mettre à jour les façons de faire des intervenants avec une attention particulière aux contradictions et aux empêchements, mais aussi aux ressources et aux leviers mobilisés pour l'agir.

Aujourd'hui comme hier, des éléments propres au contexte de révision des politiques publiques dans lequel évoluent les politiques publiques surdéterminent l'intervention sociale au-delà de ses variantes locales. Mais depuis deux décennies au moins, l'individualisation des logiques sociales et la généralisation des approches du *new public management* appliquées au social, transforment et remettent en cause les cadres et les instruments qui assuraient jusqu'ici la protection des plus défavorisés (droits, services, solidarités).

L'ambivalence des démarches appliquées aux vulnérabilités qui en résultent nous ont semblé porter particulièrement sur :

- la place prise par les *relations intersubjectives* dans la vie sociale, la vulnérabilité et le besoin afférant de protection devenant la trame commune de la condition d'un nombre grandissant d'individus ;
- l'inflation des catégories renvoyant au *ressenti* des personnes perçues comme vulnérables (mal-être, honte, souffrance psychique, déficit d'estime de soi) ainsi qu'aux processus producteurs de vulnérabilité (disqualification, désaffiliation, stigmatisation, discrimination) ;
- l'émergence de nouvelles catégories de lecture des enjeux de ces interventions avec la promotion des problématiques du « *care* », de la « reconnaissance », du « respect », de « l'*empowerment* », de la « *capability* » ;
- l'usage commun de ces termes, ne renvoyant cependant pas à une lecture commune, mais à des acceptions très différentes, voire opposées, imposant la nécessité de toujours travailler à l'explicitation des termes utilisés pour décrire les pratiques, les valeurs et les engagements afin d'en mieux démêler les lignes de significations ;
- la difficulté conséquente à dire *l'agir dans ses aspects les plus triviaux* et la nécessité d'une méthodologie adaptée.

Méthodes et approches

Des terrains différenciés ont été choisis afin d'approcher variations ou convergences et d'identifier les racines communes des changements en cours (voir tableau récapitulatif annexe 1). L'entrée sur les terrains a toujours fait l'objet de négociations, aboutissant parfois à l'établissement de partenariats formalisés (Seine-Saint-Denis, Marseille, Vienne-Autriche).
En résumé, nous avons travaillé :

- avec l'association Emmaüs (maraudes, espace d'accueil de jour Agora) pour des personnes vivant à la rue (voir photo 1) ;
- avec l'équipe de développement local dans le cadre de la prise en charge des habitants concernés par une opération de démolition-relogement-reconstruction (Tour Borel, 17ème arrondissement de Paris) ;
- avec de nombreuses associations et les acteurs de la réduction de la précarité énergétique travaillant en réseau (RREP, Réseau Régional Energie Précarité) auprès de familles en situation de surendettement à Marseille ;
- avec l'APCIS (L'association pour la Promotion Culturelle Intercommunautaire Stannoise, Stains, Seine-Saint-Denis), association engagée dans une action communautaire dans un quartier particulièrement précarisé (interventions auprès des familles et des jeunes, lutte contre la déscolarisation, prévention des conduites à risques) ;
- avec le Tête-à-tête (Rosny-sous-Bois, Seine-Saint-Denis), lieu d'échanges préventifs sur les conduites à risques des jeunes, inscrit sur l'espace public d'un grand centre commercial ;
- avec PROSES (Prévention des risques, orientation sociale, échanges de seringues) à Montreuil, Seine-Saint-Denis, association spécialisée dans l'hébergement d'usagers de drogues issus d'une « scène de crack » en voie de résorption ;
- enfin avec deux organismes privés financés par la ville de Vienne (Autriche), le Fonds Soziales Wien et Sozial Global en charge de l'intégration des migrants âgés et des personnes isolées par le moyen de visites à domicile.

Le travail a principalement consisté à observer dans la durée les « scènes » d'intervention où les premières lignes étaient actifs ; à effectuer à intervalles réguliers des entretiens individuels ou en petits groupes avec les intervenants et les informateurs-clés ; à activer des réflexions collectives dans le cadre de workshops participatifs utilisant le photo-langage (voir photo 2), avec les acteurs de première ligne, et sur certains terrains avec les usagers et les cadres ; à organiser des séances de restitutions et des

séminaires de travail partagés acteurs-chercheurs, jusqu'au colloque qui s'est tenu à Saint-Denis, les 2-3 décembre 2011 (voir photo 3).
Un travail d'explicitation des termes et débats en jeu dans la qualification de la problématique des vulnérabilités a été initié sous la forme d'un thésaurus. Last but not least, la recherche a intégré la réalisation d'un film sur la démarche de recherche « Paroles d'intervenants », de 22 mn (réalisation Nicolas Spengler, Atelier Mémoire Images et Sons).

Résultats scientifiques

Les résultats se distribuent selon trois axes :

Vulnérabilités circulatoires et logiques d'intervention publique

La recherche montre que les vulnérabilités sociales auxquelles se réfèrent les intervenants ne sont ni univoques ni entièrement négatives dans leurs conséquences : elles intègrent des inégalités de position, des luttes et des interdépendances en recomposition, des perméabilités et des ressources. Les logiques et espaces d'intervention débordent largement le cadre des découpages catégoriels habituels (âge, genre, répertoires des difficultés sociales, prestations, spécialisées, etc.). L'analyse des décalages, écarts et tensions liés à cette transversalité des problématiques éclaire le travail particulier que doivent engager les intervenants souvent au-delà de leur champ de compétence initial (voir tableau récapitulatif annexe 2).

■ Des cadres d'intervention publics en question

Les dynamiques de relations entre publics et intervenants se trouvent souvent décalées des cadres formels d'action publique, avec multiplication des à-côtés et des entre-deux. L'élargissement peut s'opérer du côté de la communauté (échelle du quartier), des interrelations sociales et générationnelles et des contextes micro-locaux (rue, domicile, voisinage). Il peut renvoyer aux ressources mobilisées par les personnes et leurs proches. Le caractère composite, transversal et interactif des vulnérabilités, entraine des déplacements qui permettent, le cas échéant, de maintenir les relations et d'apporter un soutien adapté aux personnes (comme à l'APCIS), ou au contraire les rendent plus improbables dans la durée (comme à PROSES).

■ Une précarisation de l'intervention sociale

Avec la précarisation plus générale des conditions de l'intervention sociale (instabilité et insécurité liées à la baisse des moyens, pression des justifications et évaluations à produire, réduction des personnels), des vulnérabilités en miroir se sont développées chez les professionnels travaillant en première ligne.
La vulnérabilité des acteurs se trouve d'abord induite par le positionnement des institutions car la plupart évoluent dans des cadres de plus en plus instables. Leurs missions sont souvent confuses et multiples, avec des injonctions à travailler dans l'urgence, et ils doivent développer des trésors d'ingéniosité et de compétences relationnelles pour une reconnaissance incertaine (faibles rémunérations, contrats précaires, mise en concurrence) et des résultats peu visibles. Les professionnels ou acteurs associatifs peuvent alors être disqualifiés (source de souffrance sociale), mais aussi réduire la faiblesse relative de leur position en opposant de la résistance et en développant des alliances, y compris avec les publics. Le positionnement sur l'axe distance/proximité, et engagement/retrait, ainsi que le rôle des émotions, de la subjectivité et des affects, se trouvent alors placés au cœur de leurs interrogations et de leurs pratiques.
Les variations enregistrées quant à la circulation des vulnérabilités montrent une oscillation entre un sentiment d'impuissance et de découragement (cas étudié de la rénovation urbaine), marquée par la conscience de la précarité des conditions de travail et la faible reconnaissance des interventions auprès des personnes à la rue, des alliances de fortune jouant aux marges sous la forme d'aménagement et de détournement des relations de service (cas étudiés de la précarité énergétique, des visites à domicile),

tandis que des démarches expérimentales se trouvent fragilisées par les aléas des financements et des soutiens (cas étudié des actions communautaires de quartier, du pavillon alternatif pour usagers de drogues).

Valeurs et engagements des intervenants : de l'empathie à l'action concrète

Dans ce contexte, le sens donné à l'action et aux valeurs mobilisées prend une importance particulière. Pour réduire les vulnérabilités et résister à l'usure causée par la dureté du travail au quotidien, l'accent est mis sur les dimensions subjectives permettant l'établissement de relations de confiance et la création d'espaces d'échange. Cela peut aller de pair avec des engagements individuels et collectifs se traduisant par des mobilisations plus ouvertes, dépassant le périmètre de la relation, voire de l'équipe, avec des composantes morales marquées (valeurs d'humanité, lutte contre les injustices) et l'établissement de rapports de force (faire écran, se solidariser, apprendre à ruser, développer des médiations offensives) à la faveur d'alliances plus ou moins durables.

Les références aux valeurs clés et aux émotions apparaissent en même temps ambivalentes, qu'il s'agisse d'autonomie, de responsabilisation, d'engagement, d'*empowerment*, d'empathie ou de confiance. Elles sont utilisées par les promoteurs (financeurs, gestionnaires, directions) dans une acception *néolibérale* (comme finalité d'une rationalisation et d'un management bien pensés), alors que pour les intervenants, ces valeurs les engagent sur un mode très différent, dont la finalité est la réduction des vulnérabilités, voire des injustices. Pour beaucoup d'intervenants de première ligne, les vulnérabilités renvoient à la mise en valeur de capacités d'action fondées sur de la solidarisation : travail pour *faire communauté* à Stains (partager, reconnaître, redonner confiance), mobilisation de ressources interstitielles permettant de se décoller du stigmate pour les usagers de crack, souci de la dignité des personnes à la rue ou des personnes isolées, rétablissement de liens de confiance et de possibilités de dialogue avec les jeunes sur l'espace public ou les familles en situation précaire. Dans tous les cas un engagement est à l'œuvre, visant à recréer de la proximité et à faciliter la prise en main par les personnes des questions les concernant.

Nous avons plus particulièrement exploré deux problématiques, engagées pratiquement par les intervenants pour réduire la dissymétrie dans la relation : la posture de *care*, conduisant à développer de l'empathie, à se soucier des difficultés et besoins des personnes et à y répondre très concrètement, et la prise en compte et la reconnaissance de leurs *capabilités* avec une perspective de réduction des injustices. L'alliance entre ces différents éléments scelle une position de non-domination qui cherche à pallier les paradoxes classiques de l'action sociale. Les formes prises sur le terrain restent très différenciées et sont traversées par des modulations liées aux contraintes institutionnelles. Elles sont traversées par l'incertitude générée par le décalage entre les valeurs et la possibilité concrète de réduire les vulnérabilités en ouvrant des ressources que la mobilisation des personnes permettrait de rendre effectives ; d'où des incompréhensions et des luttes, mais aussi des arrangements *ad hoc* avec les termes utilisés pour rendre compte des significations engagées dans l'agir.

Transformations de l'État, des politiques sociales et reconfiguration des interventions de première ligne

Ce travail nous a conduits à relire les formes prises par les politiques sociales à l'ère de l'expansion des vulnérabilités et des tendances à l'organisation des interventions dans une logique managériale. La plupart des terrains montrent de fortes tensions à l'œuvre, selon des configurations qui constituent autant de variations dans l'approche des vulnérabilités. Certaines démarches tendent à fixer des cadres et des routines pour stabiliser et gérer les savoir-faire engagés auprès des publics dans un format appropriable par les nouveaux modes de management ; les premières lignes se trouvent, dans ce cas de figure, particulièrement en souffrance, confrontées qu'elles sont à des clivages et conflits de

loyauté, situation aggravée lorsque les conditions d'emploi sont précaires et/ou la professionnalisation insuffisante.
D'autres démarches ont pris la voie de l'expérimentation en cherchant à prendre le contrôle des changements et de leur évaluation. Une telle posture vise à engager avec les opérateurs institutionnels des négociations permettant de faire évoluer le droit commun : opérer des avancées dans les zones les plus faibles de l'action publique avec la création d'espaces intermédiaires ; développer des médiations et valoriser les démarches communautaires de proximité sont autant de façons d'agir. Les premières lignes se trouvent alors placées dans une posture de *pionniers*, ce qui implique à la fois possibilité de création et incertitude : ils restent donc très vulnérables. Enfin, un travail à la marge plus individualisé et plus interstitiel conduit discrètement à *faire avec*, à se dédoubler, ruser, à résister ; les acteurs de première ligne entrent alors dans une économie de la débrouille et réussissent à se maintenir en associant alliances et double-jeux avec les institutions. Ces différentes postures peuvent jouer en alternance, voire simultanément, selon le contexte organisationnel, l'identité sociale et la formation des intervenants.

Conclusions

Derrière la promotion d'un individualisme normatif (primat de l'autonomie, de la capacité d'autogestion et d'action par soi-même), la prise en compte des dimensions subjectives des vulnérabilités émerge comme un enjeu décalé sur le terrain de la recomposition de l'action sociale. Dans ce contexte, la notion de vulnérabilité, avec les ambivalences et les oppositions qu'elle met en place (la faille, ou défaut de protection, est aussi la condition d'ouverture à autrui), et pour peu qu'on l'historicise, acquiert une valeur heuristique que nous avons explorée.

Des variations de posture et de méthode en ressortent pour les intervenants du social qui se superposent aux clivages à l'œuvre depuis une vingtaine d'année. La tendance, chez les intervenants de première ligne, à remettre au centre des stratégies d'action les questions de la justice sociale, de la prise de parole et des capacités propres aux publics vulnérables, peut cependant conduire à des impasses faute d'avoir réussi à enclencher le processus d'*empowerment*. De plus, la création d'alliances obéit au besoin de disposer d'espaces non aliénés et non-dominés, susceptibles de constituer des cadres alternatifs pour la négociation des principes et normes d'action et la transmission des savoir-faire. Les processus de solidarisation vont alors de pair avec la co-construction de cadres communs et de liens affranchis de la dissymétrie, de l'imposition et du contrôle. Plus que des liens circonstanciés, il s'agit d'une manière de créer un espace de sociabilités, d'y intégrer des ressources partageables, d'élargir les ouvertures et articulations avec les autres composantes du monde social. Cette dimension de l'engagement en première ligne tend alors à croiser le politique dans le sens d'une appréhension critique de l'ordinaire du social, porteuse de dispositions à « faire ensemble », et « autrement ». Il articule des ressources hétérogènes sur un territoire devenu *espace relationnel*, matérialisé (lieux physiques) ou dématérialisé (réseaux), et permettant une mobilisation commune entre intervenants et publics et une culture de l'argumentation par le débat et la confrontation. La question de savoir si la puissance publique pourrait se saisir de ces expériences se pose dans un contexte d'incertitude généralisée qui ne semble pas propice à de tels transferts.

Perspectives

- La recherche devrait déboucher sur l'élargissement des échanges dans le cadre du séminaire international (France, Chili, Autriche, Italie), (cf. paragraphe suivant)
- Un thésaurus a été initié, qui comprend une centaine d'entrées destinées à être reprises, discutées, complétées dans une démarche collective comprenant des chercheurs et des intervenants. (cf. paragraphe suivant).

- Des chercheurs ayant participé au programme se proposent de développer le séminaire qui a été engagé en Seine-Saint-Denis sous l'égide du Conseil Général (Mission départementale de prévention des conduites à risques) pour les intervenants sociaux travaillant dans le département. Un programme de formations a été initié, des publications sont engagées ou à l'étude.

Productions scientifiques et collaborations significatives

Articles et ouvrages

Lévy-Vroelant Claire, "Housing vulnerable groups: the development of a new public action sector", Policy review. International Journal Housing Policy, Routledge. Print ISSN: 1461-6718, December 2010.

Joubert Michel, « Prévention et communauté », in T. Saias (dir), Introduction à la psychologie communautaire, Dunod, 2011

Lévy-Vroelant Claire, « Habiter à l'hôtel. Vulnérabilités et contre-feux dans la ville inhospitalière », in : *Vulnérabilité : de la fragilité sociale à l'éthique de la sollicitude* (sous la dir. de M.-H. Soulet), Fribourg, Academic Press Fribourg, à paraître, 2013

Reinprecht Christoph « La vulnérabilité des travailleurs immigrés âgés : autonomie et vieillissement dans des conditions précaires », in : *Vulnérabilité : de la fragilité sociale à l'éthique de la sollicitude* (sous la dir. de M.-H. Soulet), Fribourg, Academic Press Fribourg, à paraître, 2013

Yankel Fijalkow et Pascale Dietrich-Ragon, « On les aide à partir. Le relogement comme révélateur des contradictions du développement social dans le cadre de la rénovation urbaine », Espaces et sociétés (accepté, publication prévue fin 2013)

Lévy-Vroelant C., Joubert M., Reinprecht Ch. (*eds*.), *Agir sur les vulnérabilités sociales. Les interventions de première ligne entre routines, expérimentation et travail à la marge,* ouvrage à paraître aux PUV début 2014

Lévy-Vroelant C. et Mattéi M.-F. (éd.), *Annales de la recherche urbaine,* préparation d'un numéro spécial Vulnérabilités en ville, 33 propositions reçues, plusieurs articles VITALIS ont été soumis. A paraitre, 2014

Action de valorisation

Azocar Betty, Mougin Chantal, " Lutter contre le décrochage scolaire par une démarche communautaire : une tentative concrète de répondre à la vulnérabilité", pp. 16-27, in : *Le décrochage scolaire : comprendre, expérimenter, évaluer. Prévenir les conduites à risques*. Mission de prévention des conduites à risques du Conseil Général de Seine-Saint-Denis, 2010.

Programme d'échange

Programme d'échange avec l'Université de Santiago (Chili), le Centre de Investigacion Vulnerabilidades y Desastres Socionaturales (CIVDES (Catalina Arteaga) et le réseau REDISUV (Réseau d'Evaluation des Dimensions Subjectives des Vulnérabilités) qui intègre également une équipe italienne (Maurizio Bergamaschi, Université de Bologne) – tenue d'un séminaire international le 21 juin 2013 à la Maison des sciences de l'Homme (Saint-Denis) ; organisation d'un second séminaire à Santiago le 30 octobre 2013 (actes à paraître).

Développement d'un thesaurus

Joubert M., Lévy-Vroelant C., Reinprecht Ch. Projet de développement du thesaurus sur un support coopératif (à l'étude en collaboration avec Marc-Henry Soulet)

Film

Spengler Nicolas (réalisateur), avec Lévy-Vroelant Claire et équipe VITALIS, « Paroles d'intervenants », dupliqué à 200 exemplaires, 2012, AMIS production, 22mn, format DVD

Photo 2 et 2bis. Ateliers de photo langage avec des intervenants, Vienne (Autriche) mai 2010

Projet ANR : Actions sanitaires et sociales et reconfiguration des politiques de prévention et de protection (VITALIS)

Coordinateur

Claire Lévy-Vroelant, Professeur Université Paris8, Centre de recherche sur l'habitat, UMR 7812 LAVUE, clevyvroelant@gmail.com

Partenaires

Centre Norbert Elias, EHESS UMR 8562, Marseille (http://centre-norbert-elias.ehess.fr/)
CERMES3 - Equipe CESAMES, Université Paris Descartes - EHESS - UMR 8211 - INSERM U988 (http://www.cermes3.fr/)
CRESPPA, équipe CSU, Université Paris 8, CNRS UMR 7217 (http://www.cresppa.cnrs.fr/)
Institut de sociologie, Université de Vienne, Autriche (http://www.soz.univie.ac.at/home/)
Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques, 41 rue Delizy, Pantin (http://www.seine-saint-denis.fr/La-Mission-metropolitaine-de.html)

Participants

Betty Azocar, Florence Bouillon, Suzanne de Cheveigné, Julia Dahlvik, Pascale Dietrich-Ragon, Yankel Fijalkow, Michel Joubert, Johanna Lees, Marie Loison-Leruste, Isabelle Maillard, Chantal Mougin, Sandrine Musso, Christoph Reinprecht

Laboratoires
UMR 7218, LAVUE Centre de recherche sur l'habitat
UMR 8562, Centre Norbert Elias, équipe de Marseille, EHESS-CNRS,
UMR 8211 et U 988 CERMES 3, Paris Descartes - EHESS-INSERM CNRS
http://www.anr-vitalis.univ-paris8.fr/

ANNEXE 1– TABLEAU RECAPITULATIF : Les déclinaisons du terrain selon les champs d'action et leurs contextes, l'identification des scènes, les méthodes et les objectifs

CHAMP D'ACTION	CONTEXTES étudiés	SCENES observées	METHODOLOGIE	OBJECTIFS de la recherche
SDF accompagnés accueillis par EMMAUS Paris	Prise en charge de l'ESI l'Agora et du service des maraudes	- Rue, devant le centre Emmaüs, - Accueil dans l'Agora - Rue-jour et nuit avec la maraude - Dans le local de la maraude	- Observations participante (Maraude) et non participante (Agora) - Entretien avec les bénévoles, les travailleurs sociaux, les SDF - Réunions de restitution	- Identifier les questions et les problèmes rencontrés par les aidants - Co-production de ressource
Personnes âgées/ migrants âgées isolés ; Visites à domiciles professionnelles et bénévoles Vienne (Autriche)	Visite à domicile par des bénévoles encadré par deux prestataires d'aide sociale (Fonds soziales Wien, et mairie de Vienne)	- Visite à domicile - Réunions des visiteuses et visiteurs - Réunions de travail des cadres	- Observation participative (accompagnement des visites) - Entretiens individuels avec les visiteuses et visiteurs - Workshops avec des travailleurs sociaux et les visiteuses et visiteurs - Réunions de restitutions (cadres) - Ateliers d'interprétation des résultats (cadres)	- Clarifier comment les gens travaillent, résolvent les problèmes - « contre-don » - Aide à la mise en distance
Habitants touchés par la démolition/reconstruction et leur « prise en charge » par l'équipe de développement local, Paris	Paris 13ème, porte Pouchet -2 terrains, 100 logements sur chaque terrain. -« travail d'encadrement social du changement urbanistique »	- Conseil de quartier - Rencontre avec le chargé de relogement, réception des habitants au pied des tours) - Expositions réalisées par l'équipe de développement durable - Réunions	- Travail sur des documents, des enquêtes déjà réalisées - Entretiens individuels - Workshop avec l'équipe de développement local	- Comprendre comment circule l'information entre des acteurs qui sont tous dépossédés - Facteur Temps
Familles touchés par la « Précarité Energétique » Marseille Associations en charge de la réduction de la « précarité énergétique »	Prise en charge de la « précarité énergétique » par un système complexe d'acteurs qui travaillent sur les impayés d'énergie et le mal-logement et réalisent des visites à domicile. Co-construction du réseau RREP avec les associations Ecopolenergie et le Loubatas.	- Permanences des travailleurs sociaux rencontrant les personnes en situation de précarité énergétique - Contact avec SOS médecin	- Entretiens avec le public vulnérable (familles qui renoncent à des éléments de leur confort) et les aidants (travailleurs sociaux, médecins, bénévole). - Observations ethnographiques. - Réunion de restitution	- Observation - Suivre les visites à domiciles - Réaliser une ethnographie de la précarité énergétique et de la diversité des situations qu'elle peut recouvrir
Jeunes déscolarisés accompagnés par l'APCIS (Stains)	Quartiers de logements sociaux (Clos Saint-Lazare,	- Accueil - Les ateliers et actions de	- Observations au sein de l'accueil. - Entretien collectif avec	- Identifier les problématiques, les manières de les

Association de Prévention des conduites à risque en direction des ados et des jeunes adultes - Accrochage scolaire (collégiens exclus temporairement) - Accueil, écoute et médiation (tout public)	Stains, 93)	prévention (conduites à risques / accrochage scolaire)	les jeunes (bénéficiant des actions collectives) et entretiens individuels avec les bénéficiaires de l'action (public tout venant) - Entretiens et/ou groupes de travail et de réflexion avec les responsables / les intervenants de ces pôles - Entretiens individuels avec les intervenants	approcher (professionnalités, outils, méthodes de travail, valeurs…) et les difficultés rencontrées - Appréhender le point de vue des bénéficiaires de l'action (anciens ou actuels) : perception, vécu et moyens de dépasser leurs vulnérabilités
Public de tous les jeunes susceptibles d'avoir des « conduites à risque » Tête-à-Tête Seine Saint-Denis (93)	Structure d'information et de prévention des conduites à risques des publics jeunes (13-25 ans) mise en place par le CG 93 dans le centre commercial de Rosny 2 (93)	- Accueil - Animations collectives : actions et ateliers destinés à plusieurs types de publics : scolaires, IME, PJJ, club de prévention… rencontres-débats thématiques entre professionnels	- Observations au niveau de l'accueil « spontané » - Observations des animations collectives - Entretiens individuels avec les intervenants / avec les partenaires -entretiens individuels ou collectifs avec les publics - Groupes de travail et de réflexion (thématique : sexualité/drogues/mal-être/violence) avec les intervenants	- Identifier la typologie des publics reçus en accueil selon les problématiques repérées et les manières de les travailler (outils, ressources, leviers) pour les infléchir - Clarifier la manière dont est pensée et agie la prévention généraliste des conduites à risques des jeunes - Saisir l'intérêt de la démarche pour les publics/les partenaires
Usagers de drogue et politiques locales d'accompagnement et de mise à l'abri	- Modes pluri sites d'accompagnement et d'hébergement d'usagers de drogues (Saint-Denis – Montreuil)	- Scène ouverte de consommation de crack devant la gare de Saint-Denis - Pavillon d'hébergement - Comité de veille - Collectif d'habitants	- Entretiens individuels et/ou collectifs avec les habitants, les professionnels, usagers les plus précaires, ainsi que les institutions (ville de Saint-Denis, la DDASS, et le préfet) - Observations réunions du comité de veille mis en place par la ville - Observations au sein du pavillon - Groupe de travail et de réflexion avec les intervenants du pavillon	- Description de la situation et approche d'un système d'action vulnérable - Obtenir le point de vue des habitants, des institutions, voir ce qu'ils disent - Identifier les problématiques des usagers (contextes, facteurs et processus de vulnérabilité) et les leviers utilisés (par les acteurs/les publics) pour les réduire

ANNEXE 2 – TABLEAU RECAPITULATIF : Terrains et référentiels avec indication des décalages entre premières lignes et institution

	Marseille	**Vienne (Autriche)**	**Paris Emmaüs**	**Paris Pouchet**	**Montreuil PROSES**	**Stains - APCIS**	**Rosny - Tête-à-Tête**
Référentiel global	Précarité énergétique	Action sociale personnes âgées / migrants vieillissants	Urgences de la rue, lutte / isolement, resocialisation	Promotion et accompagnement relogement	Réduction des risques (usagers de drogues)	Prévention dans la communauté	Prévention public jeune (sensibilisation, débat)
Référentiel sectoriel 1	Vivre dans un logement dégradé	Autonomie, indépendance / vieillissement et pauvreté	Accès hébergement	Amélioration conditions de vie au regard du caractère invivable du quartier	Habitat de transition	Médiation, accueil (familles, institution)	Relations de proximité (contact, communication)
Référentiel sectoriel 2	Responsabilisation autonomie, gestion énergie	Communication reconnaissance	Accompagnement social respectueux des choix	Responsabilisation adaptation (changement, attente, déplacement)	Resocialisation (habiter, vivre ensemble)	Prévention et soutien (déscolarisation conduites à risques)	Intégration compétences préventives
Référentiel sectoriel 3	Accès aux droits, mobilisation	Efficacité, gestion, qualité	A terme, insertion rétablissement des droits, accès droit commun	Logique de marché, management opération logement	Rétablissement liens droit commun	Solidarisation, engagement	Captation espace public

Légende

	Difficultés à court terme
	Clivages entre 1ère ligne et institution

Les jeunes vulnérables et leurs prises en charge dans les politiques locales santé/sociales

(Vulnérabilité – ANR 2008)

Loncle, Patricia, enseignant-chercheur, CRAPE, EHESP, patricia.loncle@ehesp.fr
Muniglia, Virginie, ingénieur d'études, ERIS/CRAPE, EHESP, virginie.muniglia@ehesp.fr

Comment les modalités de prise en charge des jeunes vulnérables dans les domaines du social et de la santé répondent-elles aux besoins de ces derniers et permettent-elles de les soutenir dans leur parcours d'intégration et leur trajectoire vers l'âge adulte ? Pour répondre à cette question, le projet JUVENIL proposait une approche comparative entre des dispositifs locaux dans trois territoires départementaux (Ille-et-Vilaine, Hérault et Seine-Saint-Denis) et comportait trois dimensions :

- une analyse des politiques publiques relevant des domaines sanitaire et social s'appuyant sur l'examen des manières dont les problèmes publics relatifs aux jeunes vulnérables sont posés par les acteurs locaux (déconcentrés et décentralisés), sur le recensement des actions publiques développées à l'égard de cette population ainsi que sur l'étude des structures de partenariats institutionnels.
- la mise en évidence des façons dont les professionnels de terrain définissent leurs compétences et leur rapport au public, construisent leurs logiques d'intervention en direction des jeunes vulnérables.
- l'étude de la capacité réflexive des jeunes dans leur utilisation des dispositifs et la résonance de ces derniers au sein de leurs parcours personnels, notamment dans leur dimension identitaire.

Enjeux et objectifs

Le projet comprenait des enjeux importants pour la connaissance de la territorialisation de l'action publique en direction des jeunes vulnérables, des modalités d'accompagnement de ces populations par les professionnels et de la perception de ces actions par les jeunes. Son originalité résidait à la fois dans la comparaison inter départementale et dans la coexistence des trois dimensions. En effet, ce sujet n'avait jamais été traité sous cet angle « global ». Les politiques de jeunesse et les politiques locales de jeunesse sont un objet d'étude peu développé, les politiques adressées aux jeunes vulnérables le sont encore moins et jamais dans la perspective développée ici. Même si un certain nombre de recherches existent, notamment au Québec, elles n'adoptent jamais cette démarche compréhensive.

Méthodes et approches

Ce travail s'est appuyé sur une approche comparative entre des dispositifs locaux dans trois territoires départementaux (Ille-et-Vilaine, Hérault et Seine-Saint-Denis). Les enquêtes reposaient essentiellement sur des méthodes qualitatives (analyse de la littérature grise, entretiens et observations).
Compte tenu de l'attention portée, d'une part, aux jeunes et, d'autre part, aux questions sociales et de santé, le projet s'appuyait sur plusieurs facteurs pour définir la jeunesse vulnérable : les difficultés pour obtenir un emploi stable, les difficultés à accéder à un logement autonome, le recours à un hébergement d'urgence ou temporaire, la fragilité des liens sociaux (notamment dans le lien aux parents), l'accentuation des comportements à risque en matière de santé (consommations de produits mais également retard à l'accès aux soins) ainsi qu'une plus grande fragilité psychique.
Le croisement de ces différentes dimensions avait pour but d'appréhender les trajectoires des jeunes et les mécanismes de prise en charge dans les domaines de l'accès aux soins et de la lutte contre l'exclusion sociale dans une perspective à la fois objectivante et compréhensive.

Terrains

Pour avoir une démarche la plus efficace possible du point de vue de la comparaison, nous avons choisi de travailler sur des territoires infra départementaux de taille similaire dans les trois départements de la Seine-Saint-Denis, de l'Hérault et de l'Ille-et-Vilaine. Cette décision s'est révélée assez aisée à mettre en œuvre en Ille-et-Vilaine et dans l'Hérault, beaucoup plus complexe en Seine-Saint-Denis, notamment compte-tenu de la structuration urbaine de ce dernier territoire. Nous avons néanmoins décidé de travailler sur Rennes, Saint-Malo, Fougères et Redon pour l'Ille-et-Vilaine, Montpellier, Béziers, Sète et Lodève pour l'Hérault. Pour la Seine-Saint-Denis, l'approche a été plus diffuse.

Sources et données

Les sources et données utilisées ont été variées. Nous nous sommes basés sur des données historiques, qualitatives et quantitatives existantes et sur les publications déjà réalisées sur ces trois territoires. Nous avons également analysé les données chiffrées sur la situation socio-économique, les documents diffusés par les autorités locales (programmes d'action) et les rapports d'activité de certaines structures-clés (Missions locales). Les résultats des entretiens auprès des trois types d'acteurs et des observations menées dans les structures où nous avons rencontrés les jeunes ont constitué le principal support de notre analyse. Nous avons exploité un certain nombre de bases de données quantitatives.

Méthodes

Entretiens auprès de responsables de politiques publiques, de professionnels de l'action sociale et médico-sociale, de jeunes

L'enquête de terrain a été réalisée auprès de trois types d'acteurs différents dans chacun des trois territoires étudiés : les responsables de politiques publiques et des dispositifs, les professionnels de l'action sociale et médico-sociale, les jeunes concernés. Cette approche qualitative s'est fondée sur la conduite d'entretiens semi-directifs pour les deux premiers types d'acteurs et d'entretiens biographiques pour les jeunes. Elle a été complétée par des observations menées dans les structures où nous avons rencontrés les jeunes.

Les entretiens auprès des élus et des décideurs administratifs[25] avaient pour objectif de recueillir des informations sur les structures et les processus de décision ainsi que la perception des acteurs sur la question de la jeunesse vulnérable dans chaque territoire. Il s'est donc agit :

- de comparer les politiques territorialisées, les partenariats développés et les interrelations entre les acteurs ;
- d'identifier les processus de décision et les jeux d'acteurs ;
- d'analyser les options politiques prises par les élus et les priorités d'intervention ;
- d'analyser les discours des élus locaux en matière de jeunesse ;
- d'appréhender les représentations des élus locaux et leurs impacts sur la mise en place d'actions en direction des jeunes ;
- de mettre en évidence l'influence des systèmes locaux d'action publique sur les modalités d'intervention en direction des jeunes.

Les entretiens menés auprès des professionnels de l'intervention sociale et médico-sociale26 visaient, quant à eux, à obtenir une description de leurs pratiques auprès des jeunes ainsi que de la perception qu'ils ont à la fois de leurs propres actions et de la situation des jeunes qu'ils accompagnent. Au travers de la description des pratiques, il s'agissait de comprendre les schémas de perception, d'interprétation et d'appropriation des professionnels vis-à-vis des politiques et des outils dont ils disposent pour

[25] 19 entretiens ont été conduits en Seine-Saint-Denis, 24 en Ille-et-Vilaine et 31 dans l'Hérault.
[26] 22 entretiens en Seine-Saint-Denis, 22 entretiens dans l'Hérault et 28 entretiens en Ille-et-Vilaine.

mener à bien leurs missions. Ces entretiens ont été menés auprès des professionnels en relation directe avec les jeunes afin d'explorer l'hypothèse de l'existence d'une relation entre la socialisation au fil des parcours de vie, les configurations locales des dispositifs et le rapport entretenu à la relation d'aide.

Recueil de récits de vie

Les entretiens auprès des jeunes bénéficiaires des aides ont été menés sous la forme de récits de vie[27]. Ce choix était justifié par la volonté d'avoir une approche compréhensive des parcours et des logiques d'utilisation des dispositifs. Nous avons cherché à saisir la façon dont les jeunes s'inscrivent dans les actions au regard de leur passé, de leur perspectives d'avenir et de leurs perceptions des possibilités d'aide. Il s'agissait d'analyser l'articulation entre les politiques locales et les pratiques des jeunes bénéficiaires au travers de l'interaction entre ces derniers avec les professionnels les prenant en charge. Le but de ces entretiens était donc de comprendre :

- la relation existant entre le sens attribué aux actions mises en œuvre dans les dispositifs et les différentes positions occupées par les jeunes au sein des sphères d'intégration sociale (famille, école, pairs, institutions sociales) ;
- les modalités de construction des parcours juvéniles au regard des types de prise en charge expérimentées par les jeunes eux-mêmes ;
- les limites des réponses publiques dans le cadre de tels dispositifs.

Résultats scientifiques

Mise en évidence de systèmes locaux d'action publique

Les enquêtes de terrain ont mis en évidence l'existence de systèmes locaux d'action publique qui structurent fortement les modalités d'intervention en direction des jeunes vulnérables et qui façonnent de manière déterminante les capacités des territoires à répondre à l'ampleur des difficultés rencontrées par les jeunes. Ces systèmes agrègent des éléments relatifs à la gravité des situations socio-spatiales, aux traditions d'intervention publique territoriales et des éléments liés aux profils des acteurs (élus, experts, associations mais également leurs manières de travailler collectivement dans les territoires considérés).

Cette analyse permet de renouveler l'étude des processus de territorialisation :

- il n'y a pas de cohérence d'ensemble dans l'analyse des processus et l'aléatoire domine ;
- les différenciations sont le résultat d'un croisement entre les exigences de décentralisation et les spécificités territoriales mais il n'y a pas d'effets de récurrence clairs.

Au contraire, l'analyse des systèmes locaux permet, tout en prenant en compte l'existence de facteurs nationaux et supranationaux, de mettre en évidence des régulations territoriales spécifiques qui façonnent lesdits systèmes et de fournir des facteurs explicatifs à ces différences de mise en œuvre.

[27] Dans la mesure où il s'agissait de récits de vie auprès de jeunes échappant parfois largement au système de prise en charge, il a été parfois très difficile de les rencontrer. Nous avons réalisé 15 entretiens en Seine-Saint-Denis, 16 dans l'Hérault et 15 en Ille-et-Vilaine.

Notre analyse a permis de souligner l'existence de trois types de systèmes :

	Ille-et-Vilaine	**Hérault**	**Seine-Saint-Denis**
Type de fonctionnement du système	Système intégré, fonctionnant largement sur lui-même, avec des capacités d'innovation variables	Système partiellement éclaté, assez soumis à de nombreux éléments exogènes, grande capacité d'innovation	Système partiellement intégré, soumis à de nombreux éléments exogènes, grande capacité d'innovation
Poids des éléments historiques sur les perceptions des acteurs	Très fort	Fort	Pas très important
Gravité des situations et mobilisation des systèmes locaux	Relativement faible gravité et forte mobilisation	Importante gravité et importante mobilisation	Très importante gravité et importante mobilisation
Poids des élus	Relatif	Important (dans le blocage)	Relatif
Poids des experts	Très important	Très important	Relatif
Poids des associations	Associations subventionnées très importantes	Associations subventionnées très importantes	Associations de jeunes ou d'habitants très importantes
Fonctionnement du réseau	Fluide et fermé, réseau de politiques publiques	Conflictuel et ouvert, réseau thématique	Fluide et ouvert, réseau thématique

La mise en évidence de ces systèmes met à jour des manières d'élaborer les réponses publiques très différentes à la fois du point de vue de leur ampleur, des valeurs, de leur transversalité et de leur capacité d'innovation. De ce fait, l'analyse des systèmes locaux d'un point de vue de sociologie politique apparaît cruciale pour comprendre les limites de certaines actions publiques locales et le fonctionnement des inégalités territoriales, ici dans la prise en charge de la jeunesse mais plus largement dans les politiques locales. L'enjeu de cette analyse est de comprendre si, et dans quelle mesure, l'existence de ces systèmes influe également sur les modalités de prise en charge des professionnels et sur la qualité de l'accompagnement proposé aux jeunes.

Le travail des professionnels entre processus de rationalisation et accompagnement individuel

Des enquêtes ont permis d'approcher également les contenus des accompagnements proposés aux jeunes vulnérables, les marges de manœuvre que possèdent plus ou moins les professionnels et le lien entre exercice professionnel et territoires d'implantation des structures.
Les résultats permettent de comprendre les influences des processus de rationalisation qui ont touché le travail social depuis vingt ans, en France, du fait des nécessités de prendre en compte des taux de chômage élevés et constants, de réduire les dépenses publiques et notamment le coût de la protection sociale, en mettant tout en œuvre pour que l'individu aidé puisse être responsabilisé. L'analyse des entretiens montre bien que l'objet des actions d'accompagnement se situe aujourd'hui dans un continuum entre l'accompagnement individuel souple et la contractualisation. La balance dépend du positionnement du professionnel dans le champ de l'action sociale.

Ainsi, lorsque les actions sont centrées sur la personne, sur ses liens avec son entourage affectif, l'insertion est dite « sociale ». Elle vise à lui permettre de se reconstruire physiquement et psychiquement : cette « reconstruction » individuelle étant pensé comme nécessaire pour envisager un quelconque retour durable dans l'emploi. Lorsque les actions s'adressent à des personnes ayant eu une expérience professionnelle ou ayant des qualifications permettant théoriquement l'entrée sur le marché de l'emploi, l'insertion est dite « professionnelle ». Elle vise à permettre à la personne de renouer avec le monde du travail non protégé. Dans l'entre-deux, lorsque l'on évalue que la personne

dispose de ressources pour accéder à l'emploi mais qu'elle est freinée par un manque de qualification ou d'expérience, une absence de logement ou une faible mobilité géographique, par exemple, l'insertion articule les deux qualificatifs pour devenir soit « socio-professionnelle », soit « sociale et professionnelle ». Les organismes chargés d'agir avec la personne se situent, pour certains d'entre eux, explicitement dans le domaine de l'insertion sociale, d'autres dans le domaine de l'insertion professionnelle, d'autres encore agissent en effectuant une prise en charge recouvrant les deux pôles de l'insertion. Lorsque les actions sont orientées vers l'accès à l'emploi, les organismes prennent appui sur des dispositifs qui, au-delà de leur diversité, sont mus par la même volonté de conduire la personne à s'insérer dans un temps déterminé. En retour, cette injonction contraint les intervenants à faire preuve de leur efficacité auprès des financeurs. Lorsque les actions visent prioritairement à permettre à la personne de se reconstruire psychiquement et/ou physiquement et de renouer des liens sociaux, la contrainte temporelle s'amenuise, sans pour autant que le « devoir d'insertion » ne s'efface totalement.

Identification des populations en fonction de leur degré de désocialisation

Les modalités de prise en charge des jeunes fluctuent donc selon le type d'organisation et, surtout, selon les postures professionnelles adoptées. Elles renvoient à des objectifs différents (insertion professionnelle, insertion socio-professionnelle, insertion sociale) en catégorisant de façon implicite trois catégories de publics :

- les jeunes proches de l'emploi qui ont besoin d'un soutien pour passer la phase difficile de l'entrée sur un marché du travail aujourd'hui très fermé ;
- les jeunes qui ont besoin d'une aide supplémentaire du fait de difficultés socio-sanitaires venant interférer dans leur parcours d'insertion professionnelle ;
- les jeunes trop désocialisés pour qu'une insertion professionnelle soit envisageable dans un futur proche.

Dans un contexte de restriction budgétaire, les pouvoirs publics ont tendance à resserrer les objectifs assignés aux structures d'aide selon cette logique de partition du public.
Cette catégorisation vient cependant heurter les logiques et les pratiques des opérateurs qui, dans la pratique, accueillent un public qui ne rentre pas forcément dans ce découpage. C'est particulièrement le cas pour les missions locales ou les structures accueillant le public de l'aide sociale à l'enfance. En effet, au sein de ces organisations, les intervenants qui tentent de conserver dans leurs pratiques une place pour l'écoute et l'accompagnement sans enjeu immédiat se trouvent dans une position professionnelle de plus en plus délicate à tenir.

L'exercice du travail social : entre « militantisme » et expertise « technique »

Les positions des travailleurs sociaux varient en fonction de leur parcours social ou bien du territoire d'implantation des structures. En effet, les conseillers de Missions locales adoptent aujourd'hui deux types de position dans la conduite de leur travail.

La première, que l'on pourrait qualifier de « militante », caractérise des professionnels qui défendent fortement la spécificité du travail de la Mission locale, se traduisant par une approche globale de l'accompagnement, par rapport à celui d'autres services d'insertion professionnelle, plus directement centrés sur des objectifs d'emploi. Ils se réfèrent assez facilement au *Rapport Schwartz* pour rappeler l'identité des Missions locales. L'empathie à l'égard du public imprègne les discours de ces conseillers qui investissent fortement la relation d'aide et insistent sur la nécessité d'établir un lien de confiance avec le public. La sollicitude, le souci de l'autre, prennent une place importante dans l'accompagnement.

La deuxième logique, que l'on pourrait qualifier de « technique », se situe davantage sur le modèle de l'intervention sociale (Ion, 1998). Les compétences des professionnels sont ici définies par l'expertise technique, la maîtrise des différentes mesures et dispositifs. La relation établie avec le public est proche d'une relation de service (Autès, 1998), où l'on a affaire à un usager, avec lequel on est susceptible d'établir un contrat. L'élément central de l'intervention réside dans le service et non dans la relation elle-même, ce qui laisse peu de place à la sollicitude.

Le déploiement de ces logiques dépend des expériences antérieures des professionnels. Être plutôt dans une logique « militante » ou inversement dans une logique « techniciste » est moins lié au fait d'être ou non diplômé du supérieur qu'aux types de formations et aux conditions d'entrée dans la vie active. Lorsque l'on neutralise l'effet générationnel en interrogeant seulement les conseillers âgés de trente cinq ans au plus et travaillant en Mission locale depuis au moins deux ans, deux aspects influencent l'approche du travail d'accompagnement : d'une part, la relation qu'ils établissent entre leur activité présente et leurs parcours antérieur auprès de populations rencontrant des difficultés économiques et sociales, d'autre part la proximité sociale objective des conseillers avec les publics au moment d'entrée dans la vie active.
Les conseillers ayant eu antérieurement une expérience marquante auprès d'un public « jeunes », associent leur métier à une forme d'engagement qui ne s'accommode pas très bien des évolutions du travail en Mission locale. *A contrario*, les conseillers ayant eu une formation supérieure centrée sur une approche économique ou managériale sont moins sensibles aux conditions sociales de la vulnérabilité (Castel, 1989).

Enfin, dernière dimension, la dimension territoriale pèse fortement sur les prises de position des professionnels qui peuvent dégager plus ou moins de marge de manœuvre ou de légitimité pour développer l'une ou l'autre de ces attitudes, nous y reviendrons dans l'analyse transversale des résultats.

Les figures de la vulnérabilité

Une revue de littérature a permis de proposer une amorce de définition théorique de la jeunesse vulnérable grâce à une mise en perspective entre la littérature consacrée à la vulnérabilité et les spécificités liées à la jeunesse. La plasticité de la dénomination « jeunes vulnérables » est au centre des interrogations. Trois figures se dégagent : les « vaincus », les « galériens », les « errants ».

- La figure des « vaincus » se présente comme la première figure de la vulnérabilité chez les jeunes. Structurée autour de l'expérience scolaire, elle renvoie aux conséquences sur les individus de l'existence du principe d'égalité des chances adossé à une logique méritocratique et au poids de la trajectoire scolaire dans les parcours juvéniles.
- La seconde figure, celle des galériens, comporte des points communs avec la précédente mais elle est construite en référence aux territoires urbains et, en particulier, aux jeunes des cités de banlieue. L'entrée par le lieu et le type de résidence conduit à lire l'expérience sociale différemment car elle introduit la question de l'inscription sociale et territoriale ainsi que celle du lien entre ces deux dimensions et, par conséquent, celle de la mobilité c'est-à-dire en sortir, y rester, y être enfermé.
- La troisième figure, les errants, apparaît plus difficile à circonscrire, car elle renvoie à une diversité de situations de rue comme en témoignent les catégories mobilisées par les acteurs publics et, plus particulièrement, les expressions utilisées au sujet des jeunes : jeunes de la rue, jeunes en situation de rue, jeunes sans abri, jeunes sans domicile fixe, jeunes errants, jeunes fugueurs, zonards, jeunes nomades, jeunes marginaux.

Par ailleurs, en vis-à-vis de ce travail d'analyse théorique, une proposition de typologie empirique à partir des récits de vie de jeunes et des paroles des professionnels propose également la mise en évidence de figures de jeunes dans leur rapport au système d'aide. Cette typologie permet de faire progresser la connaissance sur la jeunesse vulnérable en la confrontant aux travaux menés

antérieurement et notamment à ceux proposés par l'analyse théorique. Cette typologie affine les caractéristiques.

Trois figures de jeunes se dégagent ainsi :

- Les *conventionnels* se caractérisent par une précarité économique forte liée à une insertion professionnelle difficile qui se traduit par une succession de statuts intermédiaires entre chômage et emploi. Leurs parcours sont fait d'alternance entre des périodes de chômage, de stages ou de formation et de petits contrats (contrats à durée déterminée, emploi aidés, intérim). Leurs difficultés d'accès sur le marché de l'emploi sont fortement liées à un faible niveau d'étude.
- Les *renversés,* quant à eux, expérimentent une situation de précarité sociale et professionnelle depuis peu de temps, à la suite d'une rupture importante dans leur parcours. Les *renversés* expérimentent une grande souffrance et un sentiment d'humiliation ; ils vivent leur trajectoire comme un déclassement. Ils recourent difficilement au système d'aide sociale, à la fois parce qu'ils ont honte de leur situation et qu'ils n'acceptent pas leur situation, mais aussi parce qu'ils ne connaissent pas les rouages de l'aide sociale. De ce fait, ils épuisent bien souvent les possibilités de soutien que peut leur offrir leur réseau amical ou de parentèle élargie avant de s'adresser aux services sociaux.
- Enfin, troisième figure, les *désaffiliés* vivent de ressources économiques issues pour la majorité d'activités diverses en marge de l'emploi et de ressources subsidiaires fournies par les services de l'urgence sociale. Ils peuvent travailler ponctuellement et avoir pendant un temps des revenus liés ou dérivés de l'emploi. Ils peuvent également ne pas du tout envisager de travailler et vivre essentiellement des ressources distribuées par le système de l'urgence sociale et par la mise en place de modes de consommation alternatifs (récupération, squat…).

Perspectives

Les travaux engagés dans le projet JUVENIL se prolongent dans le cadre de la participation au projet franco-québécois « Transitions des jeunes en contexte de vulnérabilité et injonction à l'autonomie : soutiens en ville et en région » (financement ANR), dirigé par Martin Goyette de l'ENAP qui va permettre de faire des comparaisons entre les cas français et québécois.

Productions scientifiques

Numéros de revue

- Douard Olivier et Loncle Patricia, Dossier « Les jeunes vulnérables face au système d'aide publique », *Agora débats/jeunesses*, n°62, 2012.
- Bellot Céline et Loncle Patricia, *Accompagnement des jeunes en difficultés*, n°70, *Lien social et politiques*, printemps 2014.

Articles dans des revues à comité de lecture

- Becquet Valérie, « Les "jeunes vulnérables" : essai de définition », *Agora débats/jeunesses*, n°62, 2012, pp. 51-64.
- David Olivier, Le Grand Eric, Loncle Patricia, « Systèmes locaux et action publique : l'exemple des jeunes vulnérables », *Agora débats/jeunesses*, n°62, 2012, pp. 81-96.
- Douard Olivier, « Jeunes gitans voyageurs, vulnérabilité et puissance sociale », *Agora débats/jeunesses*, n°62, 2012, pp. 111-125.

- Loncle Patricia, « La jeunesse au local : sociologie des systèmes locaux d'action publique », *Sociologie*, N°2, vol. 2, 2011, pp. 129-147.
- Loncle Patricia, « Une réponse aux spécificités du 9-3 », n°80, *Adolescences*, numéro consacré aux Maisons des adolescents, dirigé par Marie-Rose Moro, 2012, pp. 337-348.
- Muniglia Virginie et Rothé Céline, « L'importance des autrui significatifs dans le recours à l'aide sociale par les jeunes marginalisés », *Revue Française des Affaires Sociales*, 1-2, 2013, p. 76-95.
- Muniglia Virginie, Rothé Céline, 2012, « Jeunes vulnérables : quels usages des dispositifs d'aide », *Agora Débats/Jeunesses*, n°62, Paris, p. 65-79.
- Muniglia Virginie, Rothé Céline, Thalineau Alain, 2012, « Accompagner les jeunes vulnérables : catégorisation institutionnelle et pratique de la relation d'aide », *Agora Débats/jeunesses*, Presses de Sciences Po./INJEP, n°62, Paris, p. 97-110.
- Muniglia Virginie, Thalineau Alain, 2012, « Insertion professionnelle et sociale des jeunes vulnérables. Les conseillers de missions locale entre adaptation et tensions », *Politiques sociales et familiales*, n°108, p. 73-82.
- Muniglia Virginie et Rothé Céline, Parcours de jeunes en grande difficulté: à l'interaction des logiques d'intervention professionnelles et des usages juvéniles de l'aide sociale, *Lien social et politiques*, n°70, printemps 2014.

Articles dans des revues sans comité de lecture

- Thalineau A., 2012, « Le cadre normatif de l'accompagnement social : entre permanence et changement », *Les cahiers de l'action*, INJEP, N°37.

Chapitres d'ouvrage

- Loncle Patricia et Muniglia Virginie, L'influence des systèmes locaux d'acteurs sur les pratiques professionnelles, Partenariat et recours à l'autonomie professionnelle pour améliorer la prise en charge des jeunes vulnérables, dans Goyette Martin (ed) *Le partenariat et la continuité des services à la jeunesse*, Presses de l'université de Laval, Québec, printemps 2014.

Colloque international

Un colloque international, sur le thème « Les jeunes vulnérables face au système d'aide sociale en Europe », s'est tenu les 18 et 19 septembre 2012 sur la question des jeunes vulnérables face au système d'aide. Il a été l'occasion de donner la parole à des chercheurs français, belges, suisses et québécois. 150 personnes ont assisté à cet événement. Le public était composé de chercheurs, de décideurs et de professionnels.

Projet ANR : Jeunes vulnérables : perceptions et prises en charge dans les politiques locales d'accès aux soins et de lutte contre l'exclusion sociale JUVENIL

Coordinateur

Patricia Loncle, Ecole des hautes études en santé publique, CRAPE UMR 6051
Patricia.loncle@ehesp.fr

Partenaire 2

Université de Cergy-Pontoise / IUFM de Versailles
Valérie Becquet, becquetv@club-internet.fr
Ecole, Mutations, Apprentissages, EA 4507
Site universitaire de Gennevilliers

Partenaire 3

UMR CNRS ESO 6590
Olivier David, olivier.david@univ-rennes2.fr
Université de Rennes 2

Partenaire 4

UMR CITERES 6173
Alain Thalineau, alain.thalineau@orange.fr
Université François Rabelais de Tours

Participants

Virginie Muniglia, virginie.muniglia@ehesp.fr
Céline Rothé, celine.rothe@ehesp.fr
Eric Le Grand ericlegrand35@orange.fr
Olivier Douard olivierdouard@neuf.fr
Thierry Rivard (décédé)
Elsa Décriaud elsa_decriaud@hotmail.com
Sami Zegnani sami.zegnani@univ-rennes1.fr
Frédérique Quidu frederique.quidu@ehesp.fr

Pollution atmosphérique, évaluation des risques et qualité de vie : une approche comparative Nord-Sud

(Vulnérabilité – ANR 2008)

Ghozlane Fleury-Bahi, professeure de psychologie sociale et environnementale, directrice-adjointe du Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire (LPPL - UPRES EA 4638), Université de Nantes
ghozlane.fleury-bahi@univ-nantes.fr

Thouraya Annabi-Attia, médecin de santé publique
Agence Nationale de Contrôle Sanitaire et Environnemental des Produits (ANCSEP), Ministère de la Santé Tunisien thouraya.attia@rns.tn

Enjeux et objectifs

Le fait d'être exposé quotidiennement à des rejets polluants et aux dégradations écologiques qu'ils occasionnent de façon plus ou moins manifeste, constitue pour certaines communautés un critère de vulnérabilité en soi. Ces nuisances modifient en effet les conditions de santé et de bien-être psychologique de ces populations. L'objectif de cette recherche est d'analyser les conséquences psychologiques induites par le fait de vivre dans un environnement caractérisé par un fort taux de pollution atmosphérique. Il s'agit plus précisément d'étudier comment l'évaluation de cette réalité environnementale peut influer sur la qualité de vie et la santé perçues des populations concernées. La prise en compte de l'évaluation du risque dans ses différentes dimensions (gravité, vulnérabilité, acceptabilité), ainsi qu'une mesure de l'état de santé objectif, permettent de repérer comment s'articulent ces différentes composantes lorsque l'individu est soumis quotidiennement à ce type de nuisances environnementales. Une perspective comparative Nord-Sud est adoptée (comparaison France/Tunisie). Elle permet d'une part d'isoler des spécificités culturelles à la représentation du risque et à l'évaluation de la qualité de vie. Elle aide, d'autre part, à mettre en lumière des invariants dans les processus psychosociaux impliqués à ce niveau.

Plus précisément, l'étude a trois objectifs principaux :

- Isoler l'impact psychologique de l'exposition quotidienne à une mauvaise qualité de l'air en comparant l'évaluation des risques, les niveaux de qualité de vie globale et environnementale et l'état de santé perçu et objectif chez des populations quotidiennement exposées à un niveau de pollution atmosphérique important et des populations ne présentant pas cette caractéristique (comparaison par site). Il s'agit également de repérer dans quelle mesure, pour les populations à risque, certaines caractéristiques socio-démographiques sont susceptibles de venir accroître (groupes sensibles) ou, à l'inverse, réduire leur vulnérabilité écologique.
- Élaborer et valider une échelle de mesure de la qualité de vie environnementale utilisable en deux versions : française et arabe.
- Mettre à l'épreuve des données un modèle structural qui associe perception du risque (dans ses différentes dimensions), qualité de vie globale et environnementale perçues, état de santé objectif et perçu, et précarité socioéconomique.

Méthodes et approches

Sélection des sites

Une enquête a été menée conjointement en France et en Tunisie. Dans chaque pays, deux sites à risque ainsi qu'un site témoin ont été retenus. En France, les sites sont sélectionnés sur la base de l'indice ATMO journalier (ADEME, 2010; AIRFOBEP, 2010). L'indice ATMO est élaboré à partir des concentrations journalières de quatre polluants typiques des phénomènes de pollution atmosphérique : le dioxyde de soufre (SO2), le dioxyde d'azote (NO2), l'ozone (O3), les particules en suspension (particules de taille médiane inférieure à 10 micromètres : PM10). Ces polluants font partie des composés dont la surveillance est assurée en permanence par les associations agréées de surveillance de la qualité de l'air, et dont les niveaux dans l'air ambiant font l'objet d'une réglementation au niveau européen et national. Pour chacun de ces quatre polluants, un sous-indice de qualité de l'air (variable de 1 à 10) est calculé chaque jour, à partir des données collectées par les associations agréées de surveillance de la qualité de l'air. L'indice ATMO final (caractérisant la qualité moyenne de l'air sur l'agglomération) est égal au sous-indice le plus élevé, ainsi déterminé pour chacun des quatre polluants. La qualité de l'air est d'autant plus dégradée que l'indice ATMO est élevé, et les indices supérieurs à 7 traduisent une mauvaise qualité de l'air.

Les deux sites retenus et qui présentent des niveaux de pollution atmosphérique élevés sont les villes de Martigues et Grenoble. La ville de Rennes est retenue comme site témoin. A Martigues, la pollution est principalement d'origine industrielle liée à l'industrie pétrochimique ; à Grenoble, elle est générée par le trafic routier et les industries.
En Tunisie, des enregistrements journaliers des différents polluants atmosphériques sont effectués dans de nombreuses villes. L'Agence Nationale de Protection de l'Environnement tunisienne (http://www.anpe.nat.tn) a fourni ces données et a calculé, pour les besoins de la recherche, l'indice ATMO pour les différents sites qui disposent de stations d'enregistrement. Une procédure de tri statistique identique à celle utilisée pour les sites français, a permis de sélectionner deux sites fortement pollués. Il s'agit de la ville de Sfax (banlieue sud), et d'un quartier périphérique de Tunis (la Manouba). La ville de Sousse est retenue comme site témoin. A Sfax, la pollution atmosphérique qui atteint des taux extrêmement élevés est liée à l'industrie du phosphate ; à Tunis, cette pollution est multifactorielle, d'origine industrielle et routière.

Préenquête qualitative

Un premier recueil de données qualitatives fut nécessaire afin d'identifier les indicateurs de qualité de vie environnementale qui présideront à la construction des échelles et de repérer les dimensions de l'évaluation du risque prioritaires chez les populations concernées par l'étude. Pour ce faire, 43 entretiens semi-directifs ont été menés en France, 45 en Tunisie.

Enquête quantitative

- **Les questionnaires**

Deux versions française et tunisienne du même questionnaire ont été utilisées dans chacun des deux pays pour l'enquête quantitative. Les deux versions ont été élaborées en commun par les équipes française et tunisienne. Ce questionnaire est structuré en cinq parties. Une première partie concerne l'identification du participant. Dans un second temps, la qualité de vie est appréhendée, puis la santé objective, la qualité de vie environnementale et enfin l'évaluation des risques. Les deux versions du questionnaire ont été pré-testées dans chacun des deux pays.

Modalités d'échantillonnage et procédure de recueil des données

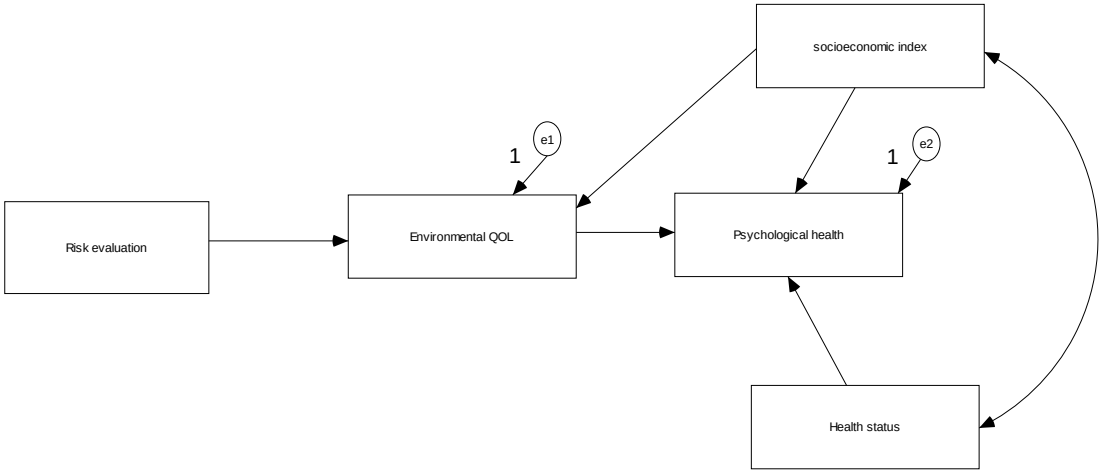
La méthode de l'échantillonnage par quotas (quotas par sexe, âge, CSP et IRIS - pour la France -) a été retenue afin de sélectionner les participants sur chacun des six sites. Nous obtenons un échantillon stratifié global de 1500 participants en France (793 femmes, 707 hommes) et de 1522 participants en Tunisie (776 femmes ; 746 hommes). Pour les deux pays, les variables d'inclusion sont: vivre depuis au moins un an dans son quartier et avoir plus de 18 ans. Les entretiens se sont déroulés au téléphone pour la France, et en face à face pour la Tunisie, en parallèle sur les trois sites sélectionnés dans chacun des deux pays.

Résultats scientifiques

Nous avons, dans un premier temps, examiné les effets de l'exposition quotidienne à une forte pollution atmosphérique sur : la qualité de vie, la santé perçue et l'évaluation du risque. Les résultats montrent très clairement, et comme attendu, des différences marquées entre les sites pollués et témoin, et ceci pour la France ainsi que la Tunisie. Pour l'évaluation des risques, les scores de dangerosité perçue sont plus élevés ($p < 0,001$) à Martigues ($m = 14,8$, $ET= 5,2$) et Grenoble ($m = 14,1$, $ET = 4,5$), comparativement à Rennes ($m = 8,9$, $ET = 4,2$). Nous observons, en Tunisie également, des scores d'évaluation des risques plus élevés sur les sites pollués (Tunis : $m = 15,6$, $ET = 4$; Sfax : $m = 19,5$, $ET = 3,5$; Sousse : $m = 13,5$, $ET = 4$; $p < 0,001$)
Concernant la qualité de vie globale, le site de Martigues se démarque avec 67% de participants qui se déclarent satisfaits, contre 75% à Grenoble et 77% à Rennes ($p < 0,01$). En Tunisie, de la même façon, les habitants du site industriel sont proportionnellement moins nombreux à se déclarer satisfaits (33,2%) comparés aux habitants de Tunis (pollution multifactorielle, 49,5%) et à ceux du site témoin (46,5% de participants satisfaits à Sousse) ($p < 0,001$). Concernant la santé perçue, le site témoin tunisien se démarque très nettement des deux sites pollués avec 76,7% d'habitants satisfaits de leur santé à Sousse contre 67,7% à Tunis et 65,6% à Sfax ($p < 0,001$). En France, les différences ne sont pas significatives.
Ces résultats rejoignent des résultats déjà mis en évidence dans des travaux précédents menés au Japon (Yamazaki, Nitta, Murakami & Fukuhara, 2005; Yamazaki, Nitta & Fukuhara, 2006), au Portugal (Lima, 2004; Marques & Lima, 2011) ou encore aux Etats-Unis (Downey & VanWillingen, 2005; Zullig & Hendryx, 2011).

Importance de l'évaluation cognitive de la situation dans la réduction du niveau de qualité de vie perçue et l'apparition d'un stress

Nous avons également montré qu'au-delà de l'exposition objective à la nuisance, l'évaluation de la gêne ainsi que l'évaluation des risques pour la santé occasionnés par cette pollution atmosphérique, venaient expliquer une réduction des niveaux de santé mentale et de bien-être psychologique.
Un modèle en pistes causales qui associe la santé mentale, l'évaluation des risques et la qualité de vie environnementale a été testé. L'état de santé objectif et le statut socio-économique ont également été intégrés au modèle en tant que variables explicatives de la santé mentale. Nous faisions ici l'hypothèse d'un effet de l'évaluation des risques sur la santé mentale, la qualité de vie environnementale jouant le rôle de variable médiatrice. Plus précisément, l'effet de la perception de dangerosité de la pollution atmosphérique devrait être limité par une meilleure qualité de vie perçue au niveau du quartier de résidence.



Ce modèle a été testé auprès de chacun des quatre échantillons d'habitants de sites pollués, en France et en Tunisie. Les résultats montrent des indices d'ajustement du modèle aux données très satisfaisants pour les quatre échantillons (voir le tableau 1 pour les valeurs des indices d'ajustement).

Tableau 1 : Indices d'ajustement pour les quatre sites pollués

Indices d'ajustement	χ^2	df	p	RMSEA <.08	GFI <.90	AGFI <.90	NFI <.90	CFI <.90
Martigues	16.10	4	.003	.095	.981	.930	.911	.929
Grenoble	11.99	4	.017	.077	.986	.949	.851	.886
Tunis	4.45	4	.349	.015	.996	.987	.989	.999
Sfax	13.32	4	.010	.074	.953	.955	.937	.953

L'analyse des coefficients de régression montre également que les relations supposées entre les variables du modèle sont significatives et vont dans le sens attendu, et ceci pour les quatre échantillons testés (voir tableau 2 pour les valeurs des coefficients de régression standardisés).

Tableau 2: Coefficients de régression standardisés pour les quatre sites pollués

	Martigues		Grenoble		Tunis		Sfax	
	β	p	β	p	β	p	β	p
Perception du risque →QDV environnementale	-.503	<.001	-.270	<.001	-.594	<.001	-.474	<.001
QDV environnementale →Santé mentale	.193	<.001	.180	<.001	.101	.012	.123	.005
Etat de santé →Santé mentale	-.247	<.001	-.126	.016	-.105	.008	-.238	<.001
Statut socio-économique - →Santé mentale	.250	<.001	.164	.002	.423	<.001	.308	<.001
Statut socio-économique - →QDV environnementale	-.047	.322	.103	.046	.191	<.001	.102	.015

En psychologie, l'approche transactionnelle peut nous aider à interpréter ces résultats. Les modèles transactionnels du bien-être et du stress ont, en effet, mis en lumière l'importance de l'évaluation cognitive de la situation dans la réduction du niveau de qualité de vie perçue et l'apparition d'un stress (Lazarus & Folkman, 1984). Les caractéristiques objectives de la situation ou de l'environnement ne

viennent pas seuls expliquer l'apparition d'un mal-être. L'évaluation individuelle de ces caractéristiques et le sens que l'individu va leur donner sur la base de ses expériences passée, de sa personnalité, de ces spécificités sociodémographiques, culturelles… vont également jouer un rôle important à ce niveau. Dans cette perspective, l'évaluation de la situation peut être considérée comme un bon prédicteur du bien-être psychologique, et ceci tout autant que les spécificités objectives de cette même situation.

Effet conjugué de la faible qualité de l'environnement résidentiel et d'une précarité socioéconomique sur la qualité de la vie

L'effet conjugué des vulnérabilités écologique et socioéconomique sur la qualité de vie et la santé perçue a également été examiné. Certaines communautés précaires et de faible statut socioéconomique ou encore certaines minorités, sont plus souvent que les autres surexposées aux polluants environnementaux dans leur environnement de vie quotidien. Plus généralement, l'association d'une faible qualité de l'environnement résidentiel et d'une précarité socioéconomique va venir doublement impacter la qualité de vie de ces communautés (Clarke & Gerlak, 1998; Stretesky & Hogan, 1998; Szasz & Meuser, 1997; Walker & al., 2005). L'hypothèse a été posée selon laquelle, pour les groupes exposés à un environnement pollué, les effets de la précarité socioéconomique et de la vulnérabilité écologique perçue viendraient contribuer simultanément à réduire les niveaux de santé et de qualité de vie perçues. Pour la santé perçue, nos résultats montrent en France une association entre les deux facteurs de vulnérabilité pour les deux sites pollués. A Martigues et Grenoble, les participants qui présentent les plus faibles niveaux de santé perçue sont également ceux qui se déclarent les plus précaires, résident plus souvent en ZUS ou NQP, sont plus souvent sans emploi et présentent de faibles niveaux d'étude. Ces mêmes personnes sont les plus nombreuses à considérer qu'elles ont plus de risques de déclarer une pathologie en lien avec la pollution de l'air et à se déclarer très gênées par cette pollution. En Tunisie, nous observons également cet effet cumulé, mais uniquement pour le site industriel caractérisé par une très forte pollution liée à l'industrie du phosphate. Nous retrouvons un effet de ces deux catégories de prédicteurs, mais de façon moins marquée, pour la qualité de vie liée à la santé sur les sites pollués de Grenoble, Tunis et Sfax, et pour la qualité de vie globale uniquement en France à Martigues.

Les résultats de cette recherche mettent donc en lumière l'importance de la perception de la gêne et de l'évaluation du risque dans cet effet cumulé des facteurs de vulnérabilité écologique et socioéconomique. La perspective comparative France/Tunisie permet en outre d'identifier des processus psychologiques comparables dans les deux pays. Nous retrouvons des effets analogues des différentes variables prédictrices ; mais globalement, les effets des prédicteurs environnementaux sont plus marqués en Tunisie. Ceci s'explique par les niveaux de pollution atmosphérique ambiante beaucoup plus élevés en Tunisie qu'en France. Sur les sites tunisiens isolés comme étant les moins pollués par l'Agence Nationale de Protection de l'Environnement tunisienne, les niveaux de pollution enregistrés dépassent largement les niveaux de pollution les plus élevés en France. La répartition de l'indice ATMO sur les six sites est la suivante: 220 jours avec une bonne qualité de l'air (index 1 to 4) pour la ville de Martigues, 256 pour Grenoble et 296 pour Rennes (ADEME, 2010; AIRFOBEP, 2010) ; 19 jours avec une bonne qualité de l'air à Tunis, 34 à Sfax et 82 à Sousse (Agence Nationale de Protection de l'Environnement tunisienne).

Mise au point d'un outil d'évaluation de la qualité environnementale perçue

Le second objectif de l'étude, d'ordre méthodologique, nous a amenés à construire puis valider psychométriquement un outil d'évaluation de la qualité de vie environnementale. Dans la littérature, aucun instrument validé ne permet d'accéder à une mesure de cette dimension environnementale de la qualité de vie. La facette environnementale de la WHOQOL-Bref n'est identifiée comme dimension homogène pouvant aboutir au calcul d'un score dans aucune des quelques études françaises qui se sont intéressées à la structuration factorielle de cet outil (voir par exemple Leplège & al., 2000). Dans le

champ des études urbaines, quelques instruments existent qui permettent d'accéder à une mesure du niveau de satisfaction résidentielle, en ciblant différentes composantes de cette satisfaction telles que les fonctionnalités et services, le climat social, les nuisances ou encore l'environnement bâti. Mais ces instruments, dans leur grande majorité, n'ont pas été validés psychométriquement. L'outil proposé en 2010 par Fornara et al. fait exception ; la validation a cependant été effectuée en langue italienne et aboutit à la validation de 11 scores de satisfaction résidentielle, sans possibilité de calculer un score global. Deux versions d'une échelle de qualité de vie environnementale ont donc été validées dans le cadre d'ESPERVIE, en français et en arabe tunisien. Ces échelles incluent des composantes de la qualité de vie liées aux nuisances et pollutions, à l'image sociale du quartier et à sa réputation ainsi qu'aux services disponibles sur place.

Perspectives

Perspectives scientifiques et de coopération

Le travail effectué au cours de ce programme de recherche entre une équipe de psychologues sociaux et une équipe d'épidémiologistes a ouvert de nouvelles possibilités de collaborations entre ces disciplines. Dans un chapitre d'ouvrage à paraître, cosigné par un psychologue et un médecin membres de l'équipe de recherche ESPERVIE, nous montrons quels sont, dans le champ de la santé environnementale, les domaines de collaboration possibles entre la psychologie sociale et environnementale et l'épidémiologie. Les modalités de collaboration entre ces deux disciplines ont également été présentées dans le cadre de différentes journées d'étude (5ème journée d'étude ARPENV) et séminaires de laboratoire (LPS d'Aix Marseille ; GREPS Université Lyon 2).

Cette recherche a également ouvert de nouvelles possibilités de collaborations au sein de la psychologie avec d'autres équipes de psychologie sociale, environnementale et de la santé. C'est à ce titre que nous sommes allées présenter les résultats de cette étude dans le cadre des séminaires de recherche du GREPS (Université Lyon 2) et du LPS (Université Aix Marseille).

Ces résultats ont fait émerger de nouveaux questionnements, certains processus identifiés nécessitant en particulier d'être analysés à partir d'une opérationnalisation complémentaire. L'identification du rôle fondamental joué par l'évaluation de la situation ainsi que la mise en lumière du recours à un certain nombre de stratégies d'adaptation (déni ou acceptation du risque…) chez les personnes résidant sur les sites polluées sélectionnés, nous amènent à nous pencher plus spécifiquement sur les processus adaptatifs mis en œuvre par les habitants de zone à risque (pollutions diverses, risques industriels…). Il s'agira en particulier d'étudier l'impact des inégalités environnementales et sociales sur ces processus. Les liens mis en lumière entre QDV mentale et perception des risques, en particulier sur les sites industriels, nous amènent, de plus, à adopter une approche qui cible plus spécifiquement la santé mentale dans ses différentes dimensions d'anxiété, de détresse psychologique et de stress. Nous souhaiterions également, en faisant l'hypothèse d'une lecture culturelle des risques (Slovic, 1987 ; Douglas & Wildavsky, 1984), compléter l'approche comparative Nord-Sud initiée ici, en ciblant un pays d'Amérique Latine, la Colombie (le contexte colombien étant caractérisé par des inégalités environnementales et sociales très marquées ; collaboration avec l'Université CES de Medellin). Dans le cadre de ce nouveau projet se situant dans la continuité d'ESPERVIE, des collaborations sont d'ores et déjà engagées avec des équipes de géographes d'ESO Nantes (UMR 6590) et du LETG-Nantes, Géolittomer (UMR 6554). Leurs compétences sont nécessaires à la caractérisation socio-environnementale des espaces et des populations étudiées et au repérage des inégalités socio-environnementales. Cette expertise viendra s'associer à celles de psychologues (psychologie sociale et environnementale, de la santé et clinique) et de chercheurs en santé publique.

Enfin, la publication de l'article rendant compte de la validation de la version française de l'échelle de qualité de vie environnementale dans la revue *Social Indicators Research*, a permis de créer des

collaborations internationales qui ont abouti au projet de publication d'un Handbook « Handbook of Environment and Quality of Life Research » chez Springer (publication prévue en 2015).

Perspectives d'application et de valorisation

Cette recherche ouvre des perspectives d'application sur le terrain dans le champ des politiques publiques menées dans les domaines de la santé et de l'environnement. Elle montre en effet qu'au-delà des indicateurs objectifs de qualité environnementale, qui sont identifiés à partir de mesures et donnent lieu à la définition de seuils de tolérance, il est indispensable de se pencher sur l'évaluation de la situation et du facteur de risque, puisque celle-ci prédit en partie le bien-être et la qualité de vie perçues. Il conviendrait donc, au niveau des actions d'intervention menées en santé publique (prévention des risques..) ou dans le domaine des politiques de la ville (rénovation…), d'intégrer de façon plus pertinente la dimension subjective à l'analyse des déterminants du bien-être et de la qualité de vie.

D'un point de vue plus méthodologique, l'instrument que nous avons validé (en langue française et arabe) peut facilement être utilisé dans le domaine de la recherche, ou dans le cadre des politiques de santé publique, ainsi que dans celui des politiques urbaines et de la ville. Dans le champ de la recherche, cet outil permet d'accéder à une mesure globale de la qualité de vie environnementale, ainsi qu'à quatre mesures plus spécifiques, pouvant être mises en perspective avec d'autres dimensions psychologique, psychosociale ou de santé. De la même façon, l'outil peut contribuer à l'opérationnalisation d'interventions sur le terrain nécessitant l'appréhension du niveau de qualité de vie environnementale perçu.

Productions scientifiques

Articles publiés ou à paraître dans revues à comités de lecture

Hassine, K., Marcouyeux, A., Annabi-Attia, T., & Fleury-Bahi, G. (accepté). Measuring quality of life in the neighborhood: the cases of air-polluted cities in Tunisia. *Social Indicators Research.*

Fleury-Bahi, G., Préau, M., Annabi-Attia, T., Marcouyeux, A., & Wittenberg, I. (in press) Perceived health and quality of life: the effect of exposure to atmospheric pollution. *Journal of Risk Research*

Fleury-Bahi, G., Marcouyeux, A., Préau, M. & Annabi-Attia, T. (2013). Development and validation of an environmental quality of life scale: study of a French sample. *Social Indicators Research, 113* (3), 903-913.

Chapitre d'ouvrage

Fleury-Bahi, G. & Annabi-Attia, T. (à paraître). Psychologie environnementale et épidémiologie : de la mise en évidence d'objectifs scientifiques communs à leur opérationnalisation. In L. Colbeau-Justin, D. Marchand, S. Depeau & K. Weiss (Eds). *Psychologie environnementale: héritages et perspectives*

Articles en cours d'expertise

Hassine, K., Annabi-Attia, T. & Fleury-Bahi, G., Psychometric properties of the WHOQOL BREF in a Tunisian adult sample, *Applied Research in Quality of Life*

Fleury-Bahi, G., Annabi-Attia, T., Marcouyeux, A. & Préau, M. Psychological health and exposure to ambient air pollution: a comparative study in France and Tunisia, *Journal of Environmental Psychology*

Article de vulgarisation

Fleury-Bahi, G. (2011). « Evaluation et perception du risque : le risque pour soi », Têtes Chercheuses « Actualités et culture des sciences en Pays de la Loire », n° 18, été 2011.

Communications

Hassine, K., Annabi-Attia, T., & Fleury-Bahi, G. (2013); *Perceived neighborhood environment and adults health in three Tunisian cities*; accepted for the joint ISEE, ISES and ISIAQ Environmental Health Conference 2013 in Basel, Switzerland (19-23 August).

Fleury-Bahi, G., Annabi-Attia, T., Préau, M., Marcouyeux, A. & Wittenberg (2012) ; *Effet de l'exposition à la pollution atmosphérique sur l'évaluation des risques et la qualité de vie perçue : une comparaison France-Tunisie* ; Communication orale, 9ème CIPSLF ; Porto 1er - 4 juillet.

Hassine, K., Annabi-Attia, T., & Fleury-Bahi, G. (2012) ; *Exposition à la pollution de l'air ambiant en Tunisie : effets sur la santé perçue et la qualité de vie* ; Communication affichée au Congrès National Santé Environnement - Paris 5-6 décembre, 2012.

Hassine, K., Annabi-Attia, Fleury-Bahi, G., T., Hamza, R., Mestiri, A., & Khaled, H. (2012) ; *Exposure to ambient air pollution in Tunisia: what effects on perceived health and quality of life?;* International Communication acceptée au Congress on Environmental Health, Lisbon, 31 may 2012.

Fleury-Bahi, G., Préau, M., Annabi-Attia ; T., Marcouyeux ; A., & Wittenberg, I. (2012) ; *Effet de l'exposition à la pollution atmosphérique et de l'évaluation des risques sur la qualité de vie et la santé perçue* ; Communication orale au 7ème Congrès de l'Association Francophone de Psychologie de la Santé, Lille 17-19 Décembre.p. 163.

Fleury-Bahi, G. (2012). *Un exemple de collaboration Psychologie sociale et environnementale et épidémiologie : l'exemple de la recherche Espervie*. Communication orale aux 5ème s journées d'étude ARPENV, Nanterre, 7 juin.

Marcouyeux, A., Annabi-Attia, T., Fleury-Bahi, G., Hassine, K., Hamza, H., Préau, M. & Wittenberg, I. ; (2012) ; *Structuration factorielle de la qualité de vie environnementale : une comparaison France-Tunisie*, Communication orale, 54ème Congrès de la Société Française de Psychologie, Montpellier, 3-5 septembre, pp. 179-181.

Fleury-Bahi, G., Marcouyeux, A., Wittenberg, I. & Préau, M. (2011). *Examen de la structure factorielle d'une échelle de qualité de vie environnementale*, Communication orale au 53ème Congrès de la Société Française de Psychologie, Metz, 7-9 septembre, p. 446.

Projet ANR : Environnement et Santé : Perception des Risques et Qualité de Vie (ESPERVIE) T1

Coordinateur

Fleury-Bahi Ghozlane, Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire (LPPL- UPRES EA 4638), Université de Nantes
ghozlane.fleury-bahi@univ-nantes.fr

Participants

Marcouyeux Aurore ; Préau Marie (Gresps, membre du LPPL jusqu'à 2011) ; Wittenberg Inga

Coordinateur

Annabi-Attia Thouraya (coordinateur)
Agence Nationale de Contrôle Sanitaire et Environnemental des Produits (ANCSEP Tunisie), Ministère de la Santé Tunisien
thouraya.attia@rns.tn

Participants

Hassine Khaled ; Hamza Ridha ; Mestiri Amine

Bibliographie

Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie (2010). La qualité de l'air dans les agglomérations françaises : bilan 2010 de l'indice ATMO. Retrieved from http://buldair.org/sites/default/files/bilan_atmo_2010.pdf

AIRFOBEP (2010) : Qualité de l'air, Bilan par zone géographique 2010 ; Communauté d'agglomération du pays de Martigues. Retrieved from http://www.airfobep.org/docs/2010-__communaute_agglomeration_du_pays_de_martigues.pdf

Clarke, J.N., & Gerlak, A.K (1998). Environmental racism in the Sunbell? A cross-cultural analysis. *Environmental Management, 22*(6), 857-867.

Douglas, M., & Wildavsky, A. (1984). *Risk and culture, an essay on the selection of technological and environmental dangers*: University of California Press.

Downey, L., & Van Willigen, M. (2005). Environmental stressors: the mental health impacts of living near industrial activity. *Journal of Health and Social Behavior, 46*(3), 289-305.

Fornara, F., Bonaiuto, M., & Bonnes, M. (2010). Cross-validation of abbreviated Perceived residential Environment Quality (PREQ) and Neighborhood Attachment (NA) indicators. Environment and Behavior, 42(2), 171-196.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appriasal, and coping*. New York: Springer.

Leplège, A., Réveillère, C., Caria, A., & Rivière, H. (2000). Propriétés psychométriques d'un nouvel instrument d'évaluation de la qualité de vie, le WHOQOL-26, à partir d'une population de malades neuro-musculaires. *Encephale*, 26(5), 13-22.

Lima, M.L. (2004). On the influence of risk perception on mental health: living near an incinerator. *Journal of Environmental Psychology, 24*, 71-84.

Marques, S., & Lima, M.L. (2011). Living in grey areas: Industrial activity and psychological health. *Journal of Environmental Psychology, 31*(4), 314-322.

Stretesky, P., & Hogan, M.J. (1998). Environmental justice: an analysis of Superfund sites in Florida. *Social Problems, 45*(2), 268-288.

Slovic, P. (1987) Perception of risk. *Science*, 236, 280-285.

Szasz, A., & Meuser, M., (1997). Environmental inequalities: literature review and proposals for new directions in research and theory. *Current Sociology, 45*(3), 99-120.

Walker, G. P., Mitchell, G., Fairburn, J., & Smith, G. (2005). Industrial pollution and social deprivation: evidence and complexity in evaluating and responding to environmental inequality, *Local Environment, 10*(4), 361-377.

Yamazaki, S., Nitta, H., & Fukuhara, S. (2006). Association between exposure to ambient photochemical oxidants and the vitality or mental health domain of the health related qualmity of life. *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*, 173-179.

Yamazaki, S., Nitta, H., Murakami, Y. & Fukuhara, S. (2005). Association between ambient air pollution and Health-related quality of life in Japan: ecological study. *International Journal of Environmental Health Research, 15*(5), 383-391.

Zullig, K.J. & Hendryx, M. (2011). Health – related quality of life among central Appalachian residents in mountaintop mining counties. *American Journal of Public Health, 101*(5), 848-853.

Qualités des soins : pratiques et indicateurs, information et responsabilité

Les indicateurs sur les parcours de soin ou encore sur les établissements sont de plus en plus mobilisés, notamment, dans les classements comparatifs ou pour contribuer à améliorer les pratiques ou à « piloter » la gestion des établissements. Des études de cas sur le Dossier Anesthésique montrent la diversité de ces usages : amélioration des pratiques, négociation entre les chefs de département d'anesthésie et la direction ; constitution de données exploitables à des fins scientifiques. Ces résultats plaident en faveur d'une analyse des effets des indicateurs prenant en compte à la fois les conditions de leur production et la diversité des usages en contexte, c'est-à-dire dans le cours de l'activité et dans le fonctionnement des organisations. (Minvielle, Bonnefond, Clot, Gomez, Lorino, Sicotte, Waelli, Zicari)

Place et rôle de l'Indicateur de Qualité et de Sécurité des soins hospitaliers

(Blanc – ANR 2010)

Minvielle E. Fache P., Waelli M., EHESP
Lorino P, Gomez ML, Zicari A., Essec
Bonefond JY, Clot Y. Cnam
Sicotte C., Université de Montréal

Enjeux

Outre des analyses épidémiologiques à l'échelon populationnel, de nombreux pays se sont lancés ces dix dernières années dans des campagnes de diffusion publique de résultats comparatifs sur la qualité et la sécurité des soins, assortissant dans certains cas ces résultats de règles financières. Ces initiatives se fondent sur des indicateurs nationaux et régionaux, de parcours de soins et surtout d'établissements de santé. En France, l'action publique est engagée depuis 2006 avec la publication du premier classement sur les résultats de l'Indice Composite d'Actions de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICALIN) par le ministère de la santé. Le développement du site Platine et l'introduction de onze indicateurs dans la procédure de certification coordonnée par la Haute Autorité de Santé complètent le dispositif.

A travers ces politiques publiques, l'enjeu est de garantir une amélioration effective de la qualité telle que mesurée par l'indicateur. Or, après quelques années de recul, le bilan de ces campagnes de classements hospitaliers questionne leur réelle efficacité.

Premièrement, si la validation métrologique de l'indicateur a constitué un préalable souvent étudié, la réactivité des acteurs à l'incitation qui doit conduire à l'amélioration reste un sujet à part entière (Werner, 2009). Cette amélioration dépend d'une implantation effective de l'indicateur au sein des établissements de santé et d'une appropriation par les milieux professionnels qui ne va pas de soi : entre les deux se situent une série d'étapes à maîtriser (traduire la mesure en situations à améliorer, mettre en œuvre ces mêmes actions, enfin, évaluer l'impact de ces améliorations). Dans cette série d'étapes, les professionnels de terrain peuvent donner des sens variés à l'indicateur, plus ou moins en phase avec les attentes des promoteurs de l'action publique.
D'une manière générale, les recherches menées dans ce domaine aboutissent à des conclusions assez hétérogènes. Si de tels outils peuvent permettre dans certains cas un « pilotage à distance » (Preston, Chua and Neu, 1997) et être repris par les cliniciens (Kurunmaki, 2004), d'autres travaux soulignent que les objectifs attendus ne sont pas toujours atteints (Humphrey et al., 1993 ; Brunssson et al, 1998 ; Shaoul, 1998). Les outils apparaissent alors découplés des activités opérationnelles (Covaleski et al., 1993 ; Pettersen, 1995), menant à des effets inattendus tels qu'un réflexe défensif vis-à-vis d'une pratique, ou une baisse de qualité (Llewellun et al, 2004) et des stratégies de contournement ou « gaming » (Bevan et al., 2006). Devant la production de plus en plus importante d'indicateurs, ces effets, plus ou moins éloignés de l'effet attendu d'amélioration de la qualité, soulignent le besoin de comprendre comment les indicateurs entrent en relation avec une organisation du travail donnée et ses acteurs.

En parallèle, cette amélioration de la qualité est aussi dépendante de l'efficacité des dispositifs de régulation mis en place par les pouvoirs publics à travers les indicateurs. Les indicateurs peuvent servir quatre formes de régulation de la qualité :

- la gestion de la qualité à l'échelle d'un établissement,
- les modes d'autorisation et de suivi réglementaire,

- les classements rendus publics,
- les systèmes de paiement à la qualité (Sappinton, 2005).

Or, si ces formes de régulation concourent au même objectif d'amélioration elles le font selon des modalités différentes : la gestion interne joue sur l'hypothèse d'une auto-évaluation par les professionnels lorsque les registres de la règlementation, de la diffusion publique et de l'incitation financière obéissent à des formes de régulation externes exercées par les pouvoirs publics sur ces mêmes professionnels. Dans ce contexte, la cohérence entre les différentes formes de régulation comme l'emploi approprié des indicateurs (certains sujets se prêtent peut être plus à de l'auto-évaluation alors que d'autres se prêteraient plus à des formes de régulations externes) n'est pas évidente à percevoir (Kimberly et Minvielle, 2003).
Plus spécifiquement, la reddition de comptes (communément les « classements ») a tenu un rôle important ces dernières années dans la régulation de la qualité. Cela s'explique par l'existence d'indicateurs dont le mode de collecte peut être standardisé, permettant ainsi des comparaisons nationales. Sur ce registre, l'amélioration de la qualité est un objectif parmi d'autres, à côté de celui de la quête de transparence, ou de la mise en capacité d'un comportement de consommateur éclairé par le patient dans le choix de son établissement, posant à nouveau la question de la cohérence d'ensemble.
Au final, toutes ces questions de cohérence questionnent la définition et le management de l'action publique lors du développement des indicateurs nationaux, un sujet peu investi à notre connaissance.

Objectifs

Dans ce contexte, les objectifs de la recherche sont doubles :

Analyser le rôle de l'indicateur dans cette évaluation

Il s'agit d'étudier comment l'indicateur fait sens pour les professionnels dans leurs activités et permet d'enclencher d'éventuelles actions d'amélioration.

Pour traiter cette question, nous considérons l'indicateur comme un instrument de gestion et nous nous référons à différentes théories, rationalistes ou interprétativistes (principalement la socio-matérialité). La conception rationaliste fait l'hypothèse que l'instrument de gestion a une capacité de résolution des problèmes, ou « problem solving use » (Simon, 1954) par son pouvoir de prescription. C'est alors la relation entre l'indicateur et l'organisation du travail qu'il est censé refléter qui constitue l'objet d'analyse principal. Dans une conception interprétativiste, ce qui compte est la manière dont les professionnels vont réagir à l'indicateur. Il s'agit d'étudier l'usage qui est fait de l'indicateur « en situation », c'est-à-dire, plus qu'au sein d'une organisation, au sein d'une *activité* : au sein de ce que les professionnels font, mais aussi de ce qu'ils souhaiteraient réaliser (Vygotski, 1978). L'indicateur alors fait sens dans les schèmes d'utilisation des professionnels, en tenant compte de la perspective historico-culturelle dans laquelle il s'inscrit. Les représentations et les schèmes d'action associés à l'outil dépendent des besoins qu'a l'acteur en situation de s'interroger et d'enquêter sur les situations d'action dans lesquelles il se trouve (Peirce, 1980 ; Dewey, 1980), du signe - au sens de la sémiotique - que l'indicateur peut constituer dans l'activité considérée par l'acteur (Vygotsky, 1978) ou encore du sens qu'il peut conférer à l'action collective en cours (Weick, 1995) (Lorino, 2006). Le concept d'affordance permet également d'établir une distinction entre les actions potentielles de l'instrument de gestion et, parmi ces actions, celles perçues par les acteurs dans le contexte d'usage réel (Norman, 1999).

Dans ce cadre, des travaux préliminaires ont été réalisés en appliquant plus spécifiquement ces réflexions au secteur de la santé (Moisdon, 1997), (Kern et Lorino, 2009) (Bérard et al, 2009) et servent de référence.

Analyser la Place de l'indicateur comme mode d'évaluation de la qualité

L'analyse porte sur l'utilisation de l'indicateur dans une action publique qui joue sur différentes formes de régulation (gestion interne, normalisation, diffusion publique, paiement à la qualité) Sappinton (2005), auxquelles peuvent être associés différents objectifs (comme dans le cas de la diffusion publique où cohabitent des objectifs de transparence, de choix du consommateur éclairé, de réduction de l'asymétrie d'information pour le payeur et d'amélioration de la qualité). L'étude de cas cherche à comprendre le rôle des indicateurs dans la construction ou le développement de ces formes de régulation et la cohérence qui en ressort en matière d'action publique.
En ce qui concerne spécifiquement la diffusion publique, mouvement majeur de ces dernières années, différents travaux ont étudié le comportement des patients dans leurs choix d'hôpitaux fondés sur les résultats des indicateurs dans le cadre de la diffusion publique (Hibbard, 1997). En revanche, il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude sur le comportement des médecins généralistes à l'égard de l'information véhiculée par les indicateurs. Or, les médecins généralistes jouent un rôle important dans l'adressage de patients aux établissements de santé. Nous faisons l'hypothèse qu'ils agissent comme des « consommateurs au choix éclairé » au moment d'orienter le patient vers un établissement, et nous cherchons à étudier comment les résultats des indicateurs peuvent influencer leur choix.

Méthodes et approches

Le projet s'appuie sur un programme national de développement et d'utilisation des indicateurs, Compaqh, qui s'appuie lui-même sur un panel d'établissements (N=220) (Couralet et al., 2012).

La méthodologie est qualitative, compréhensive et comparative avec une initiative canadienne.

- **Objectif 1.** Pour l'étude des usages des instruments de gestion, nous travaillons sur l'indicateur Tenue du Dossier Anesthésique (DAN), généralisé par la Haute autorité de Santé en 2008, suite à une validation par Compaqh. Il évalue à partir de 13 items la présence d'informations-clés tels que le nom de l'anesthésiste ou des risques allergiques. Les résultats sont exprimés d'une manière comparative à l'échelon de l'établissement. Nous avons réalisé 5 études de cas dans des hôpitaux différents. Des observations ont été réalisées principalement dans les consultations anesthésiques (de 1 à 5 jours) de chaque établissement, associées à des entretiens (n=30) avec différents acteurs jugés clés dans l'usage du DAN. Des entretiens avec les membres de la SFAR (Société Française d'Anesthésie Réanimation) comme l'observation de deux de leurs réunions ont complété le matériau.

- **Objectif 2.** L'analyse des objectifs d'utilisation des indicateurs s'appuie pour sa part sur une étude de cas fondée sur des entretiens d'acteurs ayant participé à la politique publique en matière de développement d'indicateurs (n=24, directeurs d'administrations centrales, d'agences sanitaires, médecins, directeurs d'hôpitaux, association d 'usagers, journaliste, responsable de sociétés savantes). La question spécifique de la manière dont les médecins généralistes tiennent compte des indicateurs dans leurs choix d'orientation des patients vers tel ou tel établissement est traitée à partir d'un questionnaire, en collaboration avec la Société Française de Médecine générale (SFMG). Celui-ci a été élaboré par analogie, en fonction des données probantes concernant le comportement des patients dans leur choix d'établissement. L'administration est réalisée sur la base d'un panel de 1000 médecins généralistes tirés au sort au sein de la base de données active des médecins généralistes de l'assurance-maladie. L'ensemble du processus est réalisé après accord par la Cnil.

L'équipe réunit deux approches disciplinaires, les sciences de gestion et la psychologie du travail. Deux types de séminaires sont réalisés régulièrement (tous les mois et demi) : empiriques (suivi du terrain) et contributif (analyse des données).

Résultats scientifiques

Les premiers résultats relatifs à l'objectif 1 sont les suivants :

Usages variés des indicateurs : amélioration des pratiques, négociation, données exploitables à des fins scientifiques

Les usages de l'indicateur du Dossier Anesthésique s'avèrent plus variés que prévu. Si l'indicateur est en effet utilisé au sein des unités de soins pour améliorer la tenue du dossier anesthésique, d'autres usages apparaissent : il est utilisé à des fins de négociations entre les chefs de département d'anesthésie et la direction, indexant les résultats de la mesure à des demandes budgétaires ; les données de l'indicateur sont également traitées par la société savante, la SFAR, comme base de données nationale disponible et exploitable à des fins scientifiques.

Des indicateurs mal perçus mais qui contribuent à modifier les pratiques

En ce qui concerne plus spécifiquement l'usage attendu, à savoir l'utilisation de l'indicateur à des fins d'amélioration du Dossier Anesthésique, l'observation conduit au paradoxe suivant. Les usages potentiels de l'indicateur, les affordances, sont assez faiblement perçus par les anesthésistes au sein des unités de soins. Certains anesthésistes ne le connaissent pas, d'autres ne perçoivent pas les actions d'amélioration éventuelles, seuls quelque uns, souvent les responsables de département, sont impliqués et développent des changements. Pourtant, les changements opérés sont dans certains cas importants, améliorant nettement la qualité des informations contenues dans le Dossier Anesthésique. L'ensemble amène donc au paradoxe que même si l'indicateur n'est pas bien perçu par le plus grand nombre, il peut largement contribuer à modifier les pratiques.

Le rôle du contexte socio-historique

Le contexte socio-historique joue un rôle clé dans la perception plus ou moins limitée de l'usage de l'indicateur. Ont ainsi été répertoriés dans les 5 études de cas : le climat organisationnel au sein de l'unité (un climat détérioré détourne les acteurs d'une action d'amélioration fondée sur les résultats de l'indicateur, action jugée subalterne, voire parfois « au service de l'administration ») et l'informatisation (une bonne informatisation automatise le recueil, mais suppose d'intervenir dans le logiciel d'enregistrement).

Des activités managériales pour favoriser l'usage

Parallèlement, des activités managériales permettant le changement souhaité sont observées dans certains sites. Ces activités sont le plus souvent portées par quelques acteurs dont le profil légitime leur action auprès de leurs pairs (forte légitimité des anesthésistes versus une plus faible légitimité des qualiticiens). Ils jouent sur 3 registres :

- scientifique (les indicateurs permettent d'argumenter le changement sur son évidence scientifique dans la logique de l'Evidence-Based Medicine : par exemple, une étude randomisée a démontré que la signature d'accord de l'anesthésiste sur l'induction et le traitement per-opératoire réduit le risque de mortalité) ;
- démocratique (les discussions autour de la production et des usages des indicateurs contribuent à la recherche de consensus dans le changement) ;

- du point de vue de la motivation intrinsèque des anesthésistes pour assurer un travail de qualité.

L'action de changement qui en résulte ne se comprend pleinement que dans le cours de l'activité, imbrication d'agencements humains et matériels (Leonardi, 2011). Par exemple, un des anesthésistes impliqués développe un logiciel d'aide au recueil automatisé des données transformant le contexte matériel, l'informatisation, dans lequel se situe l'usage de l'indicateur.

Perspectives

Le travail en cours montre dès à présent l'importance du contexte d'usage de l'indicateur. L'approche par la socio-matérialité notamment permet de mieux comprendre ce contexte local et de dépasser des notions telles que « culture » ou « leadership ».

Cette connaissance peut avoir des retombées opérationnelles dans la manière de concevoir l'action publique. Une meilleure appropriation par les professionnels concernés par l'indicateur, et donc une meilleure efficacité de l'incitation, passe par une attention particulière à l'usage de ce dernier dans les contextes locaux. Il en résulte qu'en complément de la phase de conception de l'indicateur, la phase relative au suivi de l'usage de l'indicateur devrait être mieux formalisée au sein même de l'action publique. Au cours de cette phase, les résultats obtenus plaident pour valoriser des activités managériales souvent mal perçues, conduites par certains professionnels pour ancrer l'indicateur dans un contexte local donné. De même, des usages peu anticipés, comme celui coordonné par la société savante, devraient être mieux mis à profit. Par exemple, la société savante, outre son rôle lors de la phase de conception de l'indicateur, pourrait également contribuer à promouvoir l'usage souhaité dans le cadre de l'action publique.

Productions scientifiques (au 3/09/2013)

1. 2012. Gomez ML. Waelli M., Zicari A., Bonnefond JY., Lorino P., Sicotte C., Minvielle E. L'usage des indicateurs de performance sur la qualité-sécurité des soins : le cas de l'indicateur de tenue du dossier anesthésique. *Journal de Gestion et d'économie Médicale.*
2. 2013. Gomez ML, Zicari A., Waelli M., Bonnefond JY., Lorino P., Sicotte C., Minvielle E. Quel usage des indicateurs de performance ? Le cas d'une mesure nationale hospitalière. Communication orale avec sélection. *Colloque Association Française de Comptabilité.* Montréal 31-1Juin
3. 2013. Waelli M., Zicari A, Gomez ML, Waelli M., Bonnefond JY., Lorino P., Sicotte C., Minvielle E. The use of the anesthetic file indicator in French hospitals: Socio-material context, affordances and managerial activities, 29th Congress of the European Group for Organizational Studies. 29-6th July, Montreal
4. 2013. Gomez ML, Waelli M., Zicari A, Waelli M., Bonnefond JY., Lorino P., Sicotte C., Minvielle E. The use of anesthetic folder record indicators for doctors' practice: An activity and instrumental perspective, Oral presentation, 29th Congress of the European Group for Organizational Studies. 29-6th July, Montreal
5. 2013. Gomez ML, Zicari A, Waelli M., Bonnefond JY., Lorino P., Sicotte C., Minvielle. Implementing a national-wide performance evaluation: the case of the anesthetic file indicator in French hospitals. Oral presentation, 36th Annual Congress of the European Accounting Association, Paris, 6-8 May 2013
6. 2014. Fache P. Minvielle E. Le rôle des indicateurs dans la politique publique de régulation de la qualité. *Quaderni*

En outre, 3 séminaires ont été organisés :

- Workshop dans le cadre d'Aramos (juin 2012) avec Anu Kajamaa (Université d'Helsinki)
- Workshop le 9 décembre 2013 (en lien avec un panel d'experts de recherche en gestion, Lyon II, Ecole des Mines, Imperial college business school, Univeristy college of london)
- Workshop avec ESCP Europe (juin 2012)

Projet ANR : Place et Rôle de l'Indicateur de Qualité et de Sécurité des soins hospitaliers (PRIQS)

Coordinateur
Minvielle Etienne, MOS-EHESP, etienne.minvielle@igr.fr

Partenaires
Lorino philippe, Essec, lorino@essec.fr
Gomez Marie-Léandre, Essec, gomez@essec.fr
Waelli Mathias, Ehesp, Mathias.Waelli@ehesp.fr
Claude Sicotte, Université de Montréal, Claude.Sicotte@umontreal.ca
Bonnefond Jean-Yves, Cnam, jeanyves.bonnefond@sfr.fr
Zicari adrian, Essec, zicari@essec.fr

Références

Bérard E., Gloanec M., Minvielle E. Usage des indicateurs de qualité en établissement de santé. *Journal d'économie médicale,* 2009, 27-1: 5-20

Bevan G. and C. Hood, 2006, What's Measured is What Matters: Targets and Gaming in the English Public Health Care System, *Public Administration* , 84 (3), 517-538.

Brunsson, N., Lapsley, I. And P. Miller, 1998, Constructing health care accountants: Melding calculation and care, *Management Accounting Research*, 9, 31-5.

Couralet M, Leleu H, Capuano F, Marcotte L, Nitenberg G, Sicotte C. Minvielle E. Method for developing national quality indicators based on manual data extraction from medical records, *BMJ Quality and Safety.2012,* 22-2:155-62.

Covaleski, M. A., Dirsmith, M. W. and J. E. Michelman, 1993, 'An Institutional Theory Perspective on the DRG Framework, Case-Mix Accounting Systems and Health-Care Organizations,' *Accounting, Organization, and Society*, 18 (1), 65-80.

Dewey, J., 1938/1980, *Logic: The Theory of Inquiry*. New York: Henry Holt, reprinted 1980 New York: Irvington Publishers.

Hibbard J. et al. Informing Consumer Decisions in Health Care: Implications from Decision-Making Research. The Milbank Quarterly, 1997, 75-3: 395-414

Humphrey, C., Miller, P. and R. W. Scapens, 1993, Accountability and Accontable Management in the UK Public Sector, *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 6 (3), 7-29.

Kern A. Lorino P. 2009, Sensemaking as double processof transforming activity and performance measurements (working paper, Essec)

Kimberly J, Minvielle E. 2003 Quality in health care as an Organizational Problem. In Advances in Health Care Organization Theory (Mick S. et Wyttenbach M. eds.). Jossey-Bass Publishers, San Francisco, pp 205-233.

Kurunmäki, L., 2004, A Hybrid Profession: The Acquisition of Management Accounting Expertise by Medical Professionals, *Accounting, Organizations and Society*, 29 (3-4), 327-348.

Llewellyn, S. and D. Northcott, 2005, The average hospital, *Accounting, Organizations and Society*, 30(6), 555-583.

Lorino, P., 2006 (b), « Les instruments, présence fantomatique dans l'œuvre de Karl E. Weick », in Autissier, D., Bensebaa, F., Lorino, P, 2006, *Les défis du sensemaking en entreprise : Weick, Karl E.,* Paris, Economica, 220 p.

Moisdon, J.C., 1997, « Introduction générale », in J.C. Moisdon, *Du mode d'existence des outils de gestion*, Paris, Seli Arslan, pp. 7-44

Peirce, Ch. S., 1958, *Collected papers.* Cambridge (Mas): Harvard University Press.

Preston, A., Chua, W.-F. and D. Neu, 1997, The diagnosis-related group-prospective payment system and the problem of government of rationing health care to the elderly, *Accounting, Organization and Society*, 22 (2), 147-164.

Sappington DE. Regulating Service quality : A survey. Journal of Regulatory Economics. 2005, 27-2: 123-54

Shaoul J., 1998, Charging for capital in the NHS trusts: to improve efficiency? *Management Accounting Research*, 9, 95-112.

Simon, H. A., G. Kozmetsky, H. Guetzkow, and G. Tyndall, 1954, *Centralization vs. Decentralization in Organizing the Controller's Department*, New York, NY: The Controllership Foundation.

Vygotsky, L. S., 1930/1978, *Mind in Society: the Development of Higher Psychological Processes*. M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner, E. Souberman (eds.). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Weick, K.E., Sutcliffe, K.M. and D. Obstfeld, 2005, Organizing and the process of sensemaking. *Organization Science* 16, 409-421.

Werner R, Mc Nutt R. A new strategy to improve quality : rewarding actions rather than measures. Jama, 2009, 301-13: 1375-1377

Membres du comité d'évaluation
Programme « Vulnérabilités : à l'articulation du sanitaire et du social »
Edition 2008

Président

Jean-Paul MOATTI
Professeur
Université de la Méditerranée

Vice-Présidents

Michel CHAUVIERE
Directeur de recherche
CNRS, Paris

Gérard MAUGER
Directeur de recherche
CNRS, Paris

Membres

Sarah CURTIS
Professeur
Université de Durham

Marc FLEURBAEY
Directeur de recherche
CNRS, Paris

Anita HARDON
Professeur
Université d'Amsterdam

Stéphanie HENNETTE-VAUCHEZ
Professeur
Université Paris XII

Patrick HEUVELINE
Professeur
Université de Chicago

Elisabeth SPITZ
Professeur
Université Paul Verlaine – Metz

Colin JONES
Professeur
Queen Mary, Université de Londres

Robert LAFORE
Professeur
IEP Bordeaux

Delphine MARTINOT
Professeur
Université Blaise Pascal Clermont 2

Chiara SARACENO
Professeur
Université de Turin

Archana SINGH-MANOUX
Chargée de recherche
INSERM, Paris

LES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES A L'ANR

Les chiffres 2005/2011

Programmes non thématiques en SHS (« Blanc » et « Jeunes Chercheuses Jeunes Chercheurs », programmes thématiques en SHS, programmes SHS en coopération internationale)

4212 projets déposés

968 projets financés

Montant total : 183,222 M€

Les programmes thématiques en SHS 2005/2013

Les 15 programmes thématiques en sciences humaines et sociales et les programmes transversaux présentant une forte dimension SHS ont permis le lancement de 27 éditions d'appels à projets (sur la période 2005-2013), de soutenir et d'accompagner les dynamiques scientifiques dans les différentes disciplines des sciences humaines. Ils ont mobilisé des approches empiriques, théoriques ou des modélisations, disciplinaires et interdisciplinaires, à des échelles macro et micro, des terrains de l'ensemble des grandes zones géographiques et des périodes historiques. Ces différents programmes peuvent être regroupés autour de six grands domaines.

- **Conflits, modes de gouvernement, politique et institutions**

La dynamiques des conflits, quelques soit leur intensité, leur échelle, est une des clés de compréhension des sociétés, de ses transformations et de ses institutions. Le travail politique et les institutions, les savoirs mobilisés pour l'action, les pratiques informationnelles, les usages du droit, les normes et les régulations, les transformations de l'action publique et des formes de gouvernement aux différentes échelles, les acteurs différents qu'ils soient publics ou privés sont autant de domaines qui ont été étudiés dans leur transformations historiques.

- **Création, culture et systèmes culturels**

Les fonctions attachées à la création et à la culture sont variées : symbolique, sociale, rituelle, religieuse, économique, idéologique, politique, productrice de mémoire individuelle et collective, de connaissance(s), de savoirs et de concepts, révélatrice d'expériences. En permettant la confrontation entre différents terrains européens et extra européens, objets (littérature, théâtre, musique, opéra, peinture, architecture, ornement, télévision, photographie, arts numériques, objets usuels…), entre différentes périodes historiques (de la préhistoire au contemporain), les travaux conduits permettent de mieux appréhender les processus individuels ou collectifs, les techniques mobilisées dans la création, les transformations des genres et la diffusions des formes cultuelles, les modalités d'esthétisation, les professions et les formes économiques.

- **Apprentissages, connaissance et développement humain**

Ces questions ont été appréhendées à une échelle individuelle à travers l'étude fondamentale des processus et des mécanismes d'apprentissage (langage, écrit,…), les situations de précarité qui peuvent perturber le développement de l'enfant, les formes de socialisation, l'organisation de l'éducation (scolaire et universitaire). L'étude des liens entre émotion et cognition ont permis d'explorer les variables de personnalité et d'interaction modulant les émotions, la modélisation des émotions

stratégiques, les bases neuronales du rôle de l'émotion dans la prise de décision, dans le temps vécu, mais aussi les transformations historiques des rapports entre art, fiction et émotion. Les questions d'apprentissage ont été également abordées à un niveau plus global, du point de vue des modes d'organisation des apprentissages, des modalités de production et de circulation des connaissances ou des techniques et des conditions de l'innovation technologique.

- **Vulnérabilités sociales et sanitaires, inégalités, santé**

Les recherches récentes ont montré l'importance des interconnexions entre les vulnérabilités sociales, les inégalités et la santé, ainsi que le rôle central de ces questions dans le développement humain. En décrivant la part des facteurs sociaux et économiques dans la production de la santé, - que ceux-concernent les conditions de travail, l'environnement, les modes de protection et de prévention, l'accès aux soins, les comportements et les perceptions, le rôle des acteurs dans la prise en charge des problèmes ….-, les recherches conduites en sciences humaines et sociales permettent de mieux appréhender les différents déterminants de la santé. Elles permettent aussi de mieux comprendre la genèse des vulnérabilités ou des inégalités et de questionner les formes de justice et de cohésion sociale.

- **Formes d'organisation économiques et sociales, sociétés innovantes**

En interrogeant l'entreprise, comme formes d'organisation économiques, les travaux conduits ont mis en évidence les changements organisationnels (que ceux-ci concernent le temps de travail, les compétences et leur transmission), les liens entre les régimes de conception ou de recherche/développement et les formes de développement des entreprises, les adaptations des formes d'entreprise en fonction des mutations économiques. Grâce à l'approche en termes de sociétés innovantes, sont mis en évidence les différentes configurations d'acteurs, les dimensions socio-techniques et l'importance des services dans la production d'innovation.

- **Les Suds**

Les transformations des pays des sud - nouveaux pays industrialisés, émergents, « moins avancés » -, ont des effets importants dans l'économie mondiale et les relations internationales. Aux cotés des questions de liens entre croissance économique et pauvreté, d'efficacité de l'aide, d'autres ont été étudiées telles que : la gouvernance des biens publics mondiaux et de la protection intellectuelle du vivant ; les mobilités, les dynamiques sociales, transfrontières et les reconfigurations territoriales ; les transformations de l'action publique et les nouvelles formes de gouvernement ; les dimensions mémorielles et les mouvements religieux.

15 programmes thématiques en SHS ont suscité 19 appels à projets autour des grands thèmes suivants :

- Conflits, Guerre(s), violence
- Apprentissages, connaissances et sociétés
- Entreprises et formes d'organisation économique. Enjeux, mutations, permanences
- Les Suds, aujourd'hui
- La création : acteurs, objets, contextes
- Formes et mutations de la communication : processus, compétences, usages
- Gouverner et administrer
- Vulnérabilité : à l'articulation du sanitaire et du social
- Enfants et enfance
- Sciences, technologies, savoirs en sociétés : enjeux actuels et questions historiques
- Espaces et territoires : les énigmes spatiales de la vie en société
- Emotions, cognition et comportements
- Emergence et évolutions des cultures et des systèmes culturels
- Globalisation et gouvernance
- Inégalités-inégalités

Quatre programmes transversaux copilotés par le département SHS ont abordé les grands thèmes suivants :

- Santé Environnement Santé Travail
- Déterminants sociaux de santé
- Sociétés innovantes : innovations, économie, modes de vie
- Apprentissages

Les programmes en coopération internationale

2007/2013 Appel à projets franco-allemand en sciences humaines et sociales en coopération avec la DFG

2009 Appel à projets franco-britannique en sciences sociales

2010 Programme quadrilatéral en Sciences sociales, « ORA - Open Research Area in Europe », création d'un espace de recherche ouvert entre la France, l'Allemagne, le Royaume-Uni et les Pays-Bas

2011 Appel à projets franco-québécois en Sciences humaines et sociales (en coopération avec le Fond Québécois de Recherche Société et Culture)
Appel à projets franco-japonais en Sciences humaines et sociales CHORUS (en coopération avec JSPS - Japan Society for the Promotion of Science -)

2012 - Appel à projets « ORA - Open Research Area in Europe » Edition 2011-2012
- Appel à propositions euro-indiennes en sciences sociales « ORA-Inde » (en coopération avec l'Allemagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et l'Inde – Indian Council of Social Science Research -)

2013 « ORA plus » en sciences sociales (Allemagne, Pays-Bas, Royaume-Uni, France, Etats-Unis – National Science Foundation),
ERA-NET NORFACE « Welfare State Futures »
Plateforme transatlantique (Europe-Amériques) et plateforme euro-indienne

Coopérations auxquelles se sont rajoutés, suivant les années, différentes ouvertures internationales bilatérales dans le cadre des programmes « non thématiques » (Taiwan, Hong-Kong, Roumanie, Luxembourg, Autriche,…).

BILAN DES APPELS A PROJETS IRESP « RECHERCHES SUR LES SERVICES DE SANTE » ET « TERRITOIRES ET SANTE »

En 2008 l'IReSP a lancé deux appels à projets thématisés en collaboration avec ses partenaires : le premier intitulé "Recherches sur les services de santé" et le second "Territoires et santé".

Appel à projets 2008 « Recherches sur les services de santé »

Contexte

En 2008, l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP), en partenariat avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), la Haute Autorité de Santé (HAS), la Mission Recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (MiRe-Drees), le Régime Social des Indépendants (RSI), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), a lancé un appel à projets de recherche sur le fonctionnement des services de santé. Sous ce terme général, on regroupe des travaux dont l'objectif est d'étudier les relations entre le fonctionnement des services de santé, la production de soins et l'état de santé des populations bénéficiaires des services.
Les recherches entreprises relèvent de plusieurs disciplines scientifiques, dont les disciplines de base de la santé publique, l'épidémiologie, les sciences humaines et sociales, l'économie, la gestion et le droit. Ce domaine de recherche, très développé dans les pays de culture anglo-saxonne et d'Europe du Nord, sous le terme de « Health Services Research », avait en revanche été peu soutenu en France, alors qu'il devait constituer un des axes privilégiés de la recherche en santé publique.

Objectif

L'appel à projets avait un objectif de structuration de ce milieu de recherche et d'incitation au développement en France de travaux scientifiques de qualité internationale sur le fonctionnement des services de santé et de soins. Il était ouvert à toute équipe de recherche relevant des disciplines scientifiques précitées, dès lors qu'elles proposaient des travaux qui répondaient à la définition du domaine : les recherches proposées devaient montrer comment elles contribuaient à la connaissance de la relation entre fonctionnement des services de santé et de soins et état de santé des bénéficiaires des services.
L'IReSP avait identifié trois perspectives d'analyse que les projets de recherche pouvaient adopter :

- approche centrée sur les comportements des acteurs (usagers et professionnels) ;
- approche centrée sur la régulation des services de santé et la production de sante ;
- aspects méthodologiques transversaux.

Projets financés

Dix projets de recherche (de 24 à 36 mois) ont été financés dans le cadre de cet appel à projets pour un montant total de 1 175 000€. Parmi ces dix projets, cinq sont présentés lors de ce colloque.
Les partenaires financeurs étaient les suivants : CNAMTS ; MiRe-Drees ; l'Inpes ; l'Inserm ; la HAS ; le RSI.

Valorisation des recherches financées

Dix huit publications émanant des résultats obtenus dans le cadre de ces projets ont déjà été recensées.

Appel à projets 2008 “Territoires et santé“

Contexte

La Direction Générale de la Santé (DGS), la Caisse Nationale de Solidarité pour l’Autonomie (CNSA), la Mission Recherche de la Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (MiRe-Drees), l’Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), l’Institut de Veille Sanitaire (InVS), l’Institut national de prévention et d’éducation pour la santé (Inpes), la Délégation Interministérielle à la Ville et l’Institut des Données de Santé se sont associés au sein de l’Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) pour lancer un appel à projets de recherche sur la thématique « territoires et santé » visant à contribuer au développement de recherches dans ce champ.

Objectif

Outre un cadre géographique et environnemental, le territoire recouvre des modes d’occupation et des formes d’appropriation humaine de l’espace. Ces dernières comportent à la fois une dimension relativement statique (les types d’habitat, les implantations industrielles et commerciales, les découpages agricoles, les voies de transport des personnes, de l’énergie…), et une dimension dynamique liée aux formes de déplacements des populations qui y vivent (notamment, dans un objectif de recours aux services). Ces deux dimensions évoluent dans le temps, selon les mouvements migratoires des populations, les projets d’aménagement des territoires concernés et l’évolution du tissu économique (par exemple : désindustrialisation du nord et de l’est, création de villes nouvelles, quartiers de la politique de la ville, etc...).

La santé, dans sa relation aux territoires, pouvait notamment être envisagée sous trois angles :

- l’exposition aux risques, quelle que soit leur nature, en lien avec la prévention et la promotion de la santé : les expositions individuelles et collectives varient et sont plus ou moins prises en compte dans l’aménagement, l’organisation et la gestion des territoires ;
- le recours au système de santé et aux soins, en lien avec l’organisation de l’offre : l’accessibilité et la qualité des services sont très liées au territoire d’appartenance ;
- le handicap et la dépendance, en lien avec l’aménagement de l’espace et avec les réponses en matière d’aide et de soutien : le vieillissement démographique et l’augmentation importante des maladies chroniques et des déficiences nécessitent une adaptation des territoires.

Trois axes de recherche avaient été identifiés :

- espaces, organisation sociale et santé ;
- gestion territoriale et santé ;
- nouvelles approches méthodologiques.

Projets financés

Neuf projets de recherche (de 24 à 36 mois) ont été financés pour un montant total de 793 320€, parmi lesquels deux sont présentés lors de ce colloque.
Les partenaires financeurs de cet appel à projets étaient les suivants : DGS ; MiRe-Drees, l’InVS.

Valorisation des recherches financées

Trente et une publications émanant des résultats obtenus dans le cadre de ces projets ont déjà été recensées.

Bilan scientifique des projets présentés lors du colloque « Vulnérabilités sanitaires et sociales »

Lors du colloque « Vulnérabilité sanitaires et sociales », les résultats de huit des projets sur les dix neuf financés dans le cadre de ces deux appels, particulièrement pertinents par rapport à la notion de vulnérabilité, seront présentés28. Les projets, dont les travaux seront présentés, peuvent être regroupés autour de trois grands thèmes :

- Les catégories de prise en charge : entre droit et politique ;
- Politiques et régulations : prévention, protection, accès aux soins ;
- Qualité des soins : pratiques et indicateurs, informations et responsabilité.

En mobilisant, la sociologie, l'épidémiologie, l'économie, les travaux conduits permettent d'explorer les transformations et les spécificités du système indemnisation des victimes d'accidents médicaux en France et dans plusieurs pays. Ils permettent également de mieux connaitre les relations entre les environnements de vie et la santé, mais aussi les différents déterminants de la qualité des soins que ceux-ci relèvent de la consultation médicale de ville, du dialogue médecin/patient, de l'accès à l'information des patients en fonction de leur niveau social.

Les catégories de prise en charge : entre droit et politique

Si les plaintes des patients peuvent contribuer à étudier les transformations du monde médical et de son contexte juridique, elles peuvent aussi être analysées en tant que telles, comme « opérations critiques formulées par les personnes pour penser l'anormalité de leur situation et attendre que quelques chose soit fait en retour ». Une enquête a été réalisée au sein des dispositifs de règlement amiable des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales créés par la loi du 4 mars 2002 sur la qualité des soins et les droits des malades.
Les résultats mettent en évidence que la loi de 2002 a reconfiguré le modèle français d'indemnisation des victimes en réaffirmant le principe de la faute comme mode d'accès des victimes à l'indemnisation par les professionnels de santé, tout en introduisant deux innovations avec la création d'un nouveau droit à l'indemnisation d'accidents médicaux « non fautifs » et la mise en place d'un dispositifs de règlement amiable alternatif à la saisie des tribunaux proposant l'accès à une expertise médicale gratuite pour le patient. Le modèle français apparait caractérisé par une articulation originale entre mise en responsabilité et mise en solidarité, alors que les Etats-Unis restent sur le standard de la faute et les pays scandinaves ou la Nouvelle Zélande ont adopté une solution alternative basée sur la notion d'évitabilité. (Barbot)

Politiques et régulations : prévention, protection, accès aux soins

Les relations entre les environnements géographiques de vie et la santé sont encore peu étudiées en France. L'analyse des données collectées dans l'étude RECORD 2007-2008, a permis d'explorer cette relation du point de vue de l'indice de masse corporelle et de la pression artérielle et ainsi de contribuer à identifier des populations à risques et des facteurs de risques.

[28] Les projets non présentés au cours de ce colloque feront l'objet d'un autre séminaire organisé par l'IReSP le 28 novembre prochain. Plus d'informations sur le site de l'IReSP (www.iresp.net).

Les travaux ont mis en évidence une corrélation entre le niveau socio-économique du quartier, particulièrement le niveau d'instruction des résidents et l'indice de masse corporelle, montrant des niveaux d'excès de poids accrus dans les quartiers défavorisés. La prévalence d'excès de poids tend à augmenter à mesure que l'on va de l'urbain central à l'urbain périphérique ou péri-urbain. De plus, les résultats montrent que les participants qui font leurs courses dans un supermarché hard discount et dans un supermarché attirant une clientèle peu instruite se trouvaient plus fréquemment en situation d'excès de poids. Cette association était particulièrement forte chez les participants qui avaient un faible niveau d'instruction. Les disparités territoriales d'obésité sont assez fortes en Ile de France pour donner lieu à des différences de pression artérielle observables entre quartiers favorisés et défavorisés. (Chaix)

Si la mortalité périnatale et maternelle a connu une baisse sensible jusqu'au début des années 2000, on observe une stagnation des résultats en France avec une augmentation du taux de prématurité depuis une dizaine d'année et une absence de diminution du taux de handicaps de l'enfant. En couplant des méthodes épidémiologiques et géographiques à des niveaux de territoires différents, les analyses réalisées ont mobilisé les données d'enquêtes nationales périnatales, les bulletins de naissance et de décès, des informations démographiques et socioéconomiques de l'INSEE et des données spatiales. L'analyse de la dimension spatiale dans le lien entre évaluation de la santé périnatale et accès aux soins a permis, notamment, de mettre en évidence des inégalités dans les risques d'accouchement prématuré, de mortinatalité et de mortalité néonatale selon le niveau socio-économique des communes de résidence des femmes enceintes. Si la proximité d'une maternité ne semble pas avoir d'effet significatif sur la santé périnatale analysée au niveau national, en revanche à une échelle plus fine, telle que la Bourgogne, les résultats montrent une liaison positive entre les taux de mortinatalité et de morbidité périnatale et les temps d'accès à la maternité la plus proche. Ces travaux montrent l'importance des variations socio-spatiales des facteurs de risque et de l'adaptation de l'échelle d'analyse pour mettre en évidence les déterminants des inégalités de santé. (Zeitlin, Blondel, Charreire, Drewniak, Le Vaillant, Amat-Roze, Combier)

■ Qualité des soins : pratiques et indicateurs, informations et responsabilité

Dans le cadre des politiques de maîtrise des dépenses de santé conduites depuis trente ans dans tous les pays développés, France incluse, les pouvoirs publics ont recours à différents mécanismes incitatifs. Certains de ces mécanismes visent les patients bénéficiaires de l'assurance-maladie : par exemple, le ticket modérateur en faisant reposer financièrement le reste à charge non remboursé par l'assurance maladie, c'est-à-dire une partie des dépenses médicales, directement sur le budget des ménages est censé inciter ces derniers à modérer leur consommation de biens et services de santé. D'autres mécanismes visent plutôt les professionnels de santé : alors que le paiement à l'acte tend à associer augmentation des prescriptions et augmentation des revenus directs du médecin prescripteur, un paiement par capitation (en fonction du nombre de patients desservis) tend à déconnecter revenus du médecin et comportements de prescription et peut être associé à des incitations financières où une augmentation de la consommation médicale de la patientèle se traduit négativement sur les revenus du médecin. S'il existe de nombreuses recherches en économie de la santé sur la façon dont différents mécanismes de tarification des actes et de rémunération des professionnels influent sur les décisions médicales et les comportements de prescription et peut engendrer de la variabilité face à des situations cliniques pourtant identiques, il existe peu de recherches sur la façon dont les patients anticipent les conséquences de ces différents mécanismes incitatifs sur leur propre prise en charge et sur les préférences de ceux-ci quant à différentes alternatives pour inciter à la maîtrise des dépenses.
Le projet RESPOM a combiné une approche théorique en économie formalisée et une analyse empirique fondée sur l'interrogation d'un échantillon de plus de 1000 individus confrontés à des choix alternatifs en matière d'incitations des patients et des professionnels à modérer la consommation de soins. Les résultats économétriques qui confirment pour l'essentiel les prédictions des hypothèses théoriques de comportements face aux incitations soulignent une forte différenciation des réactions en fonction du revenu du ménage. Les répondants situés vers le haut de l'échelle des revenus tendent à privilégier les incitations visant à une responsabilisation financière accrue des consommateurs de soins

alors que les répondants les plus pauvres préfèrent que la responsabilisation financière porte sur les professionnels, même au prix d'un risque de dégradation de la qualité des soins.
Dans le contexte actuel de crise économique, qui s'accompagne d'une aggravation des inégalités sociales d'espérance de vie et de l'émergence de problèmes d'accès aux soins pour raisons financières en dépit du financement socialisé de la Sécurité Sociale, ces résultats attirent l'attention sur le fait que les choix de mesure visant à la maîtrise des dépenses de santé sont loin d'être neutres et peuvent avoir, selon les modalités choisies, des conséquences différentes en matière d'aggravation des inégalités de santé. (Jelovac)

Les déterminants des prescriptions de médicament chez les médecins de ville sont peu explorés, notamment en raison de l'absence d'information concernant le diagnostic associé à la consultation. Parmi les résultats issus d'observations des comportements micro-économiques auprès d'un panel de 1900 médecins généralistes tirés des fichiers ADELI ont peut citer trois principaux résultats qui touchent à la santé publique et aux politiques de santé. Les décisions de remboursement peuvent avoir une influence sur l'augmentation du recours à un médicament, comme, par exemple, dans le cade d'un médicament anti-obésité. Le rythme de consultation apparait comme un facteur pronostic du recours à la prescription médicamenteuse et pourrait jouer sur la qualité de la décision médicale. L'analyse de l'impact des rémunérations à la performance, mises en application en médecine de ville par la convention médicale de l'assurance maladie, montre que les motivations extrinsèques doivent pour être efficaces, s'appuyer sur les motivations intrinsèques, par exemple, l'attachement au métier. (Ventelou)

Les inégalités demeurent, voire s'accroissent, dans des pays bénéficiant d'un accès aux soins facilité par une couverture sociale étendue et universelle. L'analyse du rôle du système de soin et plus particulièrement de la relation entre médecin généraliste et patient peut contribuer à éclairer cet apparent paradoxe.
L'observation de 242 consultations, dont 48 ont été suivies par des entretiens semi-directifs auprès des patient et des médecins met en évidence quatre résultats principaux. L'interaction entre patient et médecin oscille entre bienveillance, négociation et compétition des savoirs. Entre les deux types d'attitude des médecins, celle centrée sur la technique ou celle orientée sur le relationnel et le dialogue, les patients montrent un niveau de satisfaction plus important à l'égard de l'information sur leur état de santé et d'une écoute des symptômes rapportés, qu'à l'égard du relationnel. Les évocations du surpoids et des habitudes alimentaires et physiques n'apparaissent pas relever à part entière de la consultation tant pour les médecins que pour la majorité des patient interrogés, cette faible prise en compte renvoyant à la difficulté de la prise en compte de la prévention. Le genre du patient et du médecin joue un rôle sur le déroulé et le contenu de la consultation : les médecins femmes se démarquant par une activité d'écoute, de discussion plus intense et par un meilleur accord avec leurs patients sur les conseils relatifs à la nutrition et à l'activité physique. Le désaccord entre patient sans diplôme et patient plus âgés est plus important avec les médecins concernant la prise en charge des facteurs de risques cardio-vasculaires. (Schieber, Kelly-Irving)

Un accès effectif aux soins ne garantit par une égalité des soins prodigués. Comprendre comment le système de soin contribue à renforcer les inégalités existantes est d'autant important que la morbidité et la mortalité hospitalière est inversement corrélée avec le niveau social des patients. Une étude au CHU de Nantes auprès de patients hospitalisés et de l'équipe médicale chargée de son suivi (médecin référent et infirmière) a permit d'analyser différentes dimensions de la relation médecin-patient et de la satisfaction du patient.
Les résultats montrent, notamment, que la satisfaction vis-à-vis de la qualité des échanges avec les professionnels de santé est plus faible chez les patients précaires. Ceux-ci attendent plus de leur médecin des compétences relationnelles que des compétences techniques, alors que la relation s'inverse pour les patients en situation plus favorable. Les professionnels pensent que les patients « précaires » sont moins demandeurs d'informations médicales, quant à eux les patients « précaires » sont moins satisfaits des explications fournis à leur question par les personnels médicaux. Ces résultats

mettent en évidence l'existence d'une différenciation sociale d'accès à l'information à l'hôpital. Les patients « précaires » sont à la fois moins satisfaits de l'information médicale délivrée par les professionnels et moins en demande d'information. Les professionnels quant à eux, adaptent souvent leurs discours, mais surestiment la capacité perçue des compréhensions des patients et leurs difficultés sociales. (Moret)

LES PROJETS IRESP

Résultats des projets financés
dans le cadre des appels
« Recherches sur les services de santé »
et « Territoires et santé » (IReSP 2008)

Les catégories de prise en charge : entre droit et politique

L'analyse des plaintes des patients permet de comprendre la reconfiguration du modèle français d'indemnisation des victimes qui réaffirme le principe de faute comme mode d'accès des victimes à l'indemnisation par les professionnels de santé, tout en introduisant deux innovations : la création d'un nouveau droit à l'indemnisation d'accidents médicaux « non fautifs » et la mise en place d'un dispositif de règlement amiable alternatif à la saisie des tribunaux, proposant l'accès à une expertise médicale gratuite pour le patient. (Barbot)

L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en débats

(Recherches sur les services de santé - IReSP)

Barbot Janine, Cermes-3, INSERM
Parizot Isabelle, Centre Maurice Halbwachs, CNRS
Winance Myriam, Cermes-3, INSERM

Contexte

Depuis plusieurs années, les plaintes des patients concernant les préjudices liés à l'activité médicale constituent un objet d'investigation pour les sciences sociales en France dont l'émergence est liée aux transformations du monde médical, de son environnement économique, politique et juridique. Les plaintes des patients ont ainsi pu être interrogées sous l'angle de leur contribution à l'amélioration de la qualité des soins, à la modernisation des systèmes de santé, à la gestion des risques sanitaires et au renouveau des formes d'action publique en santé. Ces approches ont apporté un contre poids utile aux points de vue souvent formulés dans les débats publics autour de la montée de la figure du patient procédurier ou vindicatif, et de ses impacts toujours négatifs sur les pratiques des professionnels de santé. Rares sont les études qui se sont néanmoins intéressées à la plainte *en tant que telle* qui, indépendamment de sa traduction en information utile à tous, renvoie aux opérations critiques formulées par les personnes pour penser l'anormalité de leur situation et attendre que quelque chose soit fait en retour (obtenir une indemnisation, sanctionner un responsable, neutraliser des souffrances, etc.).

Objectifs

Notre programme de recherche avait pour objectif d'apporter, dans cette nouvelle perspective, une contribution à l'étude des plaintes et de leur traitement. Il s'agissait : (1) de réinterroger d'un point de vue socio-historique les transformations des formes d'accès à l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en France, et d'analyser les spécificités du « modèle français » au regard d'autres modèles nationaux (en vigueur aux Etats-Unis, dans les pays scandinaves, ou en Nouvelle-Zélande, notamment) ; (2) de mettre en œuvre une étude sociologique autour de la plainte, attentive à éclairer les profils des plaignants, les formes d'énonciation et d'évaluation de la plainte dans des dispositifs institués.

Méthodes

Une recherche documentaire a été mise en œuvre au niveau national (les débats et travaux parlementaires ont été étudiés sur la période 1970-2002) et international (une recension a été faite des articles publiés dans des revues scientifiques concernant les modes d'accès à l'indemnisation dans d'autres pays).

Une enquête a été conduite au sein du dispositif de règlement amiable des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales créé par la loi du 4 mars 2002 (sur la qualité des soins et les droits des malades). Ce dispositif constitue aujourd'hui un lieu central d'investigation de la plainte médicale en France. Dans cette enquête, trois questions ont été investiguées.

- Les données sur les *profils socio-économiques* des personnes qui se plaignent d'avoir été victimes de préjudices liés à l'activité médicale étaient jusqu'alors inexistantes en France. Nous avons analysé ces caractéristiques (en termes de sexe, d'âge, de niveau de revenus, etc.) concernant les 18.259 demandes déposées auprès du dispositif (2003-2009). Nous avons mis en lien ces caractéristiques avec des pratiques de recours particulières (recours à un avocat ou

non, délai de saisine du dispositif) et avec l'issue de la demande (accès ou non à une expertise gratuite, obtention d'un avis positif ou négatif d'indemnisation).

- Nous avons étudié les *formes d'énonciation de la plainte* : la manière dont les personnes s'adressent au dispositif, énoncent des griefs sur la qualité des soins qui leur ont été dispensés, et formulent des demandes en matière de réparation. Dans le dispositif amiable, les demandeurs sont libres de recourir ou non à un avocat. La plupart rédigent eux-mêmes une lettre expliquant leur demande, indépendamment des formats classiques du droit. Sur la base d'un échantillon de 807 lettres anonymisées, nous avons identifié différents styles de plaintes et différentes manières de mobiliser des ressources pour les faire valoir.
- Nous nous sommes intéressées, enfin, aux *formes d'évaluation de la plainte*, en étudiant notamment les différences entre experts dans la manière d'aborder le statut de la victime dans l'expertise, de construire les modalités de véridiction des plaintes, entre droit et médecine.

Ce programme de recherche a articulé méthodes qualitatives et quantitatives, approches historiques et comparatives.

Résultats scientifiques

Des résultats ont été produits concernant les différents aspects du programme. Dans le cadre de cette présentation, nous aborderons plus spécifiquement la question de la formation et des transformations des modèles d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, en mobilisant des données issues à la fois du travail socio-historique et comparatif, et de l'enquête menée au sein du dispositif de règlement amiable créé par la loi du 4 mars 2002.
Le choix d'un modèle d'indemnisation pour les victimes d'accidents médicaux n'est pas un choix purement technique, il a fait l'objet de trente ans de controverses publiques en France. Dans ces controverses, une diversité d'acteurs se sont confrontés (assureurs, associations de victimes, autorités publiques, notamment) autour de la manière d'aborder des questions essentielles : Comment penser dans nos sociétés la question des responsabilités et des modes de gestion des défaillances professionnelles ? Quelle valeur accorder à la sanction dans l'amélioration de la qualité des soins ? Sous quel mode et jusqu'à quel point envisager la prise en charge des personnes vulnérabilisées par les soins ?
Les choix politiques mis en œuvre dans la loi de 2002 ont profondément *reconfiguré* le modèle d'indemnisation des victimes de préjudices liés à l'activité médicale en France. Avant 2002, l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux pouvait être recherchée devant les tribunaux (ou dans le face-à-face entre la victime, le professionnel de santé et/ou son assureur). Dans la grande majorité des cas, il revenait aux patients ou à ses représentants de prouver qu'une « faute » avait été commise dans la conduite des soins. La loi du 4 mars 2002 a réaffirmé le principe de la faute comme mode d'accès des victimes à l'indemnisation par les professionnels de santé, tout en introduisant deux innovations majeures en faveur des personnes dont les dommages dépassent un certain seuil de gravité : (1) la création d'un nouveau « droit » à l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux « non fautifs » (au titre de la solidarité nationale) et (2) la mise en place en place d'un « dispositif » de règlement amiable, alternatif à la saisie des tribunaux, plus rapide et proposant l'accès à une expertise médicale gratuite pour le plaignant.

Nous avons resitué les objectifs de la loi (dé-judiciariser les soins, rétablir la confiance entre les différents acteurs de santé, réduire les inégalités sociales dans l'accès à l'indemnisation, exprimer la solidarité nationale à l'égard des victimes d'accidents aux conséquences graves) dans le contexte socio-historique qui a contribué à son adoption (la montée d'un mouvement plus général en faveur des « victimes », d'un courant doctrinal autour de la responsabilité sans faute). Nous avons analysé les spécificités du modèle français (aujourd'hui basé sur l'articulation originale entre *mise en responsabilité* et *mise en solidarité*) au regard de dispositifs d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux adoptés (ou discutés) dans d'autres pays, notamment : les Etats-Unis qui restent dans le tort system

basé sur le standard de la faute, les pays scandinaves et la Nouvelle-Zélande qui ont adopté une solution alternative basée sur la notion d'évitabilité.
Dix ans après l'entrée en vigueur du dispositif et du nouveau droit à l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux « non fautifs », les résultats issus de notre enquête au sein du dispositif de règlement amiable devront apporter une contribution aux débats que suscitent encore aujourd'hui la prise en charge des victimes d'accidents médicaux, les choix politiques et la philosophie de la réparation qu'elle sous-tend.

Productions scientifiques

BARBOT Janine, Isabelle PARIZOT & Myriam WINANCE. 2010 (CONFERENCE). Patients complaints. A study within an out-of-court settlement mechanism in France, *2ième Conférence Bilingue de la Société Canadienne pour la Sociologie de la Santé*, OTTAWA (CANADA).

WINANCE Myriam & Janine BARBOT. 2012 (CONFÉRENCE). The medical expertise of patients' complaints in the compensation processes. Analysing the assignment letter as a displacing tool from medicine to law. *Conférence Internationale 4S-EASST (Society for Social Studies of Sciences)*, COPENHAGUE (DANEMARK).

BARBOT Janine, Isabelle PARIZOT & Myriam WINANCE. 2013 (ARTICLE sous presse). No-fault compensation for victims of medical injuries. Ten years of implementing the French model. *Health Policy*.

Contacts et équipes

Coordinateur

Janine BARBOT, sociologue à l'INSERM, Cermes-3 : Centre de recherche médecine, sciences, santé, société, UMR8211/Inserm U988/Université Paris Descartes/EHESS, Villejuif.
barbot@vjf.cnrs.fr

Chercheurs participant au programme

Isabelle PARIZOT, sociologue au CNRS, CMH – Centre Maurice Halbwachs, CNRS/Ecole Normale Supérieure/EHESS, Paris.
isabelle.parizot@ens.fr
Myriam WINANCE, sociologue à l'INSERM, Cermes-3 : Centre de recherche médecine, sciences, santé, société, UMR8211/Inserm U988/Université Paris Descartes/EHESS, Villejuif.
winance@vjf.cnrs.fr

Autres participants

Isabelle CAILBAULT, ingénieure d'études, psychologue et chargée de terrain
Vanessa THERIN, ingénieure d'études
Rachid ZEMRI, technicien

Partenaires

Ce programme a été financé dans le cadre de l'Appel à projets « Recherches sur les services de santé » (conventions IRESP-2008 et HAS-2008). Il a également fait l'objet d'une convention de partenariat scientifique entre l'INSERM et l'ONIAM (Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des infections nosocomiales et des affections iatrogènes) pour la période 2008-2011.

Politiques et régulations : prévention, protection, accès aux soins

Les relations entre les environnements géographiques de vie et la santé sont encore peu étudiées en France. Les travaux présentés prennent en compte, d'une part, le lien entre les quartiers de vie et la santé, et, d'autre part, le lien entre l'accès aux soins pendant la grossesse et l'impact sur la santé périnatale. Ils montrent l'importance des variations socio-spatiales des facteurs de risque et l'importance d'adapter l'échelle d'analyse spatiale pour mettre en évidence les déterminants des inégalités de santé.

L'analyse des données collectées dans l'étude RECORD 2007-2008 a permis d'explorer cette relation du point de vue de l'indice de masse corporelle et de la pression artérielle et ainsi de contribuer à identifier des populations à risques et des facteurs de risques. (Chaix)

Dans le lien entre évaluation de la santé périnatale et accès aux soins, l'analyse de la dimension spatiale a, notamment, permis de mettre en évidence des inégalités dans les risques d'accouchement prématuré, de mortinatalité et de mortalité néonatale, selon le niveau socio-économique des communes de résidence des femmes enceintes. (Zeitlin, Blondel, Charreire, Drewniak, Le Vaillant, Amat-Roze, Combier)

Environnements géographiques de vie, mobilité quotidienne, et santé métabolique

(Territoires et santé – IreSP)

Basile Chaix,[a,b] Bruno Pannier,[c] Yan Kestens[d]

[a]Inserm, U707, Faculté de Médecine Saint-Antoine, 27 rue Chaligny, 75012, Paris, France
[b]Université Pierre et Marie Curie-Paris6, UMR-S 707, Faculté de Médecine Saint-Antoine, 27 rue Chaligny, 75012, Paris, France
[c]Centre d'Investigations Préventives et Cliniques, 6 rue La Pérouse, 75116 Paris, France
[d]Département de Médecine Sociale et Préventive, Université de Montréal, 1430 Boulevard Mont-Royal, Montréal, Québec, H2V 4P3, Canada

Malgré la littérature abondante existant pour de nombreux pays sur ces questions, très peu de travaux avaient été réalisés sur les relations entre les environnements géographiques de vie et la santé en France. Par ailleurs, les études réalisées à l'international présentaient un certain nombre de limites. En effet, la plupart d'entre elles sont exclusivement focalisées sur l'environnement résidentiel.

Enjeux et objectifs

Afin de contribuer à l'identification des populations ayant une santé métabolique moins favorable et de dégager de nouvelles pistes d'action prenant en compte des environnements de vie, nous avons étudié les relations entre de multiples facettes des environnements géographiques de vie et la pratique d'une activité physique, les problèmes de surpoids ou de masse grasse excessive, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, le diabète de type 2 et des recours aux soins associés à ces pathologies.

L'objectif était de conduire des travaux théoriques, méthodologiques et empiriques permettant de développer les connaissances sur les relations entre les quartiers de vie et la santé, encore largement inexistantes en France, et de contribuer à renforcer le niveau méthodologique des études à l'international sur différents aspects ciblés, particulièrement en tenant compte de la mobilité quotidienne des personnes dans l'étude des relations entre les environnements de vie et la santé.

Méthodes et approches

Les travaux se sont pour l'essentiel appuyés sur les données collectées dans le cadre de la première vague de l'Etude RECORD en 2007-2008. Dans ce cadre, 7290 participants avaient passé un bilan de santé préventif de la Sécurité Sociale et répondu à différents questionnaires.

Le présent projet a également consisté à développer des méthodes pour appréhender la mobilité dans les études environnement–santé. Ces méthodes ont été et sont actuellement mobilisées dans le cadre de la seconde vague de l'Etude RECORD (2011–…). Au 31 juillet 2013, 5319 participants ont été enquêtés dans le cadre de la seconde vague de l'étude, dont 3509 personnes déjà enquêtées lors de la première vague (taux de suivi provisoire : 48%) et 1810 nouveaux recrutés.

Résultats scientifiques

Travaux théoriques et méthodologiques sur la question des effets des environnements de vie sur la santé

Un des objectifs du projet était de réaliser une revue compréhensive de la littérature s'intéressant aux relations entre les caractéristiques des environnements géographiques de vie et les facteurs de risque métaboliques de maladies cardiovasculaires. Plus de 4000 résumés d'articles publiés entre 1985 et 2009 ont été examinés et 131 articles ont été étudiés en profondeur. Cette revue de littérature ([1]) a permis de décrire l'état de l'art en matière de mesure des expositions environnementales et de modélisation de leurs effets sur la santé, et de présenter un agenda de recherche empirique et méthodologique sur la question des effets des environnements de vie sur les facteurs de risque métaboliques. Seules 4% des 131 études ont tenu compte à la fois de l'environnement résidentiel et d'un autre environnement non-résidentiel fréquenté par les personnes.

A côté d'un ensemble de concepts innovants relatifs à la définition des quartiers (zones égo-centrées, environnements non-résidentiels, etc.), nous avons proposé différentes stratégies automatiques et manuelles de délimitation des quartiers de résidence qui ont été progressivement mises en œuvre au cours du projet ([2]). En préparation des travaux empiriques, nous nous sommes également intéressés aux « graphes acycliques orientés » appliqués à la question des effets de quartier,[3] dont on se sert pour présenter les relations entre les différentes variables d'analyse. Nous avons tout particulièrement insisté sur la question du nécessaire ajustement des associations entre caractéristiques spécifiques de l'environnement (par exemple, la présence de parcs, de restaurants fast-foods, etc.) et variables métaboliques (par exemple, indice de masse corporelle, tour de taille, tension artérielle, cholestérol, etc.) sur des facteurs généraux du contexte de résidence tels que le niveau socio-économique des quartiers.

La prise en compte de la mobilité quotidienne dans l'étude des effets des environnements de vie sur la santé a montré qu'il est possible de mesurer la mobilité quotidienne des participants à partir de différents outils complémentaires. D'une part, afin d'appréhender les expositions environnementales chroniques (subies sur une période relativement longue), un travail ([4]) a décrit le logiciel VERITAS d'enquête de la mobilité régulière que nous avons développé avec l'Université de Montréal et que nous utilisons dans la Cohorte RECORD. Cet article discute également de la question de la mesure du comportement spatial et de l'exposition aux environnements à partir de telles données de mobilité régulière. Par ailleurs, nous nous sommes intéressés aux méthodes d'utilisation des technologies GPS dans les études environnement – santé, approches qui devraient permettre d'appréhender certaines expositions environnementales subies sur une plus courte période ([5]). Contrairement à l'approche dominante en santé publique, nous proposons de tenir compte des développements récents dans le champ de la science des transports, et notamment de combiner un suivi par GPS et accéléromètre à une enquête de mobilité précise sur la période de recueil[1].

Mécanismes de sélection dans le recrutement de la Cohorte RECORD

La Cohorte RECORD n'ayant pas été constituée par échantillonnage préalable, il était important de s'intéresser aux mécanismes de sélection qui sont intervenus dans le recrutement. A titre d'exemple, nous avons cherché à voir dans quelle mesure ces phénomènes de sélection pouvaient perturber les

[1] Ces innovations méthodologiques ont également été décrites dans un article paru suite au Premier Colloque de l'Institut de Santé Publique.([6])

relations d'intérêt entre niveau socio-économique du quartier et prévalence du diabète de type 2 ([7]). Un travail de modélisation combinant les données de la Cohorte RECORD et celles du Recensement de Population a permis de montrer qu'il existait sur notre territoire d'étude des variations importantes entre quartiers du taux de participation des populations à l'Etude RECORD. Nous avons notamment trouvé que les populations qui habitaient loin des centres de santé participant au recrutement, celles qui avaient un faible niveau d'instruction, celles qui habitaient dans des quartiers défavorisés et celles qui résidaient dans des quartiers à forte densité de population avaient des chances moindres de participer à l'Etude RECORD. Par ailleurs, nous avons observé que ces effets de sélection perturbaient la relation identifiée entre niveau d'instruction moyen du quartier et prévalence du diabète de type 2. Une modélisation s'intéressant simultanément aux déterminants contextuels de la participation à l'étude et aux déterminants contextuels du diabète a montré qu'il était en partie possible de corriger les biais induits.

Lien entre environnement résidentiel et excès de poids : rôle du niveau d'instruction, de l'environnement physique ou de service, etc.

Différents travaux ont été réalisés sur les relations entre contexte de résidence et indice de masse corporelle ou tour de taille (Cinira Leal). Un premier travail ([8]) a mis en évidence des associations entre le niveau socio-économique du quartier, particulièrement le niveau d'instruction des résidents du quartier, et l'indice de masse corporelle ou le tour de taille : on constate des niveaux d'excès de poids accrus dans les quartiers défavorisé. De tels effets persistaient après ajustement sur les caractéristiques socio-économiques des individus. Sur le plan méthodologique, nous nous sommes confrontés à une difficulté largement discutée dans la littérature qui est de savoir si les données disponibles, du fait de l'amplitude de la ségrégation sociale des populations dans l'espace, permettent véritablement d'estimer des associations entre caractéristiques socio-économiques des quartiers et variables de santé ajustées sur les caractéristiques socio-économiques des individus. Un appariement des personnes exposées et non exposées sur la base d'un score de propension à être exposé a confirmé qu'une telle association pouvait être estimée sur notre territoire d'étude sans extrapolation excessive des modèles.

Les effets de l'environnement de résidence sur la prévalence de l'obésité on été analysés en tenant compte, au-delà du seul niveau socio-économique des quartiers, d'un grand nombre de ressources environnementales ou expositions environnementales relatives à l'environnement physique, à de services et d'interactions sociales. Au-delà des effets du niveau socio-économique du quartier, la prévalence des problèmes d'excès de poids tendait à augmenter à mesure que l'on va de l'urbain central à l'urbain périphérique et au péri-urbain (relation inverse entre densité et excès de poids). Toutefois, utilisant une méthode statistique d'appariement innovante, nous avons montré qu'il n'était pas possible de dire à quelle composante de l'environnement urbain cette association était imputable : densité de population, densité du bâti, densité de services, etc. (Cinira Leal ([9]))

L'équipe a conduit une troisième étude ([10]) sur les déterminants de l'indice de masse corporelle et du tour de taille, tenant compte du supermarché dans lequel les participants faisaient la majorité de leurs courses alimentaires. Ayant géocodé le supermarché de 7131 participants de l'étude, nous avons trouvé, après avoir tenu compte du quartier de résidence, que deux participants qui faisaient leurs courses dans le même supermarché avaient un indice de masse corporelle et un tour de taille plus comparables que deux participants qui faisaient leurs courses dans des supermarchés différents. Se surajoutant aux effets du niveau d'instruction individuel et du niveau d'instruction des résidents du quartier, nous avons observé que les participants qui faisaient leurs courses dans un supermarché hard discount et dans un supermarché qui attirait une clientèle peu instruite se trouvaient plus fréquemment en situation d'excès de poids. L'association entre le fait de faire ses courses dans un

supermarché hard discount et un indice de masse corporelle et un tour de taille plus élevés était particulièrement forte chez les participants qui avaient un faible niveau d'instruction29.

Niveau socio-économique du quartier, niveau d'instruction et pression artérielle

Nous avons observé que les pressions artérielles systolique et diastolique des participants étaient négativement associées, et de façon non négligeable, avec le niveau socio-économique du quartier de résidence, même après que l'on ait tenu compte des caractéristiques socio-démographiques des résidents ([11]). Des analyses de médiation réalisées à partir de la méthode d'analyse des cheminements ont indiqué que les problèmes d'excès de poids étaient le principal facteur médiateur intervenant dans la relation entre niveau d'instruction et pression artérielle. Ce facteur intermédiaire était le principal médiateur, de l'association à la fois du niveau d'instruction individuel et du niveau d'instruction du quartier avec la pression artérielle. Cette étude nous a amené à la conclusion que les disparités territoriales d'obésité en Île-de-France sont assez fortes pour donner lieu à des différences de pression artérielle observables entre quartiers favorisés et défavorisés.

Au-delà du niveau socio-économique du quartier, de multiples caractéristiques de l'environnement physique, de l'environnement de services et de l'environnement d'interactions sociales en relation à la pression artérielle des participants ont pu être analysé grâce à la base RECORD ([12]) (Andrea van Hulst) Une typologie de quartiers constituée à partir d'un grand nombre de facteurs a permis d'identifier six types de quartiers différents (deux quartiers urbains centraux, deux quartiers urbains périphériques et deux quartiers péri-urbains, à chaque fois avec des interactions sociales soit dégradées, soit favorables). Après avoir tenu compte du niveau socio-économique individuel et du niveau socio-économique du quartier, les travaux ont montré que les participants qui habitaient dans des quartiers urbains centraux présentant des interactions sociales dégradées avaient une pression artérielle systolique plus élevée. Différemment, il a été observé que la pression artérielle diastolique, après ajustement sur le niveau socio-économique, augmentait à mesure que le degré d'urbanisation du quartier de résidence diminuait[30].

Déterminants spatiaux de l'activité physique récréative et utilitaire

Le projet a également permis d'étudier les déterminants de la pratique du jogging, activité physique informelle ne nécessitant pas d'équipement sportif, de différentes activités sportives formelles recourant à un équipement et de l'activité physique liée au transport (Noëlla Karusisi). La présence d'espaces verts et ouverts de qualité augmentait les chances d'avoir pratiqué du jogging au cours des 7 jours précédant l'enquête ainsi que les chances d'avoir joggé dans son quartier plutôt qu'en dehors de son quartier ([15]). De plus, il a été observé qu'une forte cohésion sociale au sein du quartier augmentait la probabilité de jogger.

Concernant la pratique de sports qui requièrent de recourir à un équipement sportif (sports collectifs, sports de raquettes, natation et aquagym, fitness), le fait d'habiter dans un quartier à haut revenu médian était associé à une probabilité plus élevée d'avoir pratiqué un sport de raquettes ou du fitness. En termes d'accessibilité spatiale aux équipements, seule l'accessibilité à une piscine augmentait la probabilité de pratiquer de la natation ou de l'aquagym, les trois autres sports investigués n'étant pas impactés par l'accessibilité spatiale aux équipements correspondants ([16]).

---

[29] Suite à la fin de la thèse de Cinira Leal, Antoine Lewin, financé pour trois ans de thèse par la Région Île-de-France, poursuit les travaux de l'équipe sur les déterminants contextuels des problèmes d'excès de poids. Les directions innovantes de son travail sont, d'une part de tenir compte de la masse grasse des participants mesurée par impédancemétrie, et d'autre part de s'intéresser, en plus du quartier de résidence, aux expositions dans l'environnement géographique de travail et au secteur économique de travail des personnes (tels qu'appréhendés à partir des données de l'Assurance Vieillesse appariées à la Cohorte RECORD au niveau individuel).

[30] Un autre projet en cours s'intéresse aux relations entre bruit des transports et hypertension artérielle ([13]). Nos travaux sur les relations entre les environnements de vie et la santé cardiovasculaire se sont également intéressés à la fréquence cardiaque au repos. ([14])

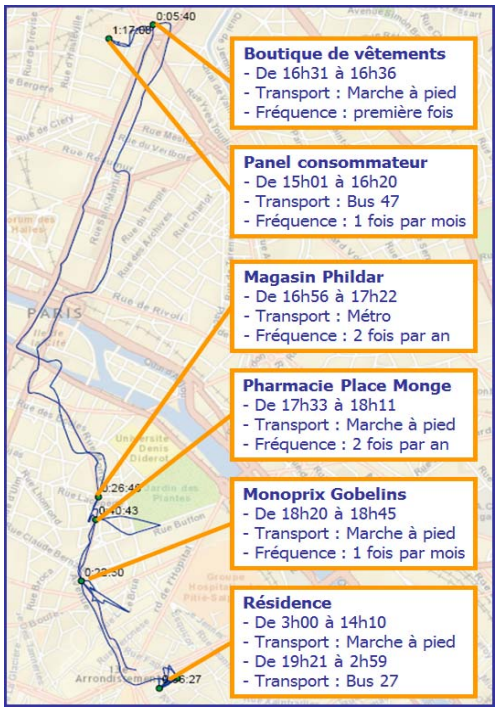
Les variables associées à la marche récréative[31] comprenaient des facteurs environnementaux motivationnels (présence de services à proximité du logement), des facteurs augmentant la capacité à marcher (présence d'espaces verts et ouverts, accès aux transports en commun) et des facteurs contribuant au caractère agréable ou désagréable du quartier (niveau d'instruction du quartier, exposition au trafic aérien, stigmatisation du quartier).
Enfin, un travail a été réalisé sur les déterminants environnementaux de la marche utilitaire (transport). Une originalité de ce travail est de tenir compte des caractéristiques environnementales, non pas seulement au niveau du lieu de résidence, mais également au niveau du lieu de travail et du supermarché utilisé par les personnes et au niveau des trajets jusqu'à ces deux lieux. Une densité élevée de destinations à la fois à proximité du lieu de résidence et du lieu de travail augmentaient le temps de marche réalisé dans le cadre du transport.

Perspectives

Dans le cadre de la seconde vague de l'étude, les participants sont rappelés au Centre d'Investigations Préventives et Cliniques pour une nouvelle série d'examens et d'enquête, ce qui permettra de conduire des analyses longitudinales sur les relations entre environnement et risque métabolique.

[31] L'analyse portait sur le fait d'avoir pratiqué ou non un épisode de marche récréative au cours des 7 derniers jours, du temps de marche récréative et de la localisation de l'épisode de marche récréative (rapportée par questionnaire : dans ou hors du quartier).

En collaboration avec le Département de Médecine Sociale et Préventive de l'Université de Montréal, nous avons développé une application informatique permettant de recueillir des informations précises sur les différents lieux auxquels les participants se rendent régulièrement dans le cadre de leurs activités quotidiennes (voir figure ci-contre). Pour les 5315 participants déjà enquêtés, cette application a permis de géocoder plus de 72000 lieux d'activité. Ces données vont permettre de mieux tenir compte du comportement spatial des personnes dans les études des effets de l'environnement sur la santé.[17]



Une autre composante de la seconde vague de l'étude est de collecter, pour un sous-ensemble de participants, des données de mobilité à partir de GPS et d'accéléromètres, que les participants sont invités à porter à la hanche pendant 7 jours. Une originalité de cette étude est de procéder, à l'issue de la période de port, à une enquête de mobilité complète des activités pratiquées aux différents lieux et des modes de transport employés entre ces lieux à partir d'une autre application informatique. Ainsi qu'illustré sur la figure ci-contre, de telles données nous permettent, d'une part de progresser dans la mesure des expositions environnementales subies au cours des trajectoires quotidiennes, et d'autre part d'étudier lesdéterminants individuels et contextuels des habitudes de transport et de l'activité physique liée au transport.

Productions scientifiques issues du projet

1. Leal C, Chaix B. The influence of geographic life environments on cardiometabolic risk factors: a systematic review, a methodological assessment and a research agenda. *Obes Rev*. 2011;12:217-230.
2. Chaix B, Merlo J, Evans D, et al. Neighbourhoods in eco-epidemiologic research: delimiting personal exposure areas. A response to Riva, Gauvin, Apparicio and Brodeur. *Soc Sci Med*. 2009;69:1306-10.
3. Chaix B, Leal C, Evans D. Neighborhood-level Confounding in Epidemiologic Studies: Unavoidable Challenges, Uncertain Solutions. *Epidemiology*. 2010;21:124-127.
4. Chaix B, Kestens Y, Perchoux C, et al. An interactive mapping tool to assess individual mobility patterns in neighborhood studies. *Am J Prev Med*. 2012;43:440-450.
5. Chaix B, Meline J, Duncan S, et al. GPS tracking in neighborhood and health studies: A step forward for environmental exposure assessment, a step backward for causal inference? *Health Place*. 2013;21C:46-51.
6. Chaix B, Meline J, Duncan S, et al. Neighborhood environments, mobility, and health: Towards a new generation of studies in environmental health research. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2013;61 Suppl 3:S139-45.
7. Chaix B, Billaudeau N, Thomas F, et al. Neighborhood effects on health: correcting bias from neighborhood effects on participation. *Epidemiology*. 2011;22:18-26.
8. Leal C, Bean K, Thomas F, et al. Are associations between neighborhood socioeconomic characteristics and body mass index or waist circumference based on model extrapolations? *Epidemiology*. 2011;22:694-703.

9. Leal C, Bean K, Thomas F, et al. Multicollinearity in the associations between multiple environmental features and body weight and abdominal fat: using matching techniques to assess whether the associations are separable. *Am J Epidemiol*. 2012;175:1152-1162.
10. Chaix B, Bean K, Daniel M, et al. Associations of supermarket characteristics with weight status and body fat: a multilevel analysis of individuals within supermarkets (RECORD Study). *PLoS One*. 2012;7:e32908.
11. Chaix B, Bean K, Leal C, et al. Individual/neighborhood social factors and blood pressure in the RECORD Cohort Study: which risk factors explain the associations? *Hypertension*. 2010;55:769-775.
12. Van Hulst A, Thomas F, Barnett TA, et al. A typology of neighborhoods and blood pressure in the RECORD Cohort Study. *J Hypertens*. 2012;30:1336-46.
13. Havard S, Reich BJ, Bean K, et al. Social inequalities in residential exposure to road traffic noise: An environmental justice analysis based on the RECORD Cohort Study. *Occup Environ Med*. 2011;68:366-74.
14. Chaix B, Jouven X, Thomas F, et al. Why socially deprived populations have a faster resting heart rate: impact of behaviour, life course anthropometry, and biology - the RECORD Cohort Study. *Soc Sci Med*. 2011;73:1543-1550.
15. Karusisi N, Bean K, Oppert JM, et al. Multiple dimensions of residential environments, neighborhood experiences, and jogging behavior in the RECORD Study. *Prev Med*. 2012;55:50-55.
16. Karusisi N, Thomas F, Meline J, et al. Spatial accessibility to specific sport facilities and corresponding sport practice: the RECORD Study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2013;10:48.
17. Perchoux C, Chaix B, Cummins S, et al. Conceptualization and measurement of environmental exposure in epidemiology: accounting for activity space related to daily mobility. *Health Place*. 2013; in press.

Projet IRESP : Déterminants contextuels des facteurs de risque métaboliques et des recours aux soins associés : un redoublement du risque dans les quartiers défavorisés ? (RECORD)

Coordinateur

Basile Chaix, UMR-S 707 - Epidémiologie, Systèmes d'Information, Modélisation, Inserm - Université Pierre et Marie Curie, Paris
chaix@u707.jussieu.fr

Partenaires

Bruno Pannier, Centre d'Investigations Préventives et Cliniques, Paris
brpannier@gmail.com
Yan Kestens, Département de Médecine Sociale et Préventive de l'Université de Montréal
yan.kestens@umontreal.ca

Participants au projet

UMR-S 707
Basile Chaix, Cinira Leal, Sabrina Havard, Noëlla Karusisi, Camille Perchoux, Hady Kaba, Nathalie Billaudeau

Centre IPC
Bruno Pannier, Frédérique Thomas, Kathy Bean

Université de Montréal
Yan Kestens, Camille Perchoux, Benoît Thierry
www.record-study.org

Contexte socio-spatial et accès aux soins pendant la grossesse : impact sur la santé périnatale en France

(Territoires et santé – IreSP)

J Zeitlin[1], B Blondel[1], H Charreire[2], N Drewniak[1], M LeVaillant[4], JM Amat-Roze[2], E Combier[3]

1. U953 - Recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes, Inserm, Paris
2. Lab-Urba, Université Paris-Est Créteil, Institut d'Urbanisme de Paris, Créteil
3. Cellule d'évaluation des réseaux de soins, CHU - Hôpital du Bocage, Dijon
4. CERMES3, UMR 8211-U988, CNRS, INSERM, Université Paris Descartes, EHESS, Villejuif

Après une baisse sensible de la mortalité périnatale et de la mortalité maternelle jusqu'au début des années 2000, les résultats stagnent en France. La mortalité infantile a peu baissé depuis 2005, alors qu'elle diminue dans d'autres pays européens. De plus, on observe une augmentation du taux de prématurité depuis 10 ans. Quant aux handicaps de l'enfant, dont 90% sont d'origine périnatale ou malformative, ils touchent près de 1% des enfants et ne diminuent pas sensiblement.

Des inégalités sociales et géographiques pourraient contribuer aux mauvais résultats relatifs de la France. Le fait que les déterminants sociaux de la santé agissent à l'échelle de l'individu et à celle de son lieu de résidence est un fait établi aujourd'hui en épidémiologie sociale, mais ceci a rarement été étudié en France, en médecine périnatale. De plus, au cours de la dernière décennie, il y a eu d'importantes mutations de l'offre de soins provoquées par la régionalisation des soins périnatals et la restructuration des maternités – en particulier la fermeture de plus d'un quart des maternités entre 2000 et 2010. Ces restructurations et leur impact pourraient varier selon le contexte social et organisationnel du lieu de résidence des femmes.

Enjeux et objectifs

Ce projet vise à intégrer une dimension spatiale à l'évaluation de la santé périnatale et de l'accès aux soins, en mettant l'accent sur deux aspects du contexte: les inégalités sociales et l'organisation des soins. Nous avons 3 objectifs spécifiques (1) mettre en évidence les variations spatiales de la santé périnatale et étudier le lien entre les indicateurs de santé et les caractéristiques sociales, collectives et individuelles des femmes enceintes ; (2) évaluer l'impact de l'organisation des services de santé sur le recours aux soins périnatals et les résultats de santé en analysant les données disponibles sur l'implantation géographique des structures de soins (3) et d'élaborer, en s'appuyant sur les études mises en œuvre pour la réalisation des objectifs 1 et 2, un outil d'information qui permette de repérer les inégalités de santé périnatale liées aux caractéristiques des territoires de vie (environnements de résidence), d'aider à l'élaboration des schémas d'organisation des services de santé périnatale et d'évaluer l'impact des restructurations du système de santé sur la qualité des soins périnataux.

Méthodes et approches

Pour répondre à ces objectifs, nous avons utilisé des méthodes épidémiologiques et géographiques à des niveaux de territoire différents (national et régional). Les données proviennent de bases de données disponibles en routine sur les naissances : les enquêtes nationales périnatales (ENP) de 2003 et 2010, les bulletins de naissance et décès de l'état civil et les certificats de décès néonatals du CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales décès, Inserm) de 2001 à 2009 et le PMSI 'élargi' du Réseau Périnatal de Bourgogne de 2000 à 2009. Nous y avons joint des informations démographiques et socioéconomiques provenant du recensement national de la population et des revenus fiscaux des

ménages de l'INSEE, ainsi que des données spatiales sur les distances entre le domicile des femmes enceintes et les maternités. L'échelle d'analyse était la commune pour l'ENP et les données de l'état civil, le code postal pour le PMSI 'élargi'.

Au niveau national, nous avons étudié l'impact de l'environnement social sur le risque d'accouchement prématuré (naissance avant 37 semaines d'aménorrhée (SA)) à partir de l'ENP et sur la mortalité fœtale (décès avant la naissance à partir de 22 SA) et néonatale (décès avant 28 jours de vie après une naissance vivante) à partir des données de l'état civil et du CépiDdc en prenant en compte le contexte spatial dans des modèles multiniveaux. Nos analyses ont également porté sur l'impact de la longueur du trajet entre le domicile des femmes enceintes et les maternités les plus proches et la mortalité. En Bourgogne, nous avons analysé les modifications des pratiques spatiales des femmes liées à la fermeture de maternités et l'impact des temps de trajet longs sur les indicateurs de morbidité et de mortalité. Pour les analyses au niveau national, les distances étaient estimées en utilisant le réseau routier et le logiciel SIG (Système d'Information Géographique) Arc View 9.3.1 (ESRI, Redlands, CA, USA). En Bourgogne, les temps de trajet ont été calculés en utilisant l'extension CHRONOMAP© du logiciel MAPINFO© et le réseau routier numérisé IGN500®.

Résultats scientifiques

Lieu de résidence, niveau socio-économique et risques périnatals

Notre étude a mis en évidence des inégalités dans les risques d'accouchement prématuré, de mortinatalité et de mortalité néonatale selon le niveau socio-économique des communes de résidence des femmes enceintes. Selon nos résultats, les femmes qui vivent dans les communes avec un pourcentage élevé de chômage, de ménages non-propriétaires, sans voiture et monoparentaux ont un risque accru de mauvais résultats de santé périnatale. L'excès de risque lié au lieu de résidence est de l'ordre de 40% pour les 20% des femmes qui vivent dans les communes les plus défavorisées, comparativement aux 20% de femmes qui vivent dans les communes les plus favorisées. Une partie de cet excès de risque s'explique par les caractéristiques socio-économiques des femmes, mais pour la prématurité, un excès de risque de 20 à 30% lié à l'environnement résidentiel persiste après prise en compte d'un grand nombre de facteurs sociaux individuels. De plus, les facteurs de risque connus en périnatalité pour avoir un impact négatif sur les résultats de santé – et en particulier un suivi insuffisant pendant la grossesse – sont également liés aux caractéristiques socio-économiques des communes.

Inégalités socio-géographiques de santé périnatale différentes de celles observées pour les adultes

Les contours des inégalités socio-géographiques de santé périnatale mis en évidence dans cette étude ne sont pas les mêmes que ceux observés pour la mortalité des adultes. Certains indicateurs qui permettent d'identifier des territoires à risque élevé de mortalité évitable chez les hommes et les femmes adultes ne sont pas pertinents pour identifier ceux où l'on enregistre un nombre d'enfants prématurés ou de décès fœtaux ou néonatals supérieur à celui attendu. En particulier, les communes qui comptent un fort taux d'ouvriers dans leur population présentent un risque de mortalité plus élevé chez les adultes (imputable en partie au tabagisme et à l'alcool), mais les taux de prématurité et de mortalité périnatale n'y sont pas plus importants qu'ailleurs.

Risques périnatals et proximité d'une maternité : quelles échelles d'analyse ?

Au niveau national, nous n'avons pas trouvé que la distance à la maternité la plus proche soit un déterminant de la mortalité fœtale ou néonatale. Pendant la période étudiée, 7% des femmes qui ont accouché vivaient à 30km ou plus d'une maternité et 1% à ≥ 45 km. Les taux de mortalité fœtale et

néonatale étaient plus élevés chez les femmes vivant à moins de 5 km d'une maternité. En taux brut, la mortalité fœtale était plus élevée pour les femmes vivant à ≥ 45 kilomètres d'une maternité par rapport à celles vivant entre 5 et 45 km. Cependant, après ajustement sur les caractéristiques démographiques des femmes (âge, parité) et celles des communes de résidence (chômage, pourcentage des familles monoparentales, pourcentage des résidents nés à l'étranger), une longue distance à une maternité n'avait plus d'impact sur la mortalité. Par contre, les femmes vivant près d'une maternité continuaient à avoir un risque plus élevé de mortalité néonatale. Ce résultat pourrait refléter l'emplacement des maternités dans les zones défavorisées présentant une fréquence élevée de facteurs de risque périnatals. Dans nos modèles les caractéristiques socioéconomiques des communes étaient associés à la mortalité fœtale et néonatale. Cette étude complète nos travaux sur les inégalités sociales en montrant la concentration de ces facteurs de risque dans des zones très urbaines.

Intégrer une dimension spatiale à l'évaluation de la santé périnatale et de l'accès aux soins

Si la distance ne semble pas être un problème au niveau national, les résultats peuvent être très différents pour les régions de France avec des populations rurales et isolées et qui ont subi de fermetures importantes de maternités. En Bourgogne, les résultats de l'étude montrent une liaison positive entre les taux de mortinatalité et de morbidité périnatale et les temps d'accès à la maternité la plus proche. Celle-ci persiste après ajustement sur les données individuelles et les caractéristiques environnementales. On retrouve cette corrélation positive avec les taux de liquide amniotique méconial et d'anomalies du RCF, d'accouchements inopinés hors hôpital qui sont des facteurs de risque de mortalité et de morbidité. Cette étude, dans une région avec des zones enclavées difficiles d'accès, souligne à la fois l'apport et à la nécessité d'intégrer une dimension spatiale à l'évaluation de la santé périnatale et de l'accès aux soins. Le contraste entre les résultats de cette étude et celle faite au niveau national illustre l'importance de l'échelle d'analyse pour des questions liées à l'organisation des soins. Enfin, il s'agit de la première fois qu'une étude ait mis en évidence en France un impact des temps de trajets longs sur les indicateurs de santé périnatale.

Identifier les indicateurs pertinents

Ce projet a apporté de nouvelles connaissances sur les associations qui existent entre la santé périnatale et l'environnement socio-économique et l'organisation territoriale de l'offre de soins obstétricaux. Tout d'abord le lien entre les caractéristiques sociales des communes et la santé périnatale n'avait été que peu étudié jusqu'alors en France. Ces résultats ont un intérêt au niveau international en raison de la politique active de la France dans le domaine de la périnatalité et de l'existence d'une couverture sociale universelle pour les femmes enceintes. Nos résultats sur les variations socio-spatiales des facteurs de risque constituent également un apport nouveau à la littérature internationale. Plus généralement, ce projet démontre que les informations sur le contexte de résidence des femmes enceintes sont essentielles à prendre en compte lors de l'étude de la santé périnatale en France. À une période où s'engage en France un débat sur la manière de surveiller de façon régulière les inégalités de santé à partir des indicateurs écologiques, nos résultats sur la spécificité des associations avec les issues périnatales rappellent l'importance d'identifier les indicateurs adaptés à la problématique de santé étudiée. Enfin, les informations socio-spatiales sont également nécessaires à l'estimation, sur une population, des besoins pour les femmes enceintes et de leurs nouveau-nés.

Perspectives

L'apport du projet en termes d'action est multiple. Dans un premier temps, nos résultats suggèrent que des actions pour améliorer l'organisation du système de soins pourraient atténuer des inégalités socio-spatiales de santé périnatale. Les résultats liant distance et état de santé périnatale en Bourgogne en sont un exemple. Nous avons également observé que les communes avec des taux de prématurité et

de mortalité élevés étaient également celles où le suivi insuffisant des femmes enceintes était le plus fréquent. Ce résultat est révélateur d'un dysfonctionnement du système de prise en charge dans les zones ou les besoins sont les plus aigus.

L'existence d'un effet de l'environnement socio-économique, indépendamment des caractéristiques sociales individuelles, soulève des questions qui devraient orienter les recherches futures sur la santé périnatale dans ces zones à risque. Il sera souhaitable à ce titre de pouvoir travailler à d'autres échelles géographiques, plus fine, en particulier en zone urbaine (IRIS, par exemple).

Nos études montrent également les possibilités de surveillance et d'évaluation des politiques de santé qui existent à partir des données recueillies en routine. Par exemple, les futures enquêtes nationales périnatales pourraient être analysées de la même manière permettant ainsi d'appréhender les changements liés à l'évolution des facteurs sociaux et organisationnels dans le temps. Plus globalement, ce travail a fourni une méthodologie qui facilitera l'évaluation des effets respectifs des facteurs de risque sociaux et des restructurations de l'offre de soins sur la santé périnatale en France. En utilisant les mêmes méthodes, les décideurs (santé publique, aménagement du territoire) seraient en mesure de proposer des réorganisations adaptées et efficaces, qui minimisent les risques pour la population, lorsque la décision de fermer une structure a été prise. Enfin, nos résultats nous ont amenés à faire des propositions concrètes pour l'amélioration du système d'information français sur la santé périnatale.

Productions scientifiques

Séminaire organisé dans le cadre du projet

Nous avons organisé un séminaire le 19 juin 2012 ayant pour thème « Intégrer les données existantes pour étudier des inégalités de santé périnatale ». Ce séminaire avait pour objectif de présenter les inégalités socio-territoriales de santé périnatale en France mises en évidence au cours de ce projet et d'engager une réflexion sur la capacité de nos systèmes d'information à fournir des données nécessaires à l'évaluation et à la surveillance de ces inégalités. Les principales sources d'information retenues pour ce séminaire étaient le PMSI, l'état civil, les certificats de causes de décès, le premier certificat de santé et l'Enquête nationale périnatale. Une quarantaine de personnes qui produisent ou utilisent ces données ont participé à ce séminaire.

Publications

H Charreire, E Combier, F Michaut, C Ferdinus, B Blondel, N Drewniak, M LeVaillant, H Pilkington, JM Amat-Roze, J Zeitlin. Une géographie del'offre de soins en restructuration : les territoires des maternités en Bourgogne. Cahiers de géographie du Québec, numéro thématique Géographie de la santé. 2011. 55 (156).

Articles en préparation

E Combier, H Charreire, M Le Vaillant, F Michaut, C Ferdynus, JM Amat-Roze, JB Gouyon, C Quantin, J Zeitlin. Perinatal health inequalities and accessibility of maternity services in a rural French region: Closing maternity units in Burgundy. Health and Place (en revision)

H Pilkington, B Blondel, N Drewniak, H Charreire, E Combier, J Zeitlin. Does distance to the nearest maternity unit, urban-rural residence and social context affect perinatal mortality in France. European Journal of Public Health (en revision)

J Zeitlin, N Drewniak, E Combier, M Levaillant, H Charreire, S Rican, B Blondel. The impact of community-level socioeconomic indicators on preterm birth and its risk factors in France (en préparation)

J Zeitlin, N Drewniak, B. Blondel. Are socio-spatial disparities in neonatal mortality and its causes the same for singletons and multiples? A studyfrom France (en préparation)

Conférences et présentations

J Zeitlin, N Drewniak, B. Blondel. Inégalités socio-spatiales de mortalité néonatale parmi les naissances uniques et multiples. Congrès de l'ADELF Bruxelles 2012, Rev Epidem Santé Publ 2012;60S:92.

J Zeitlin, N Drewniak, B. Blondel Are socio-spatial disparities in neonatal mortality the same for singletons and multiples? A study from France. Poster présenté à la Society for Pediatric and Perinatal Epidemiological Research Annual Meeting.Minneapolis, 27 juin.

J Zeitlin, N Drewniak, E Combier, H Carreire, M Levaillant, B Blondel. Disparités socio-spatiales de la prématurité en France. 3e Colloque thématique de l'ADELF : "Epidémiologie sociale et inégalités de santé", Toulouse, 15 mai.

E Combier, H Charreire, M Le Vaillant, JB Gouyon, C Quantin, J Zeitlin, Influence des temps d'accès à la maternité la plus proche sur les résultats de santé périnatale en Bourgogne. Congrès ADELF EMOIS, Dijon, 13 mars.

J Zeitlin, N Drewniak, E Combier, H Charreire, M Levaillant, B Blondel. Systèmes d'information périnatale : Une étude des inégalités socio-spatiales de santé à partir des données recueillies en routine. Congrès ADELF EMOIS, Dijon, 12 mars.

H. Charreire, , N Drewniak, E. Combier, JM Amat-Roze, B. Blondel, J Zeitlin. Environnements socio-économiques et santé périnatale : quels indicateurs pour quels territoires ? Congrès EMOIS-ADELF, 12-13 Mars 2012, Palais des Congrès, Dijon

H Charreire, E Combier, F Michaut, C Ferdynus, B Blondel, N Drewniak, M Le Vaillant, H Pilkington, JM Amat-Roze, J Zeitlin. De l'analyse géographique à l'outil d'aide à la décision en santé publique: l'étude des inégalités d'accès aux maternités en Bourgogne, 25ème Conférence Cartographique Internationale. 3-8 Juillet 2011, Palais des Congrès, Paris

Doctorats et mémoires

F Michaut. Disparités socio-spatiales de la prématurité : le cas de la Bourgogne. Thèse de géographie de la santé: Université Paris-Est Créteil, 2012.

A Pietka. Impact de la fermeture de la maternité d'Avallon et de la mise en place du réseau périnatal, sur les femmes enceintes: Master 1 de géographie de la santé - Université Paris-Est Créteil, 2010.

N Villemant. Inventaire des évènements défavorables liés à la périnatalité en Bourgogne, une approche géographique: Master 1 de Géographie de la santé. Université Paris X Nanterre - Paris XII Créteil 2010.

A Roussot. Le recours aux services d'urgences préhospitalières et extrahospitalières dans l'Autunois-Morvan. Etude géographique: Master 2 - Géographie de la santé Paris X Nanterre 2010.

Les mémoires de mastère ont bénéficié de financements complémentaires :
- de la MSH de Paris-Nord pour les mémoires d'Arthur Pietka et de Nicolas Villemant
- de la communauté de communes de l'Autunois-Morvan et de la ville d'Autun pour le mémoire d'Adrien Roussot

Collaborations

Collaboration avec le projet 'DEsavantages LOcaux et Santé: construction d'indices pour l'analyses des inégalités sociales et territoriales de santé en France et leurs évolutions, financé par l'ANR (Coordinateur du projet: Stéphane Rican, Lab Espace Santé et Territoire). Nous avons collaboré avec ce projet qui porte sur les scores de privation en France. Cette collaboration nous a fourni un financement complémentaire nous permettant de continuer nos travaux sur les indicateurs socio-territoriaux pendant l'année 2013.

S Rican, G Rey, V Lucas-Gabrielli, D Bard, J Zeitlin, H Charreire, E Jougla, G Salem, Z Vaillant, E Combier, JM Oppert, S Hercberg, K Castetbo,C Méjean, R Pampalon. Désavantages locaux et santé : construction d'indices pour l'analyse des inégalités sociales et territoriales de sante en France et leurs évolutions. Env Risque Sante. Vol 10 (3). Mai-juin. 2011

Projet IRESP : Territoires de vie, santé périnatale et adéquation des services de santé.

Coordinateur

Jennifer Zeitlin
U953 - Recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes, Inserm, Paris
jennifer.zeitlin@inserm.fr

Partenaires

Eveyne Combier
Cellule d'évaluation des réseaux de soins, CHU - Hôpital du Bocage, Dijon
evelyne.combier@orange.fr

Jeanne-Marie Amat-Roze, Hélène Charreire, Lab-Urba, Université Paris-Est Créteil, Institut d'Urbanisme de Paris, Créteil
helene.charreire@u-pec.fr

Qualité des soins : pratiques et indicateurs, informations et responsabilité

Les inégalités de santé demeurent, voire s'accroissent, dans des pays bénéficiant d'un accès aux soins facilité par une couverture sociale étendue et universelle. Les travaux conduits analysent les différents déterminants de la qualité des soins que ceux-ci relèvent des mécanismes incitatifs de maitrise des dépenses de santé, du déroulement de la consultation médicale de ville, du dialogue médecin/patient ou de l'accès à l'information des patients en fonction de leur niveau social.

Dans le cadre des politiques de maîtrise des dépenses de santé conduites depuis trente ans dans tous les pays développés, France incluse, les pouvoirs publics ont recours à différents mécanismes incitatifs (mécanismes de tarification des actes et de rémunération des professionnels). Il existe peu de recherches sur la façon dont les patients anticipent les conséquences de ces différents mécanismes sur leur propre prise en charge et leurs préférences quant à différentes alternatives pour inciter à la maîtrise des dépenses. Le projet RESPOM a combiné une approche théorique en économie formalisée et une analyse empirique fondée sur l'interrogation d'un échantillon de plus de 1000 individus confrontés à des choix alternatifs en matière d'incitations des patients et des professionnels à modérer la consommation de soins. Les résultats économétriques qui confirment pour l'essentiel les prédictions des hypothèses théoriques de comportement face aux incitations soulignent une forte différenciation des réactions en fonction du revenu du ménage. Les répondants situés vers le haut de l'échelle des revenus tendent à privilégier les incitations visant à une responsabilisation financière accrue des consommateurs de soins alors que les répondants les plus pauvres préfèrent que la responsabilisation financière porte sur les professionnels, même au prix d'un risque de dégradation de la qualité des soins. (Jelovac)

Les déterminants des prescriptions de médicament chez les médecins de ville sont peu explorés, notamment en raison de l'absence d'information concernant le diagnostic associé à la consultation. Parmi les résultats issus d'observations des comportements auprès d'un panel de 1900 médecins généralistes, on peut citer trois principaux résultats : les décisions de remboursement peuvent avoir une influence sur l'augmentation du recours à un médicament ; le rythme de consultation apparait comme un facteur pronostic du recours à la prescription médicamenteuse ; l'efficacité des rémunérations à la performance dépend de la prise en compte des motivations des professionnels. (Ventelou)

L'analyse du rôle du système de soin, et plus particulièrement de la relation entre médecin généraliste et patient, peut contribuer à éclairer les inégalités de santé. L'observation de 242 consultations, dont 48 ont été suivies par des entretiens semi-directifs auprès des patients et des médecins, met en évidence quatre résultats principaux. L'interaction entre patient et médecin oscille entre bienveillance, négociation et compétition des savoirs. Les patients montrent un niveau de satisfaction plus important à l'égard de l'information sur leur état de santé et d'une écoute des symptômes rapportés, qu'à l'égard du relationnel. Les évocations du surpoids et des habitudes alimentaires et physiques n'apparaissent pas relever à part entière de la consultation, tant pour les médecins que pour la majorité des patient interrogés ; cette faible prise en compte renvoyant à la difficulté de la mise en œuvre de la prévention. Le genre du patient et du médecin joue un rôle sur le déroulé et le contenu de la consultation. Le désaccord entre patient sans diplôme ou plus âgé est plus important avec les médecins concernant la prise en charge des facteurs de risques cardio-vasculaires. (Schieber, Kelly-Irving)

Un accès effectif aux soins ne garantit par une égalité des soins prodigués. Comprendre comment le système de soin contribue à renforcer les inégalités existantes est d'autant important que la morbidité et la mortalité hospitalière est inversement corrélée avec le niveau social des patients. Une étude au CHU de Nantes auprès de patients hospitalisés et de l'équipe médicale chargée de son suivi (médecin référent et infirmière) a permit d'analyser différentes dimensions de la relation médecin-patient et de la satisfaction du patient. Les résultats montrent, notamment, que la satisfaction vis-à-vis de la qualité des échanges avec les professionnels de santé est plus faible chez les patients précaires. Ceux-ci attendent plus de leur médecin des compétences relationnelles que des compétences techniques, alors que la relation s'inverse pour les patients en situation plus favorable. Les professionnels pensent que les patients « précaires » sont moins demandeurs d'informations médicales. Ces résultats mettent en évidence l'existence d'une différenciation sociale d'accès à l'information à l'hôpital. (Moret)

Responsabilité financière des patients ou des médecins ? Analyses théorique et empirique.

(Recherches sur les services de santé – IReSP)

Izabela Jelovac (UMR 5824 – Groupe d'Analyse et de Théorie Economique Lyon Saint-Etienne (GATE Lyon St-Etienne), CNRS – Université de Lyon, Ecully. jelovac@gate.cnrs.fr)

Philippe Polomé (UMR 5824 – Groupe d'Analyse et de Théorie Economique Lyon Saint-Etienne (GATE Lyon St-Etienne), CNRS – Université de Lyon, Ecully. polome@gate.cnrs.fr)

A partir des méthodes d'économie de la santé, le projet RESPOM questionne les perceptions et les préférences des individus en matière d'incitations au contrôle des dépenses des soins de santé.

Enjeux et objectifs

En théorie, les décisions médicales prises par les médecins peuvent varier en fonction du mécanisme de paiement utilisé pour leur rémunération. Nous cherchons à savoir si les individus prévoient un tel comportement de la part de leur médecin et, s'ils le font, quelles sont les conséquences d'une telle anticipation sur leurs préférences en matière d'incitations à la maitrise des dépenses médicales. Les autorités sanitaires de nombreux pays utilisent de plus en plus des mécanismes d'incitations pour contrôler les dépenses de soins de santé. Certains de ces mécanismes incitatifs sont directement dirigés vers les patients. C'est le cas du ticket modérateur. On parle dans ce cas d'incitations à une demande restreinte car en rendant les patients financièrement responsables d'une partie de leurs dépenses médicales, on les incite à restreindre leur usage des services et soins médicaux. D'autres incitations sont dirigées vers les médecins. On parle dans ce cas d'incitations à une offre restreinte dans la mesure où les revenus des médecins diminuent si les médecins génèrent plus de dépenses médicales, ce qui, au total, incite les médecins à prescrire moins. Le paiement par capitation est un exemple d'un tel mécanisme car il rémunère les médecins en fonction du nombre de patients inscrits dans leur patientèle et non pas en fonction de la quantité de soins médicaux prodigués. Une augmentation de la quantité de soins médicaux prodigués par un médecin entraine donc une diminution de ses revenus. Ce qui les incite à prescrire moins.

Le débat actuel en économie de la santé souligne l'arbitrage entre deux problèmes alternatifs : risque financier et problème d'accès aux soins associés aux incitations à une demande restreinte versus qualité et sélection des patients associés aux incitations à une offre restreinte.
Si nous ne prévoyons aucune relation entre la rémunération de nos médecins et son comportement, il n'y a aucune raison de préférer les incitations à une demande restreinte aux incitations à une offre restreinte. En effet, nous n'associerions aucune limitation de la qualité des soins avec les incitations dirigées aux médecins. Le seul choix individuel serait entre payer un ticket modérateur en cas d'incitation à une demande restreinte et ne rien payer en cas d'incitation à une offre restreinte. Inversement, si nous nous attendons à une limitation de la qualité en raison d'incitations à une offre restreinte, on devrait choisir entre deux maux : une perte financière en cas d'incitations financières à une demande restreinte ou une perte de qualité en cas d'incitations à une offre restreinte.

Méthodes et approches

Nous proposons dans ce travail de recherche une analyse théorique et une analyse empirique de cette question. Nous développons un modèle théorique (issu de la théorie microéconomique) afin d'identifier les déterminants potentiels des préférences pour l'un ou l'autre de ces mécanismes incitatifs. Pour ce faire, notre modèle théorique met en relation un patient représentatif et un médecin représentatif. L'intensité de traitement médical idéale du point de vue du patient est très classiquement celle qui maximise son utilité sous contrainte de budget. Notre modèle théorique reconnaît explicitement que l'utilité du patient dépend de son état de santé initial et de l'intensité du traitement médical. La contrainte de budget établit que les dépenses du patient (y compris le ticket modérateur) sont limitées par ses ressources financières. Ainsi, l'intensité du traitement idéale du point de vue du patient serait d'autant plus élevée que son état de santé initial est faible, son revenu est élevé et le ticket modérateur est faible. En particulier, si le patient ne paie aucun ticket modérateur, l'intensité de traitement qu'il préfère n'est pas limitée. L'intensité de traitement idéale du point de vue du médecin n'est pas nécessairement identique à celle qui est préférée par le patient. En effet, le médecin n'internalise pas nécessairement la contrainte de budget du patient. Par contre, l'utilité que le médecin retire de son propre revenu peut entrer en ligne de compte. Ainsi, notre modèle théorique reconnait que l'objectif du médecin est double : maximiser l'utilité que le patient retire de sa santé (qui elle-même dépend de son état de santé initial et du traitement médical reçu) ainsi que son propre revenu. Si le médecin n'est soumis à aucun type d'incitation au contrôle des dépenses médicales, l'intensité de traitement qu'il préfère n'est pas limitée. Par contre, si un mécanisme établit une incitation à une offre restreinte, les deux objectifs poursuivis par le médecin pourraient être contradictoires : une intensité de traitement plus élevée pourrait augmenter la santé de son patient mais diminuer son revenu. Ainsi, Le traitement préféré par le médecin serait d'autant plus intense que le médecin est plus « altruiste » (favorise la santé de son patient plutôt que son revenu), que la santé initiale du patient est faible et que le montant de l'incitation à une offre restreinte est faible.

Pour comparer les incitations à une demande restreinte aux incitations à une offre restreinte, nous retenons dans chaque cas l'intensité de traitement contrainte par l'incitation et nous ne considérons jamais les deux types d'incitations simultanément. Ceci revient à retenir l'intensité préférée du patient en cas d'incitation à une demande restreinte, et l'intensité préférée du médecin en cas d'incitation à une offre restreinte.

Pour répondre à la question originale de ce travail théorique, à savoir, si les patients préfèrent les incitations à une demande restreinte ou celles à une offre restreinte, nous évaluons leur utilité dérivée de l'intensité de traitement préférée par le patient lorsque celui-ci est soumis à une incitation à une demande restreinte et la comparons à leur utilité évaluée à l'intensité de traitement préférée par le médecin lorsque celui-ci est soumis à une incitation à l'offre restreinte. Nous appliquons le théorème des fonctions implicites à la différence entre ces deux niveaux d'utilité pour établir la relation théorique entre cette différence d'utilités et les principaux paramètres du modèle. Il en résulte les relations théoriques suivantes. On devrait préférer les incitations à une offre restreinte si la charge financière de ces incitations est suffisamment faible pour les médecins, si le patient pense que son médecin est altruiste, si le ticket modérateur (dans l'alternative d'incitations à une demande restreinte) est suffisamment élevé, et si le revenu du patient est faible. Dans le cas contraire, on devrait préférer les incitations à une demande restreinte. L'effet de l'état de santé sur les préférences qui nous intéressent est ambigu en théorie.

Nous avons empiriquement testé nos prédictions théoriques en utilisant les données d'une enquête réalisée en décembre 2011 par CSA en population générale française (environ 1000 personnes). Cette enquête applique la méthode des choix discrets pour obtenir les préférences des individus en matière d'incitations. En plus des résultats des méthodes de choix discrets, l'enquête pose des questions sur les relations médecins-patients, les attitudes face aux risques (à la fois financiers et liés à la santé), l'état

de santé et le comportement en matière de santé, les assurances complémentaires et les variables socio-économiques.

Un effort particulier est fourni pour rendre le contexte de l'enquête facilement compréhensible par les répondants. D'emblée, c'est un point délicat de notre recherche car la question à laquelle nous désirons répondre n'est pas simple à priori. Elle fait en effet référence à la responsabilisation financière des médecins pour les dépenses médicales que leurs prescriptions engendrent alors que ce mécanisme est inutilisé en France. Comme nous cherchons à identifier les préférences des répondants entre des mesures encourageant les patients à consommer moins et des mesures encourageant les médecins à prescrire moins, il faut choisir des mesures simples à appréhender. La franchise médicale à charge du patient est choisie assez naturellement pour illustrer une mesure visant à encourager les patients à réduire les dépenses médicales. Cette franchise médicale est la partie non remboursable (ni par la sécurité sociale, ni par la mutuelle) du prix d'une boite de médicament. Elle s'élève actuellement à 0,5 Euros par boite de médicaments en France, avec un plafond de 50 Euros par an. Pour les incitations aux médecins, nous considérons une mesure qui apparaît comme un miroir de la franchise médicale à charge du patient, en nous basant sur une réforme de 1991 en Grande Bretagne. Suivant cette réforme, un budget médicaments a été ajouté aux revenus des médecins afin que ceux-ci y puisent de l'argent pour payer les médicaments qu'ils prescrivent. Nous nous inspirons de cette mesure pour présenter aux répondants une 'franchise médicale à charge du médecin' qui paierait une partie du prix du médicament prescrit et qui serait puisée dans un budget médicaments du médecin. Comme c'était le cas en Grande Bretagne, nous considérons le cas où le médecin garderait la partie de son budget qui n'est pas dépensée en médicaments.

Le format de l'enquête est celui des choix discrets. Concrètement, nous proposons aux répondants de choisir entre deux scénarios possibles, et de répéter ce choix pour plusieurs autres paires de scénarios possibles. Il s'agit d'un format proche des questionnaires dits « à expérience de sélection », très utilisés en économie de la santé, économie des transports, économie de l'environnement et marketing. Dans chaque paire de scénarios, un scénario propose une franchise médicale à charge du patient combinée à une franchise médicale à charge du médecin nulle ; et le deuxième scénario propose une franchise médicale à charge du patient nulle combinée à une franchise médicale à charge du médecin. Nous faisons varier les montants des franchises médicales (à charge du patient ou du médecin) pour finalement comparer quantitativement les préférences des répondants entre franchise médicale à charge du patient et franchise médicale à charge du médecin. D'autres questions et deux tests d'aversion au risque sont intégrés dans l'enquête pour identifier les déterminants des préférences des répondants. Le traitement des données issues de l'enquête utilise des techniques économétriques de pointe spécifiques aux traitements de données de panel en choix discret. Sont explorés des modèles à effets fixes et des modèles à effets aléatoires.

Résultats scientifiques

Pour tester ces prédictions théoriques, on mène une enquête qui repose sur la méthode des choix discrets. On demande aux individus de choisir entre un scénario A qui impose une franchise médicale aux patients seulement et un scénario B qui impose une franchise médicale aux médecins seulement. Les répondants répètent ce choix trois fois, avec des montants variant entre 0,75€ et 2€ par boite de médicaments pour la franchise à charge du patient et entre 2 et 6 euros pour la franchise à charge du médecin. Il est à noter que 449 individus interrogés ne modifient pas leurs préférences, quel que soit le montant des incitations alternatives. De ceux-ci, 31% préfèrent la franchise à charge du patient, 47% celle à charge du médecin et 22% n'arrivent pas à se décider entre les deux ou préfèrent ne pas répondre. Les réponses aux questions de choix discrets sont résumées dans le Tableau 1.

1008 individus/3 choix	1ère choix	2ème choix	3ème choix
Proportion d'individus préférant le scenario A	35%	37%	32%
Proportion d'individus préférant le scenario B	43%	39%	31%
Proportion d'individus indifférents entre A et B	12%	11%	18%
Proportion d'individus ne répondant pas	10%	14%	19%
Total	100%	100%	100%

Tableau 1. Choix discrets entre franchise médicale à charge du patient et franchise à charge du médecin

Une première analyse économétrique se concentre sur les effets fixes, forcément convergents, dans le cas binaire des personnes ayant déclaré préférer la franchise à charge du patient pour des niveaux particuliers de franchise (choix codés 1) versus toutes les autres déclarations (préférer la franchise à charge du médecin, ne pas répondre, être indifférent entre les deux). La régression à effets fixes doit exclure toutes les données correspondant aux 583 individus qui ne modifient pas leur déclaration lorsque les montants des incitations varient. On applique un modèle logit aux données restantes et seuls les régresseurs variables d'un choix à un autre peuvent être inclus, à savoir les montants des incitations. Les résultats de cette régression confirment les prédictions théoriques concernant les montants de ces incitations, à savoir que, toutes autres choses étant égales par ailleurs, si on augmente la franchise à charge du patient, plus d'individus auront tendance à préférer la franchise à charge du médecin. Si, par contre, on accroit la franchise à charge du médecin, les individus auront tendance à préférer la franchise à charge du patient. Ces résultats économétriques, rassurants sur le plan de la crédibilité du questionnaire et du sérieux de son administration, sont présentés dans le Tableau 2.

Variable dépendante : Probabilité {scenario A préféré à scenario B}		
Variables explicatives	Coefficient	P>|z|
Montant de la franchise patient	– 6,32	0
Montant de la franchise médecin	+ 1,42	0
Number of obs = 1275. Number of groups = 425, so that 583 groups (1652 obs) dropped because of all positive or all negative outcomes. A group is a number of observations for a single individual (2 or 3 in the present case). Obs per group: min = 3; avg = 3.0; max = 3.		

Tableau 2. Résultats de la régression à effets fixes.

Une deuxième analyse économétrique se concentre sur les effets aléatoires pour inclure les caractéristiques individuelles des répondants comme variables explicatives de leurs préférences. Cette régression à effets aléatoires nous permet d'inclure également les données des 583 individus qui ne modifient pas leurs préférences en fonction des montants des incitations. Le modèle qui est finalement retenu est un modèle à effets variables de type logit pour données de panel. Les résultats sont présentés pour 500 réplications d'erreurs standard robustes dans le Tableau 3.

Variable dépendante : Probabilité {scenario A préféré à scenario B}		
Variables explicatives	Coefficient	P>|z|
Montant de la franchise patient	– 3.70	0,000
Montant de la franchise médecin	+ 0,56	0,000
Confiance en son médecin traitant (variable 0/1)	+ 1,06	0,053
Revenu standard du ménage	+ 1,41	0,003
Revenu standard du ménage x Confiance en son médecin traitant	– 1,44	0,008
Réponse positive à 'La franchise médecin va affecter ma santé'	+ 2,43	0,000
Réponse positive à 'La franchise patient va affecter ma santé'	– 1,58	0,009
Etat de santé subjectif (1 = très bon, …, 5 = très mauvais)	– 0,51	0,060
Logl = – 817,78	LRχ^2 (13) = 61,6	Pr > χ^2 = 0,000
Number of obs = 1462. Number of groups = 506. Obs per group: min = 2; avg = 2.9; max = 3. Random effects u_i ~ Gaussian.		

Tableau 3. Résultats de la régression à effets aléatoires.

Les résultats de la régression à effets aléatoires dans le Tableau 3 montrent que l'effet revenu apparaît très clairement également. Les plus fortunés choisiraient plutôt un système avec incitations à une demande restreinte (franchise patient) alors que les moins fortunés pencheraient vers des incitations financières dirigées vers les médecins. Ces résultats sont cohérents avec les prédictions théoriques. Ils confirment également les effets prédits des montants des franchises, comme la régression à effets fixes. Ils montrent également que si les individus anticipent un lien entre la franchise médecin et son état de santé (implicitement, à travers des décisions médicales du médecin), ils auront tendance à préférer la franchise patient. Enfin, un effet intéressant est décelé par l'interaction entre la variable revenu et la variable confiance en son médecin. Nos données décèlent que les plus fortunés ont tendance à faire moins confiance en leur médecin traitant que les moins fortunés. La régression montre en outre que l'effet revenu est significatif pour ceux qui n'ont pas confiance en leur médecin, à savoir, les plus riches. L'effet revenu est par contre moins évident pour ceux qui font confiance en leur médecin. Leur préférence pour l'un ou l'autre type d'incitation ne varie pas avec leur revenu.

La perspective de la population générale sur cette question d'incitations dans le domaine des soins de santé est sans nul doute novatrice. De nombreux travaux de recherche (Ellis & McGuire dans Journal of Health Economics en 1990, Ellis & McGuire dans Journal of Economic Perspectives en 1993, Trottman, Zweifel & Beck dans Journal of Health Economics en 2012, parmi d'autres) se sont penchés sur la question des incitations au contrôle des dépenses de santé, mais tous ont pris la perspective d'un régulateur dont l'objectif est d'atteindre le mieux possible le double objectif de minimiser les dépenses de soins de santé en garantissant une qualité élevée de ces soins de santé. Il nous semble important d'informer ce débat scientifique et politique en y apportant des connaissances au sujet des préférences des bénéficiaires de ces soins de santé. En particulier, l'effet revenu décelé dans notre travail de recherche est de nature à intéresser les propres régulateurs.

Perspectives

Une de nos observations empiriques laisse présager un possible renforcement des inégalités sociales face aux soins de santé si le système français vient à proposer les deux mécanismes d'incitations simultanément : Les individus les plus fortunés choisiraient plutôt un système avec incitations à une

demande restreinte (responsabilisation financière des patients) alors que les moins fortunés opteraient plutôt pour un système avec responsabilisation financière des médecins.

Productions scientifiques

Participation à des colloques

- Séminaire Interne de Recherche du GATE Lyon-St Etienne - Ecully, 21 février 2011 (20 participants).
- Conférence - Des solutions pour accroître la productivité dans le secteur public : l'exemple des services de soins de santé - Centre sur la productivité et la prospérité à HEC Montréal. Le 3 octobre 2011 à Montréal (100 participants).
- 3rd Annual SEBA-GATE Workshop - Pékin, 20-21 avril 2012 (45 participants)
- 13th European Health Economics Workshop - Universidad Pablo de Olavide, Seville - 25-26 mai 2012 (45 participants)
- 7th PhD seminar in Health Economics, organisé par la Swiss School of Public Health+ à Grindelwald les 26-29 janvier 2014.

Projet IRESP : Responsabilité financière des patients ou des médecins ? Analyses théorique et empirique (RESPOM)

Coordinateur

Izabela Jelovac
UMR 5824 – Groupe d'Analyse et de Théorie Economique Lyon Saint-Etienne (GATE Lyon St-Etienne), CNRS – Université de Lyon, Ecully
jelovac@gate.cnrs.fr

Partenaires

Philippe Polomé
UMR 5824 – Groupe d'Analyse et de Théorie Economique Lyon Saint-Etienne (GATE Lyon St-Etienne), CNRS – Université de Lyon, Ecully
polome@gate.cnrs.fr

Des mécanismes microéconomiques pour améliorer les pratiques de prescription en médecine de ville ?

(Recherches sur les services de santé – IReSP)

Bruno Ventelou, Aix-Marseille Sciences Economiques, CNRS et Inserm. Bruno.ventelou@inserm.fr

Enjeux et objectifs

Le comportement des médecins généralistes en matière de prescription de médicament est rarement analysé en France, notamment en raison de l'absence d'information concernant le diagnostic associé à la consultation ayant donné lieu à une décision de prescription (dans les données disponibles sur la médecine de ville, il manque généralement « l'indication » de la prescription). Un premier enjeu de la recherche pourrait donc consister à documenter, pour des indications données, les déterminants d'une issue « médicamenteuse » à la rencontre médecin-patient dans le cadre d'une consultation effectuée en ville. Un second enjeu concerne l'étude des différents mécanismes (monétaires « incitatifs » mais aussi via la diffusion d'information et de guides de bonne pratique) permettant à un régulateur d'améliorer la prescription, par exemple, en faveur d'autres options thérapeutiques, plus appropriées ou mieux indiquées. Enfin un troisième enjeu est d'analyser comment ces pratiques de prescription se déclinent en fonction des publics et notamment en fonction du statut socioéconomique du patient (ou des patients, lorsque la variation sociale est seulement observée au niveau agrégé des patientèles de médecins).

Méthodes et approches

Des observations des comportements micro-économiques des médecins généralistes ont été réalisées dans le cadre d'enquêtes thématiques répétées, auprès d'un « panel » de 1900 médecins. L'échantillon des médecins généralistes a été obtenu, dans chaque région, par tirage aléatoire stratifié selon le sexe, l'âge et la nature de la commune d'exercice (zone urbaine, péri-urbaine ou rurale) à partir des fichiers ADELI des médecins généralistes retirant au moins une partie de leurs revenus professionnels de l'exercice libéral, mais sans restriction quant à d'autres caractéristiques (par exemple l'utilisation d'équipements informatiques, comme c'est le cas dans d'autres panels). Le taux de participation a varié selon les régions entre 51 et 67% (Aulagnier et al., 2007). L'attrition s'est avérée faible (moins de 3% entre les vagues 1 et 2 et les vagues 2 et 3). Elle a été traitée par remplacement des médecins sortis du panel par d'autres médecins tirés au sort dans la même strate. Ainsi, les échantillons obtenus peuvent être considérés comme représentatifs des populations considérées selon les critères d'échantillonnage retenus. La logistique d'enquête a été confiée à la cellule d'enquête de l'ORS PACA. Les données ont été colligées à l'aide d'un dispositif CATI (Computer Assisted Telephone Interview). Un accord a été obtenu auprès de la CNIL pour permettre le croisement des données d'enquête avec les informations relatives à l'activité contenues dans le Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP).

Résultats scientifiques

Les données constituées grâce au panel permettent de traiter différentes questions, touchant à la santé publique et aux politiques de santé. Ici, nous en retenons trois :

- L'analyse du rôle des taux de remboursement dans la décision de prescription d'un médicament anti-obésité, montre un effet de facteur 2 sur les prescriptions lorsque le médicament est remboursé. Ce chiffre est une première évaluation de « l'effet multiplicateur »

que peut avoir une décision de remboursement par la HAS sur le recours à un médicament en médecine de ville. Cf. Verger et al, 2010.

- Le « rythme de consultation » - calculé comme une moyenne par médecin des durées de consultations offertes pour une semaine ordinaire - est un facteur pronostic du recours à la prescription médicamenteuse et pourrait jouer, avec d'autres facteurs, sur la « qualité » de la décision médicale. Ces résultats concernant le rythme de consultation peuvent aussi être mis en rapport avec le statut socioéconomique des publics habituellement reçus par les médecins et donc avec la vérification empirique d'un certain « gradient » d'inégalités sociales d'accès aux soins (de qualité). Clerc et al, 2012. Ventelou et al, 2010. Dans le premier article (Clerc et al, 2012), nous montrons que les médecins à honoraires libres semblent réguler leurs durées totales d'activité et de loisir grâce à des ajustements de tarifs (pour des choix de temps de travail réduits, ils maintiennent leurs revenus grâce à des tarifs fixés au dessus du tarif conventionné), de même qu'ils compensent les tarifs plus élevés pratiqués dans le secteur 2 par une durée de consultation plus longue (mais cette compensation n'est pas totale, le prix minute de la consultation augmente). Selon ces résultats, les patients disposés à payer le surcout des honoraires libres vont effectivement bénéficier d'un temps de consultation plus long. Dans le second article (Ventelou et al, 2010), nous tentons de déterminer en quoi cette durée plus longue peut éventuellement avoir des conséquences qualitatives sur les choix de traitements, ceci à partir d'un « cas contrôlé » (vignette) décrivant une patiente dépressive.

- L'étude dès 2008 du rôle des paiements incitatifs sur la décision de formation à l'éducation thérapeutique du patient a pu indiquer, de façon anticipée, les effets possibles de mécanismes de rémunération à la performance aujourd'hui mis en application en médecine de ville par la convention médicale de « l'Assurance Maladie » (CAPI – contrat d'amélioration des pratiques individuelles- et ROSP –Rémunérations sur objectifs de santé publique -). L'analyse de l'impact des rémunérations s'avère cependant contrastée, lorsqu'elle est effectuée pour différents profils de médecins : il semble que ce type de motivations « extrinsèques » doit s'appuyer, pour fonctionner pleinement, sur les « motivations intrinsèques » préalables (des médecins de ville pour l'exercice de leur métier – on reprend ici une terminologie en provenance de la psychologie du travail (Déci, 197132).). Dans un working paper (Videau et al., 2011), notre échantillon de médecins était divisé en trois groupes soumis, par assignation aléatoire, à trois niveaux de « paiement par objectif ». Nos résultats micro-économétriques permettent de montrer que la réponse effective des médecins aux rémunérations incitatives dépend du type de tâches récompensées, et (ceci est relativement nouveau dans la littérature) du niveau d'un indicateur psychométrique, mesuré pour chaque médecin, décrivant son état émotionnel au travail.

Perspectives

Les résultats de ce projet de recherche contribuent à la connaissance des déterminants du recours à la prescription médicamenteuse comme option thérapeutique en médecine de ville et permettent de mieux cerner les risques de prescriptions inappropriées, de prescription non conformes aux recommandations de bonnes pratiques ou même de « prescription hors AMM » (ce dernier cas n'était pas directement examiné), en repérant les profils de médecins généralistes particulièrement vulnérables à ce risque ; autant d'éléments susceptibles de contribuer à l'action des autorités de santé.

L'étude des déterminants de la prescription en médecine de ville se poursuit sur deux thèmes spécifiques :

[32] Deci, E.L. (1971). Effect of Externally Mediated Rewards on Intrinsic Motivation. Journal of Personality and Social Psychology, 18: 105-115.

- la prescription d'antibiotiques (angine, infection urinaire) qui fait l'objet d'un recours hors norme de la part des médecins français et qui a des effets sur le développement de la résistance bactérienne, reconnue comme priorité nationale par les différents acteurs de santé publique (Circulaire DHOS/E 2 - DGS/SD5A n° 2002-272) ;
- la prise en charge de la dépression dont la variabilité des pratiques s'avère, dans nos premiers travaux, être en lien avec le statut socioéconomique des patients.

Productions scientifiques

Bruno Ventelou, Sophie Rolland, Pierre Verger. An Examination of GPs' Rhythm of Practice: A Case Study on the Substitution Effect Between the Length of Consultation and Drug Prescribing Practices, Healthcare Policy, 2010, vol. 5, 58-68.

Pierre Verger, Sophie Rolland, Gilles Bouvenot, Alain Paraponaris, Bruno Ventelou. Drug reimbursement and GPs' prescribing decisions: a randomized experiment about the pharmacotherapy of obesity associated with type 2 diabetes, Fundamental & Clinical Pharmacology, 2010, vol. 24, no4, pp. 509-516.

Isabelle Clerc, Olivier L'Haridon, Alain Paraponaris, Camelia Protopopescu, Bruno Ventelou. Fee-for-service payments and consultation length in general practice: A work-leisure trade-off model for French GPs, Applied Economics, 2012 vol. 44, issue 25, 3323-3337.

Clerc Isabelle, Paraponaris Alain, Ventelou Bruno, Verger, Pierre. "General practitioners and Clinical Practice Guidelines: a Reexamination", Medical Care Research and Review, 2011, issue 68(4) 504–518.

Videau Yann, Bruno Ventelou, L'effet d'éviction des motivations intrinsèques par les motivations extrinsèques ? Une expérimentation par assignation aléatoire pour les médecins généralistes libéraux français. Working paper Inserm U912.

Projet IRESP : Comportements de prescription en médecine générale de ville, démarche-qualité et sensibilité à la rémunération des soins

Coordinateur

Bruno Ventelou, UMR 912 - Sciences Economiques et Sociales, Systèmes de Santé, Sociétés (SE4S), Inserm - Université Aix Marseille - IRD, Marseille / UMR 6579 - Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix Marseille (GREQAM), CNRS - EHESS - Université Aix Marseille, Marseille
bruno.ventelou@inserm.fr

Participants au projet

Participants membres du laboratoire (UMR 912 Inserm)

Mohammad Abu-Zaineh, Yves Arrighi, Aurélie Bocquier, Gilles Bouvenot, Isabelle Clerc, Alain Paraponaris, Christel Protière, Camélia Protopopescu, Sophie Rolland, Luis Sagaon-Teyssier, Bruno Ventelou, Yann Videau, Pierre Verger

Participants non-membres du laboratoire

Bérengère Saliba (Anthropologie Bioculturelle, statisticienne)

Olivier Chanel (GREQAM-CNRS, économiste)

Olivier Lharidon (GREG-HEC, économiste)

L'interaction médecin-patient en médecine générale et inégalités sociales de santé - Intégration des productions interdisciplinaires du projet INTERMEDE

(Recherches sur les services de santé – IReSP)

AC Schieber[1,2,3], M Kelly-Irving[1,2], M Membrado[4], JP Génolini[5], L Tanguy[6], P Marchand[7],T Lang [1,2,3]. Pour le groupe INTERMEDE.

[1]INSERM UMR1027, 31300 Toulouse; [2]Université Toulouse III UMR 1027, 31062 Toulouse; [3]CHU Toulouse, Service d'Epidémiologie, 31000 Toulouse; [4]LISST CIEU UMR 5193, Université de Toulouse Le Mirail; [5]SOI-PRISMH, EA 3690, Université Toulouse Paul Sabatier, UFR STAPS; [6]CLLE-ERSS UMR 5263, CNRS, Université de Toulouse Le Mirail; [7]LERASS, EA 827.

Le rôle du système de santé et des soins est aujourd'hui insuffisamment considéré dans les recherches sur les inégalités sociales de santé (ISS), pourtant les inégalités demeurent, voire s'accroissent, dans des pays qui disposent d'un accès aux soins facilité par une couverture sociale étendue et universelle. La qualité de la relation entre un patient et son médecin généraliste joue un rôle essentiel sur l'efficacité du système de soins et dans ces écarts constatés. Le déroulé d'une consultation en médecine générale, les interactions complexes qui s'y tissent entre patients et médecins, et le rôle que peut jouer le contexte social du patient au moment de cette rencontre sont encore mal connus et restent à explorer.

Enjeux et objectifs

L'objectif général du projet INTERMEDE est d'analyser le rôle du système de soins, et plus particulièrement le rôle de la relation entre un médecin généraliste et son patient, dans la genèse d'ISS. Le projet repose sur l'hypothèse de départ que l'interaction médecin-patient est influencée par le contexte social du patient, ce qui pourrait entraîner des pratiques socialement différenciées tant du côté du prescripteur que du patient, et favoriseraient, ou du moins ne contribueraient pas à réduire, les ISS.

Le projet INTERMEDE a réuni différentes équipes de recherche, issues de disciplines variées, autour de l'étude en miroir du vécu d'une rencontre entre un médecin et son patient, lors de la consultation. Le premier objectif de cette collaboration était une production de résultats et d'hypothèses propres à chaque discipline, avec leurs méthodes et leurs cadres d'analyse. Cet objectif une fois atteint, l'enjeu essentiel de ce travail interdisciplinaire était de produire un socle commun de connaissances et d'hypothèses issues de la confrontation des différentes approches disciplinaires, qui puisse avoir une signification en santé publique et se traduire concrètement dans la politique de santé. Un des objectifs du projet INTERMEDE était alors de proposer une méthodologie et un processus innovant pour l'intégration des résultats dans les projets employant des méthodes mixtes de recherche (MMR).

Méthodes et approches

Le projet INTERMEDE a été mené dans trois régions de France, entre 2006 et 2007. Une première phase qualitative consistait en l'observation in situ de 242 consultations dont 48 ont été suivies par des entretiens semi-directifs auprès des patients et des médecins. Les analyses du projet INTERMEDE se sont appuyées sur le corpus original du projet composé de deux phases :

- Une phase qualitative constituée par l'observation de 242 consultations suivies par des entretiens semi-directifs pour 48 consultations. Elle a fait l'objet d'analyses sociologiques,

linguistiques et textométriques. Des analyses complémentaires ont été menées sur un corpus commun, constitué de 36 consultations.

- Une phase quantitative, construite à partir des hypothèses de la première phase, portait sur 585 consultations. Elle reposait sur un dispositif de questionnaires en miroir où médecin et patient devaient répondre respectivement aux mêmes questions après la consultation. Cette phase a fait l'objet d'analyses épidémiologiques.

La méthodologie choisie pour l'intégration des productions du corpus qualitatif et quantitatif s'est inspirée de la méthode participative Delphi. Elle consistait en plusieurs cycles de questions et feedback par écrit auprès de chaque membre des équipes du projet, afin de synthétiser l'information, de confronter les avis contradictoires et d'identifier les notions clefs ressortant du projet. La première étape a consisté en un questionnaire d'intégration interdisciplinaire rempli par chaque personne ayant travaillé sur les données dans chacune des cinq équipes (n=12), où leurs commentaires et suggestions pouvaient être ajoutées par écrit. Les réponses ont été analysées selon un regroupement 'brut' des notions convergentes, divergentes et autonomes/ isolées, puis un nouveau questionnaire a été élaboré et envoyé à chaque participant lors d'un second tour. A partir de ce deuxième feedback, un document de synthèse a été produit et discuté lors d'une troisième étape, organisée sous forme d'une réunion plénière avec les équipes. Les résultats ont été soumis auprès d'un panel de médecins généralistes lors d'un séminaire de recherche.

Résultats scientifiques

L'intégration des productions interdisciplinaires a permis de faire émerger quatre axes principaux de résultats, formalisés sous forme de conclusions communes et d'hypothèses partagées.

Caractérisation de l'interaction médecin-patient

Le premier axe a permis de caractériser l'interaction médecin-patient selon différents modes d'agir ensemble, entre bienveillance, négociation et compétition des savoirs. Deux types d'attitude de la part du médecin ont été observées, une centrée sur la technique et une orientée sur le relationnel et le dialogue, mais vécue comme plus insatisfaisante pour le praticien. Les patients seraient également plus satisfaits d'une relation qui les informe sur leur état de santé et qui à leur « écoute » des symptômes rapportés, que sur du « relationnel ». L'accord/désaccord entre médecins et patients sur le contenu de la consultation reflète la qualité des informations échangées pendant la consultation, et représente une autre dimension qui caractérise l'interaction.

La place de la prévention dans la consultation

Le deuxième axe de productions interdisciplinaires abordait la place de la prévention dans la consultation. Certaines thématiques semblaient être le lieu de désaccord plus nombreux, comme celle du surpoids et des habitudes alimentaires et physiques, avec un médecin qui dit avoir donné un conseil que le patient dit ne pas avoir entendu. Ces thématiques relèveraient plus « de la conversation ordinaire », non médicalisée, que le patient et le médecin considéreraient comme ne relevant pas à part entière de la consultation. La question du surpoids est peut abordée et même souvent évitée en consultation ; il existe une banalisation du risque de surpoids, en l'absence de pathologie associée. Par ailleurs, une grande variabilité des pratiques entre médecins est observée en matière de recommandations hygiéno-diététiques, en termes de fréquence d'apparition du thème et de volumes de communication.

Le rôle du genre du patient et du médecin dans leur interaction

Un troisième axe interrogeait le rôle du genre du médecin et du patient sur le déroulé et le contenu de la consultation. Les médecins femmes se démarquaient par une activité d'écoute, de discussion plus intense et par un meilleur accord avec leurs patients sur les conseils relatifs à la nutrition et à l'activité physique. La concordance/discordance des genres entre médecins et patients influence également l'interaction médecin-patient. Un meilleur accord est observé entre les femmes médecins et leurs patientes sur les conseils donnés sur la nutrition et l'activité physique. À l'inverse, des malentendus apparaissaient entre les médecins hommes et leurs patientes autour de la question du surpoids.

Eléments de l'interaction médecin-patient pouvant contribuer à la genèse d'inégalités sociales de santé

Le quatrième axe a permis de formuler des hypothèses sur les éléments de l'interaction médecin-patient qui pourraient entraîner des ISS pendant la consultation, selon le gradient social du patient. Un gradient dans le désaccord entre médecins et patients sur les déclarations concernant la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire se dessinait selon le niveau d'éducation du patient, le désaccord étant plus important pour les patients sans diplômes, mais également pour les patients plus âgés. Ces désaccords pourraient alors être source de malentendus et par conséquent altérer la qualité de la prise en charge, et notamment la qualité des soins préventifs délivrés. Un désaccord médecin-patient était également observé sur l'évaluation de la santé perçue du patient, avec une « surestimation » de la santé perçue de la part du médecin par rapport au patient, et ceci plus fréquemment pour les patients sans diplôme. Les patients non identifiés comme ayant une mauvaise santé perçue par le système de soins pourraient alors souffrir d'un manque de traitement, de conseils et de suivi médical. Un rapport à l'autonomie et à la délégation à l'égard du médecin différencié selon le gradient social du patient pourrait également influencer le déroulé de la consultation et la prise de décision. En effet, les cadres supérieurs sont du côté des fortes ressources en santé et d'une autonomie dans la relation médecin-patient, tandis que les catégories populaires moins dotées se situent dans un rapport de délégation à l'égard du médecin. D'autre part, le niveau des abstractions et la manipulation de registres qui ne renvoient pas aux mêmes rationalités pourraient cultiver une distance avec le patient. Mais c'est aussi les propres perceptions du médecin, et la distance sociale qu'il perçoit entre lui-même et son patient qui impacteraient directement la consultation et l'identification des besoins des patients.

Perspectives

Une approche multidisciplinaire et l'emploi de MMR apparaissent fondamentaux pour l'exploration d'un domaine de recherche complexe comme la relation entre un patient et son médecin et les ISS. L'utilisation concomitante de méthodes qualitatives et quantitatives se fait intuitivement depuis de nombreuses années, mais la formalisation des MMR, comme l'intégration de plusieurs méthodes en une seule et même étude, correspond à l'évolution d'un champ de recherche récent. Certains auteurs le qualifient même de « troisième courant méthodologique ». L'usage de MMR et l'intégration des productions interdisciplinaires permettent une compréhension plus nuancée de questions de recherche, les limitations de chaque approche étant compensées par les forces d'une autre.
L'intégration des méthodes à chaque étape du projet représente alors un enjeu essentiel. L'étude INTERMEDE a intégré les différentes approches dès la formulation de questions de recherche communes, autour d'un même objet d'analyse, la consultation, et la définition de variables communes pour le corpus qualitatif. Mais un des défis majeur de l'intégration se situe au niveau de la phase d'analyse, étape où un besoin de connaissances est plus particulièrement nécessaire. Le choix d'une méthode de consensus inspirée du Delphi a alors permis de confronter des avis contradictoires, de

définir le degré de l'accord au sein des différentes équipes, de faire émerger des points divergents, des points de connaissance convergents et des faits isolés.
Le développement de tels outils est fondamental pour de nombreux projets de recherche, comme ceux portés par l'Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS), avec les projets AAPRISS et IBISS, Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé, projet de recherche interventionnelle sur la réduction des inégalités sociales de santé et les séminaires « Pénibilité et santé au travail ». Cette approche représente un potentiel important pour la compréhension des interventions efficaces à mettre en place pour la réduction des ISS, notamment dans le domaine des soins primaires.

Conclusion

Le projet INTERMEDE a permis l'analyse des mécanismes qui sous-tendent l'interaction médecin-patient en révélant les convergences des différentes approches disciplinaires. Il a aboutit à la formulation d'hypothèses et de conclusions sur les éléments de l'interaction médecin-patient qui pourraient entraîner des ISS pendant la consultation. Il a également contribué au développement de méthodes explicites pour les recherches employant des MMR.

Productions scientifiques

Articles dans revues à comité de lecture

Génolini JP., Roca R., Rolland Ch., Membrado M., « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ?, Revue Sciences Sociales et Santé 2011;29(3):81-121.

Kelly Irving M, Rolland C, Afrite A, Cases C, Dourgnon P, Lombrail P, Pascal J, Lang T. Patientphysician interaction in general practice and health inequalities in a multidisciplinary study: design, methods and feasibility in the French INTERMEDE study. BMC Health Services Research, avril 2009.

Kelly-Irving M., Delpierre C., Schieber A.C., Lepage B., Afrité A., Pascal J., Cases C., Lombrail P., Lang T. Do General Practitioners overestimate the health of their patients with lower education? Social Science & Medicine. 2011 Nov;73(9):1416-21.

Membrado M. La confiance et les enjeux de la reconnaissance dans l'interaction médecin-patient en médecine générale. dans Douguet F., Le Borgne-Uguen F., Pennec S.(dir.) Les négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches, Presses Universitaires de Rennes, 2013 [à paraître].

Roca R., Neyrand G., Génolini JP. Prévention en médecine générale: Le travail de diffusion et de réception des normes hygiéno-diététiques en consultation, Revue Française des Affaires Sociales [Soumis].

Schieber AC, Delpierre C, Lepage B, Afrite A, Pascal J, Cases C, Lombrail P, Lang T, Kelly-Irving M, for the INTERMEDE group. Do gender differences affect the doctor/patient interaction during consultations in general practice? Results from the INTERMEDE study. [Submitted]

Schieber AC, Kelly-Irving M, Delpierre C, Lepage B, Bensafi A, Afrite A, Pascal J, Cases C, Lombrail P, Lang T; INTERMEDE Group. Is perceived social distance between the patient and the general practitioner related to their disagreement on patient's health status? Patient Educ Couns. 2013 Apr;91(1):97-104.

Schieber AC, Kelly-Irving M, Rolland C, Afrite A, Cases C, Dourgnon P, Lombrail P, Pascal J and Lang T, Do doctors and patients remember the same elements of the cardiovascular riskfactors' management after the consultation? the INTERMEDE study. Br J Gen Pract. 2011 Mar;61(584):105-11.

Tanguy L., Fabre C., Ho-Dac L.-M., Rebeyrolle J., Caractérisation des échanges entre patients et médecins : approche outillée d'un corpus de consultations médicales. Corpus, 10, 2011.

Actes de colloque

Rolland C, Mantovani J. Pascal J, Afrite A, Membrado M, Lang T et l'ensemble du groupe Intermède. INTERMEDE : Comment l'étude sociologique des interactions médecin-patient peut-elle éclairer la question des inégalités sociales de santé ? Congrès National des Observatoires Régionaux de la Santé : Les Inégalités de Santé, nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques, 16 & 17 octobre 2008 – Marseille (publication du résumé dans la Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, supplément n°5, vol 56, octobre 2008, S366-367)

Schieber AC, Kelly-Irving M, Membrado M, Génolini JP, Tanguy L, Marchand P, Lang T. Pour le groupe INTERMEDE. Le rôle du médecin dans les inégalités sociales de santé : une approche interdisciplinaire. Santé conjuguée [à paraître].

Vergely P., Condamines A., Fabre C., Josselin-Leray A., Rebeyrolle J. et Tanguy L. Analyse linguistique des interactions patient/médecin Colloque Actes éducatifs et de soins, Nice, 2009.

Communications orales

Afrite A, Dourgnon P, Pascal J, Jusot F, Lang T, Lombrail P et l'ensemble du groupe Intermède. INTERMEDE : Premiers résultats d'une enquête pilote sur l'interaction médecin-patient et son rôle dans la formation des inégalités sociales de santé. Congrès National des Observatoires Régionaux de la Santé : Les Inégalités de Santé, nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques, 16 & 17 octobre 2008 – Marseille.

Cases C et l'ensemble du groupe Intermède, INTERMEDE : premiers résultats d'un projet de recherche pluridisciplinaire sur les conséquences de l'interaction médecin-patient sur les inégalités sociales de santé, Journées de la prévention de l'INPES, 10-11 avril 2008.

Fabre C., Condamines A., Rebeyrolle J., Tanguy L., Vergely P., Analyse linguistique des disparités dans les échanges médecin-patient, 2ème Congrès de l'ADELF, Epidémiologie et Inégalités sociales de santé, Mai 2009, Toulouse.

Josselin-Leray A., Fabre C., Rebeyrolle J., Qu'advient-il de la terminologie médicale dans l'interaction patient-médecin ? Journée Variaterm, Variation en Terminologie, Avril 2011, Toulouse

Hélardot V, Rolland C (2009) Les relations médecin-patient dans la production des inégalités sociales de santé. Congrès de l'Association Française de Sociologie, RT 19 Santé, médecine, maladie, handicap – Paris, 14-17 avril 2009

Kelly-Irving M, Dourgnon P, Pascal J, Cases C, Lombrail P, Lang T, Interaction médecin-patient et production d'inégalités sociales de santé. INTERMEDE, un projet de recherche pluridisciplinaire. Premiers résultats, Congrès international d'Epidémiologie ADELF-EPITER 10-12 septembre 2008.

Kelly-Irving M, Afrite A, Pascal J, Cases C, Lombrail P, Lang T, for the INTERMEDE group. Patient-physician interaction and the production of health inequalities in a French multi-disciplinary study : an original methodology and preliminary findings from the INTERMEDE project, Annual Scientific Meeting of UK Society for social medicine 17 - 19th September 2008, Southampton

Kelly-Irving M, A-C Schieber, A. Afrite, J. Pascal, C. Cases, P. Lombrail, T. Lang, pour le groupe INTERMEDE (2009) Les discordances dans la communication entre médecin et patient sont-elles associées aux inégalités sociales en santé ? Résultats quantitatifs du projet interdisciplinaire INTERMEDE, 2ème Congrès de l'ADELF, Epidémiologie et Inégalités sociales de santé, Toulouse, 28-29 mai 2009

Membrado M et Rolland C, Interaction médecin-patient et production d'inégalités sociales de santé. L'exemple d'une démarche de recherche pluridisciplinaire originale, colloque "Jeter des ponts pour la santé" de l'Association Internationale de Sociologie et l'Association Canadienne de Sociologie de la Santé. Université McGill, Montréal, Canada, 13-16 mai, 2008.

Membrado M (2009) La relation médecin-patient en médecine générale productrice d'inégalités de santé ? Le cas du surpoids (Projet Intermède), 2ème Congrès de l'ADELF, Epidémiologie et Inégalités sociales de santé, Toulouse, 28-29 mai 2009

Roca R., Génolini JP., Neyrand G., Les moments de négociation dans le jeu des interactions médecin-patient en consultation médicale, (L'organisation du travail en santé : atelier 13), Colloque international pluridisciplinaire réseau Germes-SHS, Mars 2011, Nantes.

Roca R., L'approche de la nutrition et de l'activité physique en médecine générale, Congrès de l'Association Française de Sociologie, Juillet 2011, Grenoble.

Roca R, Génolini J.P, Neyrand G, Lang T, Inégalités sociales de santé ? L'articulation du soin et de la prévention en médecine générale, 4ème Congrès de Médecine Générale France Nice 24-26 juin 2010

Rolland C, Hélardot V, La relation médecin-patient : de l'observation directe aux entretiens croisés. Congrès de l'Association Française de Sociologie, RT 20 méthodes– Paris, 14-17 avril 2009

Rolland C, Membrado M, au nom du groupe Intermede. Une approche microsociologique de la relation méedcin-patient. L'exemple du projet Intermede. Journée scientifique d'échanges CES-IRESP, Regards croisés sur la relation patient-médecin, Paris, 21 octobre 2011.

Schieber AC, Kelly-Irving M, Delpierre C, Lepage B, Bensafi A, Afrité A, Pascal J, Cases C, Lombrail P, Lang T, for the INTERMEDE group. Is social distance perceived by the general practitioner between him/herself and his/her patient related to their agreement on patient's health status? European Public Health Conference, Copenhague 9-12 Novembre 2011. European Journal of public health, Volume 21 Supplément 1.

Schieber AC, Kelly-Irving M, Rolland C, Afrité A, Cases C, Dourgnon P, Lombrail P, Pascal J, Lang T, pour le groupe INTERMEDE. L'accord entre patients et médecins généralistes sur la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire à la sortie de la consultation est-il lié au contexte social du patient ? 3e colloque thématique de l'Adelf, Epidémiologie et Inégalités sociales de santé, Toulouse, 15-16 mai 2009.

Schieber AC, Membrado M, Génolini JP, Tanguy L, Marchand P, Lang T, pour le groupe INTERMEDE. L'interaction médecin-patient: intégration interdisciplinaire du projet INTERMEDE. Ve congrès d'épidémiologie ADELF/EPITER, Bruxelles, 14 septembre 2012.

Communications affichées

Fabre C, Condamines A, Rebeyrolle J, Tanguy L et Vergely P (2009). Analyse linguistique des disparités dans les échanges médecin-patient, 2ème Congrès de l'ADELF, Epidémiologie et Inégalités sociales de santé, Toulouse, 28-29 mai 2009.

Marchand, P, Lang, T, Rolland C Exploration textométrique des relations praticien / patient (projet Intermède), 2ème Congrès de l'ADELF, Epidémiologie et Inégalités sociales de santé,
Toulouse, 28-29 mai 2009

Schieber AC, Kelly-Irving M, Delpierre C, Lepage B, Bensafi A, Afrité A, Pascal J, Cases C, Lombrail P, Lang T, pour le groupe INTERMEDE. La perception d'une distance sociale entre médecins et patients est-elle associée à leur désaccord sur l'évaluation de la santé perçue du patient? 3e colloque thématique de l'Adelf, Epidémiologie et Inégalités sociales de santé, Toulouse, 15-16 mai 2009.

Conférences invitées

Schieber AC for the INTERMEDE group. Interaction between patients and general practitioners and social inequalities in health. The French Intermede Project. Seminar, School of Public Health, Imperial College of London, Londres 2012.

Schieber AC pour le groupe INTERMEDE. La relation médecin-patient et ses conséquences sur les inégalités sociales de santé dans le contexte de la médecine générale. Séminaire de recherche financé par l'appel à projet 2010 de l'IRESP « Comment réduire les inégalités de soins préventifs en médecine générale », Paris 2012.

Lang T, M. Kelly-Irving, AC Schieber, C. Cases, P. Lombrail, for the INTERMEDE group. Patient physician interaction and the production of health inequalities.Global Health Symposium 2009. Athens, University of Georgia. 22-23 mars 2009.

Membrado M, L'interaction médecin/patient-e au regard du genre : quelques pistes. 20ème Séminaire de recherche de l'unité "Démographie, genre et société" : Différences de santé entre hommes et femmes : Question de sexe ou question de genre ? INED, Paris 20 Novembre 2009

Travaux d'étudiants

Allion, Sophie (2009). Le discours spécialisé dans les consultations médicales – étude de la reformulation. Mémoire de Master 1ère année, Sciences du langage, Université de Toulouse 2 – Le Mirail. Année 2008-2009

Combre, Mathilde (2010). Etude de la subjectivité lors des interactions patient/médecin.
Mémoire de Master 1ère année, Sciences du langage, Université de Toulouse 2 – Le
Mirail. Année 2009-2010.

Roca Roxane. La prévention en médecine générale : habitudes de vie et comportements de santé, Thèse de sociolologie, université Toulouse III. co-direction G Neyrand JP Génolini (équipe SOI) et T Lang (Inserm UMR 558), en cours

Schieber Anne-Cécile. La relation patient-médecin généraliste dans la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire : quelles conséquences sur les inégalités sociales de santé ? Mémoire de Master 2 Recherche d'épidémiologie clinique. Université Paul Sabatier Toulouse III. Année 2008- 2009

Schieber Anne-Cécile. La relation patient-médecin généraliste : quel éclairage sur les inégalités sociales de santé ? Thèse pour le Diplôme de Docteur en médecine (2011) et Thèse d'épidémiologie (en cours).

Projet IRESP : Interactions médecin-patient en médecine générale et inégalités sociales de santé. Analyses interdisciplinaires

Coordinateur

Thierry Lang
U1027 – Epidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques et handicaps, Inserm – Université de Toulouse, Toulouse
thierry.lang@univ-tlse3.fr

www.iferiss.org/

Perceptions discordantes entre patients et soignants vis-à-vis de la qualité de l'information médicale délivrée : besoins spécifiques des patients «précaires» hospitalisés

(Recherches sur les services de santé – IReSP)

MORET Leïla
leila.moret@chu-nantes.fr
Pôle Hospitalo-Universitaire Santé Publique et Santé au Travail, CHU de Nantes, EA 4275 "Biostatistique, Pharmaco- épidémiologie et mesures subjectives en santé" - Université de Nantes.

POURREAU Aurélie
aurelie.pourreau@gmail.com
Pôle Hospitalo-Universitaire Santé Publique et Santé au Travail, CHU de Nantes.

ANTHOINE Emmanuelle
emmanuelle.anthoine@chu-nantes.fr
Pôle Hospitalo-Universitaire Santé Publique et Santé au Travail, CHU de Nantes ; EA 4275 Biostatistique, Pharmaco- épidémiologie et mesures subjectives en santé - Université de Nantes.

DELMAS Christelle
christelle.delmas@chu-nantes.fr
Pôle Hospitalo-Universitaire Santé Publique et Santé au Travail, CHU de Nantes.

LOMBRAIL Pierre
pierre.lombrail@univ-paris13.fr
Professeur de santé publique, Faculté de médecine de Bobigny, Laboratoire de Pédagogie de la Santé EA 3412, UFR SMBH, Université Paris 13 - Sorbonne Paris Cité.

En France, comme dans de nombreux autres pays, les inégalités sociales de santé continuent de progresser. Si le rôle des déterminants externes a été largement mis en évidence (conditions de vie, comportement à risque, facteurs psychosociaux), le système de soins contribue également à renforcer les inégalités existantes. Jusqu'alors, les politiques de santé se sont très largement concentrées sur les droits à l'accès aux soins pour tous, mais un accès effectif aux soins ne garantit pas une égalité des soins prodigués. Des travaux récents suggèrent des résultats en terme de morbidité et de mortalité hospitalière inversement corrélés au niveau social des patients *[Convers M., 2012 ; Colvin J.D., 2013]*. Il apparait donc nécessaire d'approfondir les recherches permettant d'améliorer les connaissances sur les mécanismes par lesquels le système de soins peut aggraver ou limiter ces inégalités sociales, et plus particulièrement pour les patients en situation de précarité (que nous dénommerons «précaires» pour simplifier) [*Pascal et al, 2009*[33]].

Enjeux

Plusieurs publications ont mis en évidence, d'une part, que les capacités des patients à formuler des attentes en termes de soins sont inégales chez les individus selon les catégories socioprofessionnelles, et d'autre part, qu'il existe des différences de prise en charge selon les catégories sociales. La qualité

[33] *Social vulnerability and unmet preventive care needs in outpatients of two French public hospitals. Pascal J., Abbey-Huguenin H., Leux C., Lombrail P., Lert F. The European Journal of Public Health 2009; 19: 403-411.*

du diagnostic semble en effet dépendre de la proximité socioculturelle entre le patient et le médecin. La décision médicale est souvent prise en considérant d'autres éléments que le diagnostic et notamment des anticipations différenciées de l'observance, des attentes et des capacités de compréhension des patients, plus particulièrement pour les patients «précaires».

Pour ce qui concerne la communication soignant-soigné et la qualité de l'information médicale délivrée, des travaux ont montré l'existence d'un moindre partage d'informations et d'un temps d'échange moins fréquent entre médecin et patient pour les populations vulnérables : par exemple, pour la décision de reconstruction mammaire après mastectomie *[Greenberg C.C., 2008]* ; après la réalisation d'une angiographie coronaire chez les patients de race noire-africaine *[Gordon S., 2005]* ; avant une décision de transplantation rénale selon l'origine raciale *[Ayanian J.Z., 2004]*. Ainsi, une revue de littérature *[Willems S., 2005]* montre que les patients avec un niveau d'éducation faible sont doublement désavantagés : d'une part, ils communiquent moins avec les médecins et sont moins demandeurs d'informations (communication proactive plus faible). D'autre part, les médecins sous-estiment leur besoin d'information et ne donnent ainsi pas spontanément certaines informations, ne devançant pas les attentes des patients. Ces résultats ont été retrouvés plus récemment dans une étude portant sur la corrélation entre le niveau de littératie en santé et les modes de communication médecin-patient *[Sudore R.L., 2009]*. S. Fainzang (2006) observe que le médecin fonde son appréciation sur l'impression que le patient donne en termes d'appartenance sociale. L'impression d'une plus grande capacité de compréhension liée à la prestance sociale des patients appartenant à des classes sociales élevées, favorise une information détaillée.

L'hypothèse de l'existence d'une différenciation sociale d'accès à l'information susceptible d'influencer la qualité de la prise en charge et la satisfaction des patients a donc fait l'objet des travaux de l'axe 2 de ce projet.

Objectif

L'objectif du projet était de répondre aux questions suivantes :

- Les patients «précaires» sont-ils moins satisfaits que les autres «précaires» vis-à-vis de la qualité de la relation avec les soignants ? Vis-à-vis de la qualité et de la quantité de l'information médicale délivrée ?
- Les professionnels soignants (médecins et infirmiers) ont-ils une perception concordante avec celle du patient vis-à-vis du degré d'aisance sociale de celui-ci ? vis-à-vis de la qualité et de la compréhension des informations médicales délivrées ?
- Existe-t-il des différences perçues de pratiques d'information médicale en fonction de l'appartenance sociale des patients pouvant être génératrices d'inégalités de santé ?

Méthodes et approches

L'étude s'est déroulée au CHU de Nantes au cours du second semestre 2011. Deux services de chirurgie (Gynécologie et Chirurgie Orthopédique-Traumatologique) et deux services de médecine (Médecine Interne et Médecine Polyvalente d'Urgence) (soit 10 unités de soin) ont été inclus sur la base du volontariat. Les données comportaient 2 enquêtes appariées administrées en face-à-face :

- *Une enquête par questionnaire auprès des patients hospitalisés, 24H avant leur sortie :* enquête de satisfaction et de compréhension des informations médicales transmises au cours de l'hospitalisation. Tous les patients francophones adultes ayant donné leur accord pour participer à l'étude, ayant un état de santé compatible et hospitalisés au moins 3 jours étaient inclus.
- *Une enquête par questionnaire auprès du médecin référent du patient et d'une infirmière ayant suivi le patient au cours de son hospitalisation.*

Enquête par questionnaire

Les questionnaires destinés aux patients abordaient différentes dimensions de la relation médecin-patient et de la satisfaction du patient : identification de la situation sociale et donc des individus socialement «précaires» à l'aide notamment du score EPICES *[Afrite A, 2005 ; Pascal J., 2004]* identification de la relation au système de soins *[Lang T., 2008],* attentes vis-à-vis des relations avec les médecins, satisfaction vis-à-vis de la clarté et de la compréhension des informations médicales et de la relation avec les professionnels soignants (items des questionnaires ©EQS-H *[Moret L., 2007]*) et satisfaction globale concernant la prise en charge.
Le questionnaire destiné aux médecins et aux infirmiers comportait 10 questions abordant les connaissances qu'ont les professionnels du positionnement social du patient et la perception qu'ils ont eue de son rapport à l'information médicale.

Etude des perceptions des situations sociales

En parallèle, une étude des perceptions des situations sociales des patients sur la base d'entretiens semi-directifs a été réalisée avec les responsables médicaux et paramédicaux des unités incluses (4 entretiens avec les chefs de service et 11 avec le ou les cadres responsables de chacune des unités). Ces entretiens ont été enregistrés puis retranscrits.

Le calcul du nombre de sujets nécessaires a été effectué à partir de la répartition des individus selon le score EPICES[34] en 5 classes. Comme dans les autres travaux utilisant ce score, nous avons considéré comme «précaires» les patients ayant un score EPICES ≥ 30,17 soit les patients appartenant aux classes 4 et 5. Dans les études publiées, ces patients «précaires» représentaient environ 35% de la population. Le nombre minimum de patients à inclure dans l'étude était de 172, soit 43 patients par service. Au final, il a été décidé d'inclure 240 patients, soit 60 patients par service.

Les données descriptives ont été exprimées en pourcentage ou en moyenne ± écart-type. Les tests utilisés ont été des tests du Khi2 ou de comparaison de moyennes. Selon les cas, des coefficients Kappa de concordance[35] corrigés ou des tests de Student appariés[36] ont été calculés pour comparer les réponses appariées des patients et des professionnels ou des médecins et infirmiers. Pour les tests, le degré de signification retenu était $p<0.05$.

Sur les 333 patients éligibles, 47 étaient sortis avant la réalisation de l'entretien et 31 ont refusé de participer. Au total, **255 patients** ont été inclus dans l'étude. Concernant les professionnels, aucun refus de participation n'a été opposé, les questionnaires manquants étaient le fait, soit de l'absence de personnel référent du patient en raison d'un séjour court et de la multiplicité des intervenants, soit à l'absence du médecin ou de l'infirmière référent(e) du patient au moment de la sortie et dans les jours suivants. Au total, **202 questionnaires appariés patient/ médecin/infirmière** (79.2%) ont été recueillis (221 questionnaires patient/médecin et 235 patient/infirmier).

[34] Le score Epices (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé pour les CES) a été élaboré en 1998 par un groupe de travail composé de membres des CES, du Cetaf et de l'Ecole de santé publique de Nancy, avec pour mission de définir un score de précarité prenant en compte le caractère multidimensionnel de la précarité et allant au-delà des indicateurs socio-administratifs habituellement utilisés. Le score Epices est un score quantitatif de défaveur sociale composé de 11 items. Les individus sont répartis en 5 classes selon les quintiles. Les classes 4 et 5 concernent les personnes socialement «précaires».

[35] Le test du Kappa de concordance mesure l'accord entre les 2 observateurs pour des variables qualitatives en classes.

[36] Le test de Student apparié permet, pour 2 échantillons appariés (c'est à dire que l'on dispose de 2 mesures pour un même sujet), de comparer les moyennes des différences des paires par rapport à 0.

Résultats scientifiques

Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon des patients était composé de 65.5% de femmes, l'âge moyen était de 59.1 ans (±21.4) et médian de 60 ans. Pour 93% des patients la langue maternelle était le français. La majorité des patients étaient retraités (50.6%), de catégorie professionnelle employés ou ouvriers (53%) et ayant un diplôme inférieur au baccalauréat (58.1%).
Un tiers d'entre eux (32.7% (n=81)) étaient identifiés comme «précaires» [quintiles 4 et 5 du score EPICES], variant selon les services de 22% (services de chirurgie) à 52% (Médecine Polyvalente d'Urgence). Ces patients étaient significativement plus âgés (63.9 ans±23.5 versus 56.5ans±19.8, $p<0.05$), plus souvent retraités ($p<0.01$), plus souvent des ouvriers ($p<0.001$) et plus souvent sans diplômes ($p<0.001$) que les patients identifiés comme non «précaires». Sur une échelle de 1 à 10, les patients «précaires» déclaraient un niveau de vie moyen de 5.7 contre 6.3 pour les patients non «précaires» ($p<0.05$). Par contre, il n'existait pas de différence significative concernant la perception de leur état de santé global.

Les patients «précaires» sont-ils moins satisfaits de leur prise en charge ?

Les taux de satisfaction globale concernant la qualité des soins reçus ne différait pas significativement entre les 2 groupes.

Cependant, la satisfaction vis-à-vis de l'information médicale délivrée à propos de leur état de santé ($p<0.05$) et de leur traitement ($p<0.001$) était significativement plus faible chez les patients «précaires». De plus, 20.7% des patients «précaires» versus 5.2% ($p<0.01$) pensaient n'avoir reçu aucune information sur les objectifs du traitement chirurgical, avec des résultats similaires concernant les objectifs du traitement médicamenteux (23.4% vs 9.2%, $p<0.001$) et les examens à réaliser (35.1% vs 18.6%, $p<0.05$). Par ailleurs, respectivement 14.3% des patients «précaires» et 6.8% des patients non «précaires» n'avaient pas souhaité être informés sur les objectifs de leur traitement ($p<0.001$).

La satisfaction vis-à-vis de la qualité des échanges avec les professionnels de santé était significativement plus faible pour les patients «précaires», que ce soit dans la communication avec le médecin ($p<0.001$) ou avec l'infirmière ($p<0.01$). Pour ce qui concernait la durée des échanges, elle ne différait pas entre les 2 groupes pour les professionnels médicaux, mais il existait une satisfaction plus faible vis-à-vis de la durée des échanges avec les infirmières chez les patients «précaires» ($p<0.01$). Les patients «précaires» attendaient plus de leur médecin des compétences relationnelles que des compétences techniques ($p<0.05$), alors que la relation s'inversait pour les patients non «précaires».

Pour ce qui concernait la compréhension des réponses aux questions posées, les patients «précaires » étaient là encore significativement moins satisfaits que les patients non «précaires», tant de la part des médecins (59.6% vs 82.3%, $p<0.01$) que des infirmières (64.3% vs 91.9%, $p<0.001$).

Enfin, la satisfaction vis-à-vis de la participation aux décisions concernant les soins et les traitements était significativement plus faible chez les patients «précaires» (51.4%) par rapport aux patients non «précaires» (76.1%) ($p<0.001$).

Les professionnels médecins et infirmiers ont-ils une perception concordante avec celle du patient ?

La perception des médecins et des infirmiers étaient concordante concernant l'appréciation du niveau de vie du patient (respectivement 7.2/10 (±2.4) versus 7.5/10 (±2.4), NS) et du niveau moyen de compréhension des informations médicales délivrées (7.3/10 (±2.1) et 7.5/10 (±1.9), NS). Elle était

également concordante pour ce qui concernait la clarté des informations délivrées (Coefficient Kappa corrigé=0.93) et l'implication du patient dans la prise de décision (Coefficient Kappa corrigé=0.81).

La comparaison du jugement du médecin et du patient a mis en évidence une perception significativement plus favorable du médecin concernant le niveau de vie moyen des patients (7.2/10 (±2.4) vs 6.1/10 (±1.5), p< 0.001) et concernant l'évaluation du niveau moyen de compréhension des informations médicales de leurs patients (7.3/10 (±2.1) vs 6.7/10 (±1.7), p< 0.001). La perception de la clarté des informations délivrées était moyennement concordante (Coefficient Kappa corrigé=0.52, pourcentage d'accord= 58.3%), dans le sens d'une perception plus favorable par le médecin. Les médecins jugeaient que les informations délivrées étaient moins souvent claires pour les patients détectés comme «précaires» (p<0.01). Pourtant, moins de la moitié des médecins (41.6%) ont considéré qu'ils ont dû adapter leur discours pour leurs patients. Cependant, l'adaptation concernait significativement plus souvent les patients «précaires» (53.8% vs 37.2%, p<0.05).

La comparaison du jugement de l'infirmier et du patient a mis en évidence une perception significativement plus favorable de l'infirmier concernant le niveau de vie moyen des patients (7.5/10 (±2.4) vs 6.1/10 (±1.5), p< 0.001) et concernant l'évaluation du niveau moyen de compréhension des informations médicales de leurs patients (7.5/10 (±1.9) vs 6.7/10 (±1.7), p< 0.001). La perception de la clarté des informations délivrées était moyennement concordante (Coefficient Kappa corrigé=0.45, pourcentage d'accord= 51.7%), là encore dans le sens d'une perception plus favorable par l'infirmier. Enfin, les infirmiers jugeaient que les informations médicales délivrées étaient moins souvent claires pour les patients «précaires» (p<0.05) et qu'ils ont dû reformuler les informations dans plus d'un tiers des cas (35.5%), significativement plus souvent pour les patients «précaires» (p<0.05).

Existe-t-il des différences perçues de pratiques d'information médicale en fonction de la situation sociale des patients pouvant être génératrices d'inégalités de santé ?

Les professionnels interviewés décrivent deux principaux profils de patients «précaires» : les personnes âgées isolées familialement et/ou socialement et les adultes en situation de rupture sociale, souffrant fréquemment de conduites addictives, notamment d'alcoolisme.

Dans les services médicaux, les professionnels pensent que les patients «précaires» sont moins demandeurs d'informations médicales. Comme ces patients présentent plus souvent des troubles cognitifs, soit liés à l'âge, soit liés aux addictions, il semble exister fréquemment à la fois des difficultés de compréhension et de mémorisation de l'information. De ce fait, les professionnels s'appuient sur l'entourage proche, quand il existe, qui joue un rôle plus important dans la transmission des informations médicales.

> *« Souvent ce sont des gens qui sont perdus. Alors pour les alcooliques chroniques ou les SDF, ce sont des gens qui ont très peu de connaissances, ils ne comprennent pas toujours le sens ou la gravité de la situation. Mais ils ne retiennent pas forcement. Et quand on leur demande ils disent "je ne sais pas, le médecin ne m'a rien dit. » (Cadre de santé, service de médecine)*

> *« Pour ces patients là on réexplique et on fait beaucoup participer les familles ou les aidants. Ça change la façon de délivrer l'information mais on la donne quand même aux patients. » (Médecin, service de médecine)*

La situation sociale difficile de ces patients est également un facteur explicatif de la moindre demande d'informations selon les professionnels. Les préoccupations étant axées sur les problèmes quotidiens, le problème médical devient secondaire. La résolution du problème est alors le seul objectif, les explications médicales associées passant au second plan. Les informations fournies spontanément par l'équipe médicale sont donc suffisantes et le patient apparait donc moins en demande qu'un autre patient à la recherche d'explications complémentaires.

« Les patients ont peur d'être déconsidérés, …, ils n'osent pas demander surtout devant le chirurgien, ils ne se sentent pas autorisés, comme s'ils voulaient se rabaisser… les chirurgiens délivrent l'information, ils disent, ça va ? Vous avez compris ? Et la personne n'ose peut-être pas… il faut que les soignants soient vigilants pour créer les conditions qui permettent un échange interactif… il faut que le chirurgien sache que c'est à lui d'initier le dialogue… sinon la relation ne se construit pas, ils disent c'est OK, il n'a pas posé de questions » (Cadre de santé, service de chirurgie)

De plus, cette moindre demande d'informations est perçue comme liée au contexte d'admission des patients «précaires» qui se fait plus souvent en situation d'urgence. Dans ce cas, l'absence d'alternative à la prise en charge médicale conduit à plus de passivité de la part des patients. La question de la spécificité d'attitude des patients «précaires» en terme de demande d'informations est alors difficile à trancher car en étroite relation avec le contexte de prise en charge.

« Les gens en situation difficile, elles ne posent pas trop de questions, le choix est un peu plus… je pense que, du coup, les alternatives… c'est peut-être moins important » (Chirurgien)

La délivrance d'information relative à l'état de santé et à la prise en charge relève majoritairement du médecin. Mais, bien que certains cadres indiquent ne pas avoir de rôle quant à l'information des patients, d'autres au contraire indiquent servir parfois de relais, soit en appui de l'assistante sociale notamment auprès des familles pour les accompagner dans les démarches administratives soit en complément des médecins pour reformuler des informations non comprises.

« La personne nous dit : le docteur m'a expliqué, mais je n'ai rien compris à ce qu'il a dit » (Cadre de santé, service de médecine)

« Parfois on est obligé d'employer des termes : le médecin il dit « vous avez des gaz ? » Et les gens « mais des gaz, des gaz, qu'est-ce que c'est ? » Alors nous on leur dit « vous avez pété ».C'est cru mais bon, avoir des gaz.. » (Cadre de santé, service de chirurgie)

Perspectives

L'hypothèse de l'existence d'une différenciation sociale d'accès à l'information à l'hôpital est vérifiée dans l'axe 2 du projet. Les patients «précaires» sont tout à la fois moins satisfaits de l'information médicale délivrée par les professionnels et moins en demande d'information, les professionnels quant à eux, adaptent souvent leurs discours, mais surestiment la capacité perçue de compréhension des patients et sous-estiment leurs difficultés sociales.
Parmi les perspectives de travail, on peut citer la question du repérage des situations de précarité par les soignants pour améliorer la qualité de la prise en charge médicale mais aussi faciliter les démarches d'accompagnement social. La question du choix de la méthode de repérage est également importante. Le score EPICES utilisé dans ce projet reflète en grande partie la réalité des difficultés de prise en charge rencontrées par les soignants : l'absence d'entourage familial et/ou social chez ses patients, les difficultés financières et leur impact sur la prise en charge des soins. Sa valeur d'usage est donc acquise. Toutefois, ce questionnaire ayant été construit pour une population de consultants, non hospitaliers, il serait peut être nécessaire de le réajuster pour la population hospitalière, différente sur le plan de l'âge notamment. La question de l'ajustement des données de satisfaction sur le gradient social reste également à explorer.
Une piste complémentaire de travail concerne la question de la compréhension des informations reçues par le patient («Health Literacy»). A ce jour, peu d'études francophones portent sur la compréhension de l'information médicale par le patient et plus spécifiquement il n'existe pas d'outil validé en français pour mesurer les capacités de compréhension des patients vis-à-vis des informations à caractère médical. Le rôle que joue la compréhension des informations transmises au patient au cours de son séjour dans la satisfaction vis-à-vis de sa prise en charge est à explorer, de même que les liens entre compréhension des informations et implication du patient dans les décisions le concernant.

Enfin, l'axe 1 du projet a exploré l'importance de la collaboration et de la communication en équipe de soins, et notamment l'impact de la qualité du partage de l'information médicale entre médecins et équipe soignante sur la satisfaction du patient hospitalisé. Cette recherche a montré d'une part qu'à l'évidence, la communication et la collaboration entre professionnels est un axe majeur de la démarche d'amélioration de la qualité des soins. Ainsi, une meilleure communication entre professionnels et donc la décision d'adopter un discours plus structuré et plus cohérent sur l'information à délivrer au patient serait susceptible d'améliorer la satisfaction du patient concernant l'information reçue. A l'inverse, la méconnaissance par les soignants du contenu de l'information délivrée par le médecin, est source de dysfonctionnements dans le processus de prise en charge et d'insatisfaction des patients. Il existe des marges importantes d'amélioration dans le contexte hospitalier: définition claire des rôles de chacun, objectifs partagés, organisation définie seraient autant d'éléments favorisant le travail en équipe. Pour améliorer les conditions du partage de l'information médicale entre professionnels, la traçabilité de l'information délivrée, la consultation de celle-ci au sein du dossier du patient et l'aménagement de temps dédié à la communication orale entre les professionnels autour de l'information délivrée au patient sont à promouvoir, notamment dans un contexte de charge de travail et de manque de temps croissants. Les travaux ont permis de construire et valider une échelle d'auto-évaluation de la collaboration interpersonnelle. Les propriétés de l'outil seront améliorées dans le cadre de la réponse à un AO de la DGOS (PREPS indicateurs, résultats finaux en attente).

Productions scientifiques

Communications à des congrès

- Anthoine E., Lombrail P., Moret L. Développement et validation d'un outil d'évaluation de la qualité de la collaboration et du partage de l'information médicale entre les professionnels du soin. In congrès de la SFSP, Lille, Novembre 2011.
- Moret L., Anthoine E., Lombrail P. Exploration du lien entre la satisfaction des patients hospitalisés et la qualité de la collaboration et du partage interprofessionnel de l'information médicale délivrée aux patients au CHU de Nantes. In congrès de la SFSP, Lille, Novembre 2011.
- Anthoine E., Moret L., Lombrail P. Facilitators of interprofessional sharing of medical information delivered to patients in a French university hospital. In congrès de l'ISQUA, Hong Kong, Octobre 2011.
- Moret L., Pourreau A., Anthoine E., Delmas C., Lombrail P. Perceptions discordantes entre patients et soignants vis-à-vis de la qualité de l'information médicale délivrée : besoins spécifiques des patients «précaires» hospitalisés. In congrès de la SFSP, Bordeaux, octobre 2013.

Autres communications

- Anthoine E., Moret L., Lombrail P. Qualité du partage de l'information médicale entre professionnels et satisfaction des patients. Séminaire de santé publique, CHU de Nantes, 6 avril 2010.
- Pourreau A., Anthoine E., Moret L., Lombrail P. Satisfaction vis-à-vis de la prise en charge hospitalière et identification des besoins spécifiques en matière d'information médicale chez les populations «précaires». Séminaire de santé publique, CHU de Nantes, 26 juin 2012.
- Moret L. La qualité du partage de l'information médicale entre médecins et autres soignants à l'hôpital : un enjeu déterminant de la qualité des soins délivrés et de la satisfaction du patient. Semaine de la sécurité, CHU de Nantes, 29 novembre 2012.

Publications en cours

- E. Anthoine, C. Delmas, J. Coutherut, L. Moret. Development and psychometric testing of a scale assessing medical information sharing and inter-professional collaboration in a French university hospital: the CSI scale. Soumis en mars 2013 à BMC Health Services Research.
- E. Anthoine, J. Coutherut, C. Delmas, L. Moret. Determinants of interprofessional collaboration: perceived practices of sharing medical information between physicians and nurses. En cours de finalisation pour la revue Int J Quality Health Care.
- Moret L., Anthoine E., J. Coutherut, C. Delmas, Lombrail P. Interprofessional collaboration is a key element of inpatient satisfaction. Mis en route.

Projet IRESP : Influence de la qualité de l'information médicale délivrée sur la satisfaction du patient hospitalisé : qualité du partage de l'information médicale entre médecins et autres soignants, besoins spécifiques des populations vulnérables

Coordinateur

Moret Leïla, Médecin de santé publique, Pôle Hospitalo-Universitaire Santé Publique et Santé au Travail, CHU de Nantes, EA 4275 "Biostatistique, Pharmaco- épidémiologie et mesures subjectives en santé" - Université de Nantes, Nantes
leila.moret@chu-nantes.fr

Lombrail Pierre, Professeur de santé publique, Laboratoire de Pédagogie de la Santé EA 3412, UFR SMBH, Université Paris 13 - Sorbonne Paris Cité. GH Paris Seine St-Denis, AP-HP.
pierre.lombrail@univ-paris13.fr

Participants

Anthoine Emmanuelle (Biostatisticienne)
Coutherut Julie (Médecin de santé publique, chargée d'étude de l'axe 1)
Pourreau Aurélie (Sociologue et Gestionnaire de risques, chargée d'étude de l'axe 2)
Delmas Christelle (Chargée d'étude attachée au pôle)

L'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP)

L'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) est un groupement d'intérêt scientifique (GIS) créé en 2007 qui constitue un lieu de coordination et de dialogue entre les acteurs de la recherche du domaine d'une part et les acteurs du système de santé et de protection sociale intéressés aux résultats et au développement de la recherche (administrations publiques, agences sanitaires, organismes de protection sociale) d'autre part. L'IReSP articule son action avec celle de l'Institut thématique de Santé Publique (ISP) de l'Alliance pour les sciences de la vie et de la santé (Aviesan). Depuis novembre 2011, le directeur de l'IReSP est Jean-Paul Moatti, Professeur d'Economie de la Santé à l'Université d'Aix-Marseille, qui est également directeur de l'ISP d'Aviesan qui coordonne l'ensemble de la recherche biomédicale et en santé du secteur public.

Les 23 partenaires

Ministères

- Ministère des Affaires sociales et de la santé
- Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche

Opérateurs de la recherche en Santé Publique

- Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS)
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)
- Institut de Recherche pour le Développement (IRD)
- Institut National d'Etudes Démographiques (INED)
- Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)
- Union des Établissements d'Enseignement Supérieur Catholique (UDESCA)
- Conférence des Présidents d'Université
- Fondation Nationale des Sciences Politiques
- Conservatoire national des Arts et Métiers (Cnam)
- Institut Pasteur

Agences et opérateurs de la Santé Publique

- Haute Autorité de Santé (HAS)
- Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM)
- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)
- Institut de Veille Sanitaire (InVS)
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
- Agence de la Biomédecine
- Etablissement Français du Sang
- Institut National du Cancer (INCa)

Organismes de protection sociale

- Régime Social des Indépendants (RSI)
- Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)
- Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

Les objectifs et les missions

L'IReSP a pour objectif de soutenir et promouvoir la recherche française en Santé Publique en instaurant un partenariat respectant l'autonomie des institutions partenaires.
Ses missions, en concertation étroite avec l'ISP d'Aviesan, sont les suivantes :

- Contribuer à la réflexion sur la politique scientifique de recherche en Santé Publique cohérente avec les préoccupations des acteurs du système de santé et de protection sociale;
- Favoriser les retombées des recherches en Santé Publique pour l'aide à la décision et l'expertise ;
- Favoriser l'interdisciplinarité entre les disciplines de Santé Publique (biostatistiques, bioinformatique, épidémiologie, sciences humaines, économiques et sociales) et entre celles-ci et les autres disciplines de la recherche biomédicale ;
- Développer la valorisation sociale de ces recherches.

Les domaines de recherche soutenus

L'IReSP soutient trois grands domaines de recherche sur :

- Fonctionnement du système de santé (« health services research » dans la littérature anglo-saxonne) ;
- Evaluation des politiques publiques de santé (leur impact sur la santé des populations, la façon dont elles doivent évoluer, leurs conditions d'élaboration) ;
- Déterminants de la santé (prenant en compte les interactions entre les différents déterminants médicaux, économiques, sociaux et environnementaux).

Les modalités d'action

Etats des lieux des forces de recherche en Santé Publique

Depuis fin 2008, l'IReSP a mis à disposition de la communauté de recherche en Santé Publique deux bases (qui sont accessibles sur le site web de l'IReSP www.iresp.net) :

- La base des équipes de recherche en Santé Publique

Il s'agit d'un répertoire des équipes de recherche travaillant dans le domaine de la Santé Publique, toutes institutions confondues. Plus de 300 équipes sont actuellement décrites.

- La base des appels à projets

Cette base de données recense tous les appels à projets de recherche lancés dans le domaine de la recherche en Santé Publique et est mise à jour régulièrement avec les nouveaux appels à projets dans le cadre de la collaboration avec la Société Française de Santé Publique (SFSP).

Appels à projets de recherche

Depuis 2005, l'IReSP a lancé plus de 25 appels à projets de recherche, correspondant aux thématiques d'intérêt de ses différents partenaires et portant sur des domaines variés tels que : les inégalités sociales de santé, les handicaps, la prévention, la cancérologie, l'éducation thérapeutique du patient, etc. Ces différents appels à projets ont bénéficié de financement émanant des partenaires de l'IReSP.

Groupes de travail ou actions concertées

Depuis sa création, l'IReSP a mené en collaboration avec ses partenaires plusieurs groupes de travail qui ont débouché sur des initiatives prises en charge soit directement par lui soit par les partenaires les plus directement intéressés. Des exemples récents ont concerné la "santé mentale" ou la "recherche

interventionnelle en Santé Publique“, deux champs où notre pays connaissait un certain retard par rapport à la littérature internationale en santé publique.

- **Animation autour des cohortes et grandes enquêtes (en coordination avec l'ITMO Santé Publique)**

Depuis 2011, l'IReSP et l'ITMO Santé Publique sont chargés par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche d'accompagner scientifiquement les cohortes soutenues dans le cadre des investissements d'avenir. Les deux objectifs principaux de cet accompagnement sont la mutualisation des bonnes pratiques et la mise à disposition des données recueillies vis-à-vis de l'ensemble de la communauté scientifique. Cette action est conduite en étroite concertation avec l'ANR.

- **Actions de communications**

L'IReSP publie depuis mi-2008 un bulletin de quatre pages, traitant d'un seul et unique sujet, intitulé « Questions de Santé Publique », à destination du grand public. Vingt-deux numéros ont été réalisés jusqu'à présent.
Par ailleurs, l'IReSP diffuse tous les mois une lettre d'information mensuelle à destination de la communauté de Santé Publique. Deux mille chercheurs et acteurs de la Santé Publique reçoivent chaque mois cette lettre. Cette lettre électronique recense les événements scientifiques dans le domaine de la recherche en santé publique : les colloques (congrès, séminaires), les formations et enseignement, la parution de documents (rapports, actes, brochures, revues, études), les prix de recherche, les offres d'emploi.

Composition du Comité Scientifique d'Evaluation « recherches sur les services de santé »

Henri Bergeron (CNRS)
Marie-Hélène Bouvier-Colle (Inserm)
Chantal Cases (IRDES)
Pierre Chauvin (Inserm)
Jean-Pierre Claveranne (Lyon 3, IFROSS)
Dominique Crié (Université des Sciences et Technol de Lille)
Pierre Czernichow (Hôpital Charles Nicolle)
Alain Deccache (UCL, Bruxelles)
Benoît Dervaux (CNRS)
Marc Gruenais (Inserm)
Marie-Eve Joël (Université Paris Dauphine)
Florence Jusot (Université Paris Dauphine)
Annette Leclerc (Inserm)
Alain Leizorovicz (Faculté RTH Laennec)
David Piovesan (Lyon 3, Paris XI)
Gérard de Pouvourville (ESSEC, Président)
Vololona Rabeharisoa (Ecole des Mines)
Rachid Salmi (Université Victor Segalen Bordeaux)
Jean-Christophe Thalabard (CHU Necker)
** Appartenance des membres du CSE en 2008*

Composition du Comité Scientifique d'Evaluation « Territoires et santé »

Jean-Pierre Claveranne (Université Lyon 3, Ifross)
Alain Corvez (Dir ARH Languedoc-Roussillon)

Jean-Pierre Daures (Université Montpellier)
Pierre Gauthier (Dir ARH Midi-Pyrénées)
Laurent Gerbaud (CHU Clermont Ferrand)
Alain Grand (Inserm, Président)
Jean-Claude Henrard
Jean de Kervasdoué (CNAM)
Babak Koshnood (Inserm)
Michel Naiditch (IRDES)
Fred Paccaud (Institut universitaire de médecine sociale, Lausanne, Suisse)
Patrick Peretti Watel (Inserm)
Henri Picheral (Université de Montpellier)
Jean-Claude Sailly (CNRS)
Jean-Louis Salomez (CHRU Lille)
Monika Steffen (CNRS)
Nicolas Tanti Hardouin (Université Aix Marseille)
** Appartenance des membres du CSE en 2008*

PROGRAMME DU COLLOQUE « VULNERABILITES SANITAIRES ET SOCIALES »

Le colloque a pour objectifs de présenter les principaux résultats scientifiques obtenus dans les recherches financées dans les appels à projets : « Vulnérabilités : à l'articulation du sanitaire et du social » (ANR édition 2008) ; « Blanc » et « Jeunes Chercheuses et Jeunes Chercheurs » (ANR éditions 2007-2008-2009-2010) ; « Recherches sur les services de santé » et « Territoires et santé » (IReSP édition 2008). Il doit aussi permettre de définir de nouvelles perspectives de recherche.

Jeudi 14 novembre

9h Accueil

9h30 Allocutions d'ouverture

Pascale Briand, Directrice générale de l'Agence Nationale de la Recherche

Jean-Paul Moatti, directeur de l'ITMO Santé Publique et de l'IReSP

10h00
Transformations historiques de la définition des catégories et des populations

Discutant : Rolande Ruellan, présidente du comité d'histoire de la sécurité sociale et Martin Lengwiler, historien, professeur, université de Basel

Penser la protection. Définition et gestion des populations vulnérables depuis 1900 : approche comparée (Vulnérabilité - ANR)
Yohann Aucante, maitre de conférences en sciences politiques, Centre d'étude sociologique et politiques Raymond Aron (Cespra), Etudes Sociales et politiques des populations, de la protection sociale et de la santé (ESOPP-CRH) EHESS

Elodie Richard, historienne, chargée de recherche, CNRS, Etudes Sociales et politiques des populations, de la protection sociale et de la santé (ESOPP-CRH), EHESS

Paul-André Rosental, historien, professeur Sciences po Paris, INED, Etudes Sociales et politiques des populations, de la protection sociale et de la santé (ESOPP-CRH), EHESS

Philanthropes en 1900 (Londres, New York, Paris, Genève) : une approche par les réseaux (Vulnérabilité - ANR)
Christian Topalov, directeur d'études à l'EHESS, Centre Maurice-Halbwachs (CNRS-EHESS-ENS)

Les politiques sociales au XXe siècle au prisme des problématiques sanitaires : apports historiographiques et sociologiques (Vulnérabilité - ANR)
Axelle Brodiez, chargée de recherche au CNRS-LARHRA LAboratoire de Recherche Historique Rhône-Alpes, UMR 5190, CNRS / Université Lyon 2

Le projet PHS2M : ranimer la réflexion conceptuelle sur la santé mentale à partir de l'épistémologie et de l'histoire des sciences (Blanc 2008 - ANR)
Pierre-Henri Castel, Directeur de recherche au CNRS, Responsable de l'équipe Cesames, Cermes3/Cesames, Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé mentale, Société, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité

Discussion générale

Pause

Les catégories de prise en charge : entre droit et politique

Discutant : Chiara Saraceno, sociologue, professeur émérite, Collegio Carlo Alberto, université de Turin et Luc-Henry Choquet, chargé du pôle recherche, Sous-Direction des missions de protection judiciaire et d'éducation (SDK), Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ), Ministère de la Justice

Evaluer des trajectoires, accorder des droits : entre expertise sur autrui et expertise d'autrui (Vulnérabilité - ANR)
Léa Lima, sociologue, maîtresse de conférences au CNAM, Laboratoire Interdisciplinaire pour la Sociologie Economique (LISE - UMR CNAM-CNRS), chercheure associée au Centre d'Etudes de l'Emploi

Processus de vulnérabilité et parcours des personnes au grand âge : régulations juridiques et pratiques sociales (Vulnérabilité - ANR)
Françoise Le Borgne-Uguen, sociologue, maître de conférences, Laboratoire d'Etudes et de Recherches Sociologiques, ex-Atelier de Recherche Sociologique (EA 3149), Université de Brest ; Muriel Rebourg, juriste, professeur, Centre de Recherche en Droit Privé (EA 3881), Université de Brest

Discussion générale

12h30 – 14h00 Déjeuner

14h00

Les catégories de prise en charge : entre droit et politique (suite)

Discutants : Jean Denis Combrexelle, Directeur général du Travail, ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social et Richard Rechtman, anthropologue, psychiatre des hôpitaux, directeur d'études à l'EHESS, Institut de recherches interdisciplinaires sur les enjeux sociaux (IRIS), directeur du Labex TEPSIS

Formes d'énonciation et d'évaluation de la plainte en matière médicale. Une étude au sein du dispositif de règlement amiable créé par la loi du 4 mars 2002 (Recherches sur les services de santé - IReSP)
Janine Barbot, sociologue, chargée de recherche à l'Inserm, Cermes3 - Centre de recherche, médecine, science, santé, société, CNRS-UMR8211, Inserm-U988, EHESS, Université Paris-Descartes

Approche juridique comparée des risques psychosociaux au travail (France - Europe du Nord et du Sud, Canada/Québec, Japon) : quels apports au regard du système français ? (Jeunes Chercheuses – Jeunes Chercheurs 2007- ANR)
Loïc Lerouge, chargé de recherche CNRS, Centre de droit comparé du travail et de la sécurité sociale (COMPTRASEC UMR CNRS 5114), Université Montesquieu-Bordeaux IV

Discussion générale

Gouverner les conduites ?

Discutants : Martin Lengwiler, historien, professeur, université de Basel

Sport, genre et vulnérabilités en contextes de crise, de la Grande Guerre à nos jours (Vulnérabilité – ANR)
Philippe Liotard, directeur du Laboratoire d'Histoire et de Socio-anthropologie du Sport (LH2S), Centre de Recherche et d'Innovation sur le Sport (CRIS), Université Lyon 1

Activités physiques et santé : transformations socio-historiques des représentations et des modes d'actions (de la fin du 19eme au début du 21eme siècle) (Vulnérabilité - ANR)
Jacques Defrance, professeur, Université Paris Ouest Nanterre, Directeur de l'Equipe Sciences sociales, « Centre de Recherche sur le Sport et le Mouvement » (EA 293), Université Paris-Ouest Nanterre, Laboratoire « Sports Organisations Identités » (EA 3690), Université Toulouse 3

Gouverner les conduites de consommation : les cas des politiques de lutte contre l'obésité (Gouverner et administrer, ANR 2008)
Henri Bergeron, sociologue, chargé de recherche CNRS, Coordinateur scientifique de la Chaire Santé de Sciences Po-FNSP et Etienne Nouguez, membres du Centre de Sociologie des Organisations, Sciences Po Paris

Discussion générale

16h30/18h30 Perspectives pour la recherche

Avec notamment la participation de

- Pierre Bollinger, responsable des partenariats et des relations avec le monde académique, Commissariat général à la stratégie et à la prospective
- Agnès Buzyn, Présidente du Conseil d'Administration, INCA
- Yannick Moreau, Présidente de section au Conseil d'Etat, Présidente de la Commission pour l'avenir des retraites
- Paul-André Rosental, historien, professeur Sciences Po Paris et Laurence Fontaine, directrice de recherche, CNRS
- Françoise Thibault, déléguée générale de l'Alliance Athéna
- Etienne Wasmer, professeur d'économie, Sciences Po Paris

Vendredi 15 novembre

9h00
Aspects macroéconomiques et microéconomiques, capital économique ou social et vulnérabilité

Discutant : François Bourguignon, économiste, professeur à l'Ecole d'économie de Paris

Préférences temporelles et expérience du cancer (Vulnérabilité - ANR)
Patrick Peretti-Watel, sociologue, chargé de recherches, Inserm UMR912, Sciences économiques et sociales de la santé et traitement de l'information médicale (SESSTIM), INSERM, IRD, Aix Marseille Université

Mondialisation, inégalités et mobilité sociale dans les pays avancés (Vulnérabilité - ANR)
Nathalie Chusseau, maître de conférences, Laboratoire EQUIPPE (Economie Quantitative, Intégration, Politiques Publiques et Econométrie) et MESHS-CNRS, Université Lille 1

Mesurer la discrimination sur le marché immobilier à la location en France : apports croisés des méthodes quantitatives et qualitatives (Blanc 2007)
Mirna Safi, sociologue, chargée de recherche à l'Observatoire sociologique du changement, Sciences Po Paris
Etienne Wasmer, professeur d'économie, Sciences Po Paris

Formes et conditions de maintien et de sortie de la « vulnérabilité sociale » en milieux populaires (Vulnérabilité - ANR)
Sylvia Faure, professeur, équipe « Modes espaces et processus de socialisation » du Centre Max Weber, Université Lyon 2 ; Daniel Thin, professeur, Laboratoire Triangle, Université Lyon 2

Discussion générale

Pause

Politiques et régulations : prévention, protection, accès aux soins

Discutants : Laurent Chambaud, inspecteur général des Affaires Sociales, directeur de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et Sarah Curtis, professeur, géographe, Directeur exécutif « Institute of Hazard, Risk and Resilience », Département de Géographie, Université de Durham

Agir sur les vulnérabilités sociales ? Les interventions de première ligne entre gestion, expérimentation et travail à la marge (Vulnérabilité – ANR)
Claire Lévy-Vroelant, professeure de sociologie à l'université de Paris 8 Saint-Denis, membre du Centre de Recherche sur l'Habitat du Laboratoire Architecture Ville Urbanisme Environnement (LAVUE UMR 7218) ; Michel Joubert, professeur de sociologie à l'université de Paris 8 Saint-Denis, membre de l'équipe Cultures et Sociétés Urbaines du Centre de Recherche Sociologiques et Politiques de Paris (CRESPPA UMR 7217)

Les jeunes vulnérables face au système d'aide (Vulnérabilité - ANR)
Patricia Loncle, enseignant-chercheur, Centre de recherche sur l'action politique en Europe (CRAPE, UMR 6051), École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)
Virginie Muniglia, doctorante, Centre Maurice Halbwachs (CMH, UMR 8097) et Centre de recherche sur l'action politique en Europe (CRAPE, UMR 6051) et ingénieur d'études, École des hautes études en Santé Publique (EHESP)

Environnements géographiques de vie, mobilité quotidienne et santé métabolique (Territoires et santé - IReSP)
Basile Chaix, chargé de recherche Inserm, UMR-S 707 Epidémiologie, Systèmes d'Information, Modélisation, Inserm - Université Pierre et Marie Curie, Faculté de Médecine Saint-Antoine

Pollution atmosphérique, évaluation des risques et qualité de vie : une approche comparative Nord-Sud (Vulnérabilité - ANR)
Ghozlane Fleury-Bahi, professeure, psychologie sociale et environnementale; directrice-adjointe du Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire (LPPL - UPRES EA 4638), Université de Nantes
Thouraya Annabi-Attia, médecin de santé publique, Agence Nationale de Contrôle Sanitaire et Environnemental des Produits (ANCSEP), Ministère de la Santé Tunisien

Contexte socio-spatial et accès aux soins pendant la grossesse : impact sur la santé périnatale en France (Territoires et santé - IReSP)
Jennifer Zeitlin, chargée de recherche Inserm, - Recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants, Inserm U953, Maternité de Port-Royal

Discussion générale

12h30 - 14h00 Déjeuner

Qualité des soins : pratiques et indicateurs, information et responsabilité

Discutants : Pierre-Yves Geoffard, économiste, directeur de recherche, CNRS, directeur de l'Ecole d'Economie de Paris et François Alla, professeur universitaire – praticien hospitalier, unité de recherche « Maladies Chroniques, santé perçue et processus d'adaptation. Approches épidémiologiques et psychologiques » (EA 4360), Université de Lorraine

Responsabilité financière des patients ou des médecins ? Analyses théorique et empirique (Recherches sur les services de santé - IReSP)
Izabela Jelovac, chargée de recherche, Groupe d'Analyse et de Théorie Economique (GATE Lyon Saint-Etienne, UMR 5824), CNRS, Université de Lyon

Des mécanismes économiques pour améliorer les pratiques de prescription en médecine de ville ? (Recherches sur les services de santé - IReSP)
Bruno Ventelou, chercheur, Sciences Economiques et Sociales, Systèmes de Santé, Sociétés (Sesstim UMR 912), Inserm - Université Aix Marseille - IRD, Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix Marseille (GREQAM), CNRS - EHESS - Université Aix Marseille

Interactions médecin-patient en médecine générale et inégalités sociales de santé : démarche de production de connaissance à partir de plusieurs disciplines (Recherches sur les services de santé - IReSP)
Michelle Kelly-Irving et Anne-Cécile Schieber, épidémiologistes, Unité Epidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques et handicaps (UMR 1027), Inserm - Université de Toulouse III

Discussion générale

Pause

Discutants : Etienne Caniard, président Mutualité Française et Anne Laude, professeur de droit à l'Université Paris Descartes, co-directeur de l'Institut Droit et Santé

Place et rôle de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins hospitaliers (**PRISQ)** (Blanc 2010)
Etienne Minvielle, Professeur et coordonnateur du projet, EHESP - École des hautes études en Santé Publique, Sorbonne Paris Cité ; Jean-Yves Bonnefond, Maître de conférences, CNAM - Conservatoire national des arts et métiers, Paris ; Yves Clot, Professeur, CNAM - Conservatoire national des arts et métiers, Paris ; Marie Léandre Gomez, Professeur, ESSEC - École supérieure des sciences économiques et commerciales, Paris ; Philippe Lorino, Professeur, ESSEC - École supérieure des sciences économiques et commerciales, Paris ; Claude Sicotte, Professeur, Université de Montréal, Québec ; Mathias Waelli, Maître de conférence, EHESP- École des hautes études en Santé Publique, Sorbonne Paris Cité ; Adrian Zicari, Professeur, ESSEC - École supérieure des sciences économiques et commerciales, Paris

Perceptions discordantes entre patients et soignants vis-à-vis de la qualité de l'information médicale délivrée : besoins spécifiques des patients précaires hospitalisés (Recherches sur les services de santé - IReSP)
Leïla Moret, médecin responsable du pôle hospitalo-universitaire Santé Publique et Santé au Travail, Service d'Evaluation Médicale et d'Education thérapeutique, Réseau QualiSanté, Hôpital St-Jacques - CHU de Nantes et membre de l'EA 4275 "Biostatistique, pharmacoépidémiologie et mesures subjectives en santé" à l'université de Nantes

Discussion générale

17h00 Clôture

Lieu
Ministère des Affaires sociales et de la Santé, salle Laroque, 14 avenue Duquesne 75007 Paris.

Comité scientifique
Michel Chauvière, sociologue, directeur de recherche CNRS, université de Paris 3
Claire-Isabelle Coquin, chargée de mission, Institut de Recherche en Santé Publique
Catherine Courtet, coordinatrice scientifique, département sciences humaines et sociales, ANR
Alain Fontaine, direction générale de la santé, ministère des Affaires sociales et de la Santé
Marie Gaborit, chargée de mission, Institut de Recherche en Santé Publique
Charles Giry-Deloison, responsable scientifique SHS, département Recherches exploratoires et émergentes, ANR
Gérard Mauger, sociologue, directeur d'études EHESS
Jean Paul Moatti, directeur de l'Institut de Recherche en Santé Publique et de l'ITMO Santé Publique d'Aviesan
Nathalie de Parseval, secrétaire générale de l'Institut de Recherche en Santé Publique et responsable du pôle Santé Publique de l'ITMO Santé Publique d'Aviesan
François Rigalleau, responsable de programmes, département sciences humaines et sociales, ANR
Valérie Ulrich, chef de la Mission recherche, direction des recherches, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), ministère des Affaires sociales et de la Santé

Comité d'organisation
Céline Callewaere, chargée de mission, Institut de Recherche en Santé Publique
Catherine Courtet, coordinatrice scientifique, département sciences humaines et sociales, ANR
Alain Fontaine, direction générale de la santé, ministère des Affaires sociales et de la Santé
Charles Giry-Deloison, responsable scientifique SHS, département Recherches exploratoires et émergentes, ANR
Laurence Guyard, chargée de mission scientifique, département Recherches exploratoires et émergentes, ANR
Caroline Hopu, direction du développement, de la communication et de l'information, ANR
Nathalie de Parseval, secrétaire générale de l'Institut de Recherche en Santé Publique et responsable du pôle Santé Publique de l'ITMO Santé Publique d'Aviesan
François Rigalleau, responsable de programmes, département sciences humaines et sociales, ANR
Maelle Segheraert, chargée de mission scientifique, département sciences humaines et sociales, ANR
Valérie Ulrich, chef de la Mission recherche, direction recherche, études, évaluation et statistiques (Drees), ministère des Affaires sociales et de la Santé

Responsables pour l'ANR
Catherine Courtet
François Rigalleau

colloquevulnerabilites@agencerecherche.fr

212 rue de Bercy - 75012 Paris France
Tél. : +33 (0)1 78 09 80 00
www.agence-nationale-recherche.fr