

Santé et environnement : analogie dans les approches sociologiques

Catherine Mougenot

Unité Socio-Économie de l'Environnement et du Développement (SEED). Fondation Universitaire Luxembourgeoise. Avenue de Longwy, 185. B-6700 Arlon (Belgique). E-mail : mougenot@ful.ac.be

Reçu le 02 juillet 1997, accepté le 19 décembre 1997.

Ce texte repose sur l'idée qu'il peut exister bon nombre d'homologies entre les questions de recherche en sciences sociales sur la santé et sur l'environnement. On cherchera à donner corps à cette intuition sur base d'une recension récente de textes portant sur la santé, en les présentant à partir de trois thématiques non totalement disjointes. (1) La santé et l'environnement reposent largement sur des représentations collectives qui, même si elles restent floues, n'en sont pas moins efficaces, socialement. (2) Une seconde thématique concerne la prévention, tout aussi essentielle en matière de santé que d'environnement. (3) Enfin, force est de constater que dans ces deux domaines, la place de la science et le rôle des scientifiques sont incontournables. Comment peut-on les caractériser ? C'est ce que cherchent à accompagner des notions récentes en sociologie.

Mots-clés. Santé publique, environnement, représentation sociale, prévention, rôle de la science.

Health and environment: analogy in the sociological approach. This text is based on the idea that a number of parallels can exist in social sciences between research questions relating to health and those relating to the environment. To embody this intuition we will rely on a recent overview of texts on the subject of health, which can be categorized following three themes not totally disconnected. (1) Health and the environment are based largely on collective representations which, whilst remaining vague, are nonetheless socially effective. (2) A second theme is that of prevention, which is equally essential in the areas of health and the environment. (3) Finally, the adopted perspective leads to underline the essential role of science and scientists in both these areas as well as it stresses the necessity to characterize more thoroughly the dynamics at hand. Recent concepts in sociology can help to reach this aim.

Keywords. Public health, environment, social representation, prevention, role of science.

INTRODUCTION

On sait aujourd'hui que la santé et l'environnement sont deux domaines liés. Mais leurs similitudes dépassent probablement de loin les interactions qui nous sont connues, notamment à travers leur traitement dans la presse. Comment peut-on caractériser brièvement ces liens plus profonds ?

– La santé et l'environnement sont deux domaines qui supposent des systèmes de prise en charge collective : la sécurité sociale, les assurances, la gestion du risque, qui doivent se couler dans des principes conformes à l'intérêt général, tout en répondant aux situations et aux attentes particulières, où le droit des individus et la liberté sont des références incontournables. À travers ceci, on peut voir le rôle de l'État qui se cherche dans de nouvelles missions et de nouveaux accords, qui sont à reconstruire. Se pose aussi explicitement la question du rôle de la prévention.

– Les définitions de la santé et de l'environnement évoluent avec le progrès des sciences, mais elles sont

aussi le résultat de constructions socio-politiques. Elles posent toutes deux la question des rapports entre l'approche scientifique et l'action collective. Ainsi on observe la définition de défis et d'enjeux collectifs – dans la lutte contre le SIDA mais aussi contre le cancer, pour la prévention des risques environnementaux, pour la préservation de la biodiversité – qui associent l'expertise, les sentiments collectifs, mais aussi la médiatisation qui vulgarise l'une et est censée exprimer les autres.

– La santé et l'environnement se construisent à la convergence d'évolutions multiples – économiques, politiques, techniques – qui posent la question des rapports entre les disciplines scientifiques mais aussi entre les différents métiers et des champs professionnels. De plus en plus fréquemment, les acteurs impliqués dans ces domaines sont amenés à reconstruire leur identité professionnelle, notamment parce que la limite entre eux et les bénévoles est parfois de plus en plus floue. C'est là tout le sens du travail et de l'engagement qui est en train de se redéfinir.

– On peut aussi noter le poids croissant des appareils de gestion institutionnels où les modifications des rapports à la science et à la technique sont également présentes : désormais la catastrophe peut aussi venir de la technique telle qu'elle est mise en œuvre par ces appareils. Entrent alors en jeu la crédibilité de ces organisations et, par suite, celle de la science.

Les caractéristiques que l'on vient d'évoquer sont typiques des sociétés modernes. Mais une similitude plus profonde encore réunit la santé et l'environnement : tous deux sont à l'interface d'une nature (le corps, la nature), d'une culture (les définitions sociales qui en sont données) et de l'évolution technologique et organisationnelle. Ce point confronte les sciences sociales à une question qu'elles avaient longtemps exclue, en abandonnant les facteurs extra-sociaux aux sciences dures, et en comptant implicitement sur une espèce de conquête de la nature qui aurait mis l'homme à l'abri des fatalités naturelles. Aujourd'hui, l'évolution technologique apparaît elle-même comme une menace par rapport à laquelle la nature – et surtout l'idée qu'on s'en fait – pourrait limiter l'emprise et les effets pervers des techniques ou des organisations. Fondamentalement donc, l'idée de nature interagit continuellement avec la culture ; en d'autres termes et à sa façon, elle nous parle et nous donne une lecture de la culture, en exprimant "les clivages toujours renouvelés entre soi et l'autre" (Auge, Herzlich, 1991).

La santé et l'environnement ne sont pas pour autant des domaines identiques en tous points. Ils diffèrent notamment par leur degré d'institutionnalisation, en ce sens que la santé relève d'une série de disciplines fortes, d'un système organisationnel puissant et fortement professionnalisé – même s'il connaît des crises – au contraire de l'environnement qui est encore l'objet d'un débat très ouvert et d'une prise en charge socio-politique peu unifiée et plus faiblement institutionnalisée. Par ailleurs, en santé, les recherches en sciences sociales sont nombreuses, alors qu'on peut dire que celles qui concernent l'environnement sont émergentes.

Ces différences, et notamment ce décalage temporel, expliquent la question de base de cette note : comment un chercheur en environnement pourrait-il utiliser les questions de recherche que se posent depuis longtemps parfois des sociologues de la santé ? On a donc procédé à une recension de textes récents en sociologie de la santé pour tenter de donner corps à cette question. La lecture s'est structurée à partir de ces quelques notions-clés (dans le désordre) :

- représentations collectives (menace/fléau), mémoire collective ;
- processus de nomination, croyance sociale ;
- combat mobilisateur, enjeu, facteurs de visibilité, effets de dramatisation ;

- désignation des victimes : clivages sociaux (identité pour autrui) ;
- recomposition sociale dans le champ scientifique : compétences scientifiques et sociales, découpage entre spécialités, autonomie relative du champ scientifique ;
- nouvelles collaborations, nouveaux acteurs, clivages institutionnels ;
- statut de l'expert (qui est-il ?), statut de son savoir ;
- négociation ;
- rationalité des groupes et des individus ;
- identité (pour soi) ;
- certitude (confiance), incertitude (risque) ;
- prévention.

Le résultat de cette recension conduit à la proposition de trois thématiques qui ne sont d'ailleurs que partiellement disjointes, ainsi qu'on pourra le lire. Celles-ci sont exposées à partir de leur contexte d'origine, la santé. En revanche, c'est effectivement bien à partir du suivi de problèmes actuels en environnement et dans le but de proposer des avancées de leur problématisation que ces notions ont été choisies et regroupées.

À LA DÉCOUVERTE DU SENS COLLECTIF

Un ensemble de travaux en sociologie de la santé ont en commun d'insister sur l'existence d'un sens collectif de la santé, de la maladie¹. Ils mettent en évidence l'idée qu'une société peut être d'abord et avant tout porteuse d'un ensemble de significations qui ont du poids, parce qu'elles sont largement partagées. Ces recherches portent sur les grands *fléaux* qui frappent les sociétés modernes : le cancer, le SIDA ; certaines d'entre elles s'étendent également aux grandes crises du passé, la peste notamment (Bourdelaï, 1989). Elles s'articulent sur deux grandes questions. Si le sens collectif existe, il doit être dit, mais que nomme-t-on et qui le nomme ?

L'existence du sens collectif

De fait, plusieurs recherches s'interrogent sur la santé et la maladie en tant que représentations sociales, mais on doit sans doute clairement aux travaux de C. Herzlich et à ceux qui s'en inspirent de donner à cette question un contenu précis (Auge, Herzlich, 1991). D'abord en postulant que les représentations communes – et les savoirs communs – peuvent exister distinctement des représentations scientifiques. Mais plus exactement, il s'agirait de considérer l'existence

¹ Dans le cadre de ce texte, on n'entrera pas dans la distinction plus précise qui devrait être faite entre les deux termes de *santé* et de *maladie*.

d'un sens collectif qui s'alimente à la fois du sens commun et de la raison scientifique.

Les chercheurs mettent en évidence que l'expression du sens collectif est à la fois la traduction d'une *quête* qui est autant la recherche d'une identité propre que la définition de *l'autre* (Calvez, 1994). C'est en quelque sorte le rapport à l'extra-social, à la nature qui nous permet de nous retrouver et de nous affirmer nous-mêmes, et dans le même temps, c'est l'expression d'un risque de banalisation, d'oubli ou tout simplement de perte de sens. Ceci s'exprime dans les grands débats qui portent par exemple sur la fécondation artificielle, le traitement de maladies graves par la manipulation génétique, etc. Ce sens collectif a une fonction de *drapeau flou*, c'est-à-dire qu'il a la capacité de rassembler les acteurs (Hubert, 1987) autour de valeurs collectives comme la foi dans la modernité, la science, la liberté, la solidarité... autant de leviers qui sont mobilisés pour rassembler les énergies et les passions collectives.

Si cette hypothèse se confirme, il faut en montrer la consistance à travers des expressions spécifiques. Pour exister, le sens collectif doit en effet être *dit*. Les recherches tendent à montrer que ces processus d'expression sont d'ailleurs loin d'être définitifs, définis une fois pour toutes. À travers eux, c'est une définition de l'extra-social qui est alimentée, où l'homme se cherche en tant qu'être social, met à l'épreuve le lien qui le réunit à tout autre... Quels sont donc les processus de *nomination* qui peuvent être observés et qui assurent un ralliement collectif à partir d'expressions particulières ? Certaines études accompagnent ainsi l'histoire dynamique *des mots pour le dire*, comme on peut le lire par exemple dans les travaux sur le cancer (Saillant, 1990 ; Achard, 1990). Ainsi on peut voir que toutes les grandes maladies correspondent à une recherche collective pour dire le mal dont elles sont porteuses, et pour en désigner les victimes.

Les faiseurs de certitudes

S'il y a sens collectif, il s'alimente de façon dynamique de certitudes et d'incertitudes, d'où la question : qui sont les *faiseurs* de certitudes et d'incertitudes, c'est-à-dire qui sont ceux qui produisent quelque chose en matière de sens collectif ou qui, à tout le moins, travaillent à l'exprimer, à le rendre évident ? Un ensemble de recherches détaillent ces questions. Elles portent notamment sur le rôle des médias, la fonction des colloques et des grandes conférences ou encore sur l'utilisation des chiffres et des statistiques.

En particulier, la presse apparaît comme "n'étant pas seulement un lieu où s'expriment les prises de position, la presse est un des acteurs du débat et souvent un de ses enjeux. C'est en fonction d'elle

que s'organisent le discours et l'action" (Herzlich, Pierret, 1988). C'est ainsi que la presse devient un des animateurs essentiels d'un débat public qui se définit presque toujours dans l'urgence. La presse joue une fonction essentielle dans la construction du sens collectif : elle *raconte* des histoires, elle apparaît en tension entre deux fonctions primordiales : dramatiser d'une part et réassurer de l'autre.

Les rencontres internationales, conférences ou colloques, leur notoriété, celle des personnes invitées et effectivement présentes, les résolutions publiques sont également autant de canaux d'une construction d'un sens collectif, de manières d'en définir les paramètres pertinents et de rédiger un agenda de décisions à mettre en œuvre.

Les statistiques ont transformé l'image des maladies et, plus tard, aussi celle de la perception de l'environnement. Ainsi par exemple, ce fut la possibilité matérielle – au début du siècle – d'établir les premières données sur le cancer, qui a eu pour résultat de le rendre *visible*. Il en va de même pour le SIDA ou pour les maladies hydriques (les maladies liées à la mauvaise qualité de l'eau). Le chiffre semble ainsi doté d'une double nature (Dodier, 1993) : il contient un résultat scientifique – qui permet par exemple de mesurer la qualité de l'eau, qui fournit un résultat épidémiologique, etc. – mais il constitue aussi un outil de gestion en tant que base possible d'une mobilisation collective, d'une politique de prévention ou de traitement. Montrer l'usage social du chiffre consiste alors à remonter une longue chaîne de séquences d'actions parfois très hétérogènes. On se posera aussi la question de savoir comment et où (dans quels lieux) les chiffres ainsi produits peuvent être crédibles. En d'autres termes, on veut souligner toutes les actions qui tiennent à la production et à la circulation de ces données, à la crédibilité qu'elles sont susceptibles d'apporter, aux accords qu'elles peuvent susciter ou non, etc. On pense ici en particulier au rôle des normes en matière de sécurité, de santé, de qualité de la vie, aux conditions dans lesquelles elles sont produites et à ce qu'elles disent ou permettent de dire. Toutes ces questions peuvent aussi typiquement se rattacher à la thématique portant sur la place de la science et des scientifiques, mais on veut insister ici sur leur rôle dans la mise en débat public de ces problèmes.

Dans certaines conditions, l'expression du sens collectif aboutit à une réelle mobilisation sociale. Se dessine alors la possibilité d'un combat où les faits, les situations apparaissent comme des faits de société (des fléaux par exemple). Quelles sont ces conditions ? On peut les définir comme des possibilités multiples d'aller et retour entre des domaines d'action et de réflexion séparés. Ainsi, il peut s'agir au départ d'une question scientifique qui, a

priori, n'intéresse personne. C'est une alchimie complexe qui va permettre de nommer cette question ou ce problème, d'instaurer un combat collectif, de mobiliser des porte-parole... C'est en outre un processus qui permet (ou impose) de saisir des éléments particuliers dans une perspective générale et abstraite, et ceci concerne aussi bien les opinions que les faits. Cette *histoire*, avec ses allées et venues multiples, est particulièrement bien montrée par P. Pinell (1992) dans le cas du cancer.

Représentations sociales et environnement

Cette première thématique dévoile un paradoxe : autant les représentations sociales semblent floues et insaisissables, autant elles apparaissent comme un moteur puissant, voire même indispensable dans la mobilisation autour de ce qui peut devenir un véritable problème de société.

Ces questions concernent également les recherches sur l'environnement et la nature, dont les modes d'expression sont multiformes. Ainsi par exemple, comment est perçue la nature sauvage (Micoud, 1993) ? Comment ce rapport à la nature est-il susceptible d'amener la société à se redéfinir elle-même (Ost, 1995) ? Comment sont perçus et évalués les risques environnementaux ou technologiques (Fabiani, Theys, 1987) ? Comment encore les acteurs sociaux peuvent-ils se mobiliser autour de concepts aussi plurivoques que celui du maintien ou du développement de la biodiversité ? En d'autres termes, c'est là pour les chercheurs en environnement, la question de savoir dans quelles conditions peuvent se construire des débats où les faits scientifiques, les mouvements sociaux et les émotions collectives interfèrent d'une façon non linéaire. On reviendra sur ce point dans l'exposé de la troisième thématique.

PRÉVENIR

Le sujet de la prévention constituera la deuxième thématique de cet article. Il occupe une place très importante et ancienne dans les études sociologiques sur la santé. Ces très nombreux développements sont manifestement liés aux retombées pratiques qui en sont espérées. Pourtant, on peut voir là un autre paradoxe : autant la prévention est attendue et on pourrait même dire qu'elle fait l'objet d'*incantations* collectives, autant elle reste toujours controversée, objet de définitions contradictoires, et semble finalement mobiliser peu de personnes – en tout cas réellement reconnues dans leur action – et surtout peu de moyens (Franck, 1983 ; Renaud, 1984). Il paraît donc important de faire un bilan de ce concept et surtout des recherches qu'il a suscitées. On ne

manquera pas alors de constater que ce seul thème se construit dans des directions très différentes, qui n'ont parfois rien d'autre en commun que ce mot auquel on veut bien les rattacher.

Prévention et identité

L'action préventive qui vise à modifier les comportements, à les rendre plus adéquats, repose logiquement sur l'espoir d'une efficacité réelle. La plupart des recherches dans ce domaine s'appuient sur le point de départ suivant : si l'action préventive ne produit que des résultats très relatifs, on peut s'interroger sur les causes de ces échecs partiels, voire même, dans certains cas, complets.

Dans le domaine de la santé, de très nombreuses études portent sur ce type de questions, on peut les rattacher pour la plupart à deux grandes hypothèses.

– L'efficacité totale de l'action de prévention n'est pas obtenue parce qu'il y a un effet de sélection sociale à la réception du message. Une partie du public visé ne reçoit pas l'information ou n'en comprend pas la portée exacte. On tentera dans ce cas de recenser ses caractéristiques sociales, démographiques ou économiques, d'analyser ses propres représentations sociales de la maladie, ce qui permet d'apprécier mieux les chances d'efficacité du message préventif.

– L'efficacité totale de l'action de prévention n'est pas obtenue parce qu'elle peut être perçue négativement comme une forme d'imposition et de contrôle social. On insiste ici sur les effets pervers d'une dynamique qui devrait idéalement associer les acteurs de la prévention et les publics ciblés, et aboutir à ce que le message des premiers touche effectivement les seconds.

D'une façon plus complexe (et certainement plus intéressante), on peut réunir ces deux hypothèses en les intégrant dans la notion d'identité qui deviendrait alors centrale dans l'explication. Dans ce sens, les contenus de l'information et les comportements qui sont mis en cause sont liés à la construction explicite, mais aussi le plus souvent implicite d'un *nous* ou d'un *je*. Cette image n'est jamais définitivement arrêtée, elle se construit dans une négociation dynamique qui met en jeu des incertitudes et des risques qui peuvent concerner à la fois des notions scientifiques, des dispositifs techniques, mais aussi des relations sociales. Ainsi par exemple c'est, pour un homosexuel, la question qui met en balance le risque de contracter le SIDA, d'avouer son identité ou encore de perdre son partenaire.

On ne peut pas non plus comprendre l'efficacité d'un message préventif si on ne le met pas en relation avec les réseaux familiaux, locaux, professionnels ou autres qui en médiatisent la portée. Dans le cas d'une action thérapeutique ou de correction des

comportements, ce sont aussi les relations (et les négociations) avec tous les acteurs concernés par l'action qui interagissent avec le résultat que l'on espère : "Se nouent alors des jeux complexes entre les acteurs qui interagissent dans des réseaux de relations où l'ensemble conceptuel *représentations/conduites/efficacité/stratégie* occupe une place fondamentale pour l'analyse" (Saliba, 1997). L'intérêt de cette hypothèse est de placer sur des plans symétriques les incertitudes qui relèvent de la nature, des techniques et des relations sociales. Dans la réalité, celles-ci s'entremêlent, c'est-à-dire qu'elles peuvent se renforcer, se compenser mutuellement ou se négocier.

Prévention et compétences

À partir de cette notion d'identité, vue comme un processus toujours ouvert de choix et de négociations entre des univers différents, mais aussi d'incertitudes différentes, découle la question des compétences des gens ordinaires : de quoi sont-ils capables² ? M. Pollak (Pollak, Schiltz, 1987) mentionne à ce propos la capacité d'initiative et la capacité à choisir qui lui paraissent devoir être le cœur, ou la base, d'une action de prévention.

Mais P. Pinell (1992) évoque aussi la situation contradictoire qui place la personne ordinaire dans une double position : celle de *collaborateur*, *acteur* à part entière et la position de *patient*, comme *objet* de la thérapie, opposition qu'on retrouverait en environnement entre l'individu acteur, voire militant, et l'individu victime. Comment comprendre ce paradoxe ? Appelés à adopter de meilleurs comportements, les individus sont aussi de plus en plus amenés à participer à un rôle actif de surveillance de leur santé. Par contre, en cas de maladie (ou d'un problème environnemental lourd), ils peuvent être totalement dépossédés de la décision et/ou de l'action, à cause du rôle croissant des techniques et de l'organisation complexe que celles-ci requièrent. Il en résulte une équivoque fondamentale (assortie éventuellement d'un sentiment net de frustration) que ne peuvent résoudre de *simples* techniques de communication.

Dans ce même ordre d'idées, on peut aussi évoquer la capacité des individus à être "réflexifs", c'est-à-dire à transformer et à se réappropriier les situations qui se présentent à eux. Ainsi par exemple a-t-on pu observer dans le cadre d'une expérience de dépistage présymptomatique de la maladie de Huntington (Terrenoire, 1993) que certaines personnes soupçonnent elles-mêmes le diagnostic, mais demandent néanmoins spontanément à participer à

l'expérience pour bénéficier de l'accompagnement et du soutien qu'elle apporte.

Prévention et profession

Mais s'il existe un besoin de prévention, ceci repose sur le postulat implicite que les gens ordinaires ne savent pas *naturellement* poser des comportements adaptés : ceci justifie le travail des groupes de professionnels dont c'est précisément la tâche. Cette remarque ne réduit pas pour autant l'épineuse question de savoir qui doivent être ces professionnels, ce qu'ils doivent et ce qu'ils peuvent faire, et que doivent-ils savoir pour exercer ces tâches (Franck, 1983) ?

Se développent ici des chantiers de recherche qui prennent en compte les négociations – permanentes – à la fois sur les compétences requises ou nécessaires pour exercer ce type de tâches, mais aussi sur le statut à accorder à ces professionnels ou, parfois plus abruptement encore, sur le fait de savoir si ces personnes peuvent prétendre à un emploi reconnu comme tel. Au-delà des processus d'institutionnalisation qui cherchent à leur donner un contour plus précis, on peut développer un intérêt spécifique pour toutes ces actions *d'ajustement* qui cherchent à accorder des intentions et des objectifs généraux de prévention à des personnes et à des terrains particuliers (Kuty, 1991). Certaines études plus précises se consacrent à l'analyse de situations où des gens ordinaires sont également amenés à poser des gestes de prévention ou de thérapie, comme c'est notamment le cas d'un comité de quartier qui devient un acteur principal de l'encadrement médical et sanitaire apporté aux personnes âgées, ce qui amène les professionnels à devoir redéfinir leur rôle, et finalement leurs compétences et leur statut.

De ces questions sur les professionnels de la prévention, on passe donc insensiblement à celles qui portent sur les *processus* de professionnalisation, où l'on voit que les distinctions entre bénévoles et professionnels, entre bénévolat (et/ou militantisme) et professionnalisme sont des frontières toujours mouvantes, floues et constamment renégociées.

Prévention et rapport à l'État

Mais le thème de la prévention contient aussi une dimension beaucoup plus *macro-sociologique*. En effet, cette idée comporte en elle-même la (re)définition de la gestion publique des risques en matière de santé et/ou d'environnement. Plus précisément, ceci pose la question d'un rapport spécifique à l'État que l'on peut lire

– soit dans la reconnaissance et (éventuellement) l'intégration à une initiative publique qui gère et programme la prévention ; en ce sens, on peut consi-

² Pour reprendre les termes exacts de L. Boltanski (1990).

dérer que la prévention est une politique sociale par excellence, elle est constituée par l'anticipation du pouvoir sur les besoins des populations ;

– soit dans une attitude qui s'institue contre l'État, où s'exprime, fondamentalement, un refus systématique de délégation des choix et des responsabilités.

En matière de prévention médicale et sociale, la croissance de l'État Providence des années 60 (Maier, 1984) a produit un résultat inattendu : en favorisant la multiplication et l'autonomie croissante des groupes d'acteurs, la production d'un encadrement formel s'est de fait trouvée renforcée, en s'alimentant de divisions multipliées au sein d'un ensemble souvent perçu et vécu comme incontrôlable.

Prévention et environnement

En matière d'environnement, il importe également de chercher à mettre en place des mécanismes d'autorégulation des comportements individuels et collectifs. La mise en œuvre de politiques globales (européennes), qu'elles concernent par exemple la qualité des eaux ou une diminution drastique du volume des déchets, pour être efficace nécessite des interventions beaucoup plus ponctuelles. Est donc centrale la question de savoir comment les personnes ou les groupes pourront intégrer ou internaliser les contraintes ou les choix collectifs. Ici non plus, les incantations à la *bonne conscience écologique* ne suffiront pas. Les "gens" sont désignés ici tour à tour comme des victimes, des consommateurs, des pollueurs, des acteurs... mais de quoi seront-ils vraiment capables ? Comment les recherches sur la prévention dans le domaine de la santé permettent-elles de faire des avancées sur cette question ?

Le concept d'identité, tel qu'il est développé plus haut, insiste d'abord sur la négociation individuelle, ou interne, qui conduit l'individu à poser tel comportement ou, le cas échéant, à en changer. Cette hypothèse peut éclairer des situations très courantes en environnement. Ainsi c'est le cas de jeunes agriculteurs qui doivent à la fois négocier leur image professionnelle, l'autorité paternelle et des projets d'innovation technique dans des pratiques culturelles adaptées aux exigences de protection de l'environnement.

Mais l'interaction est aussi collective. Ceci a bien été démontré par Wynne (1992), quand il analyse le double lien qui s'exerce en matière de gestion des risques (naturels ou technologiques) : les riverains des exploitations, mais aussi les associations diverses sont appelés à devenir des sujets actifs de la prévention alors que cette participation constitue une incertitude de plus pour les gestionnaires publics. Autrement dit, plus le risque est énoncé et alimente la prise de responsabilités diverses, plus il génère des craintes

à son propos, mais aussi (surtout) à l'égard de l'organisation complexe censée le gérer. Le partage de l'information et de la responsabilité entraîne donc un autre risque, celui d'une diminution de crédibilité à l'égard des autorités responsables et des scientifiques, qui se solderait par la non-adoption par le grand public des comportements dits adéquats. En matière de conservation de la nature apparaît un autre exemple de ce rapport contradictoire : les pouvoirs publics délèguent en effet de plus en plus aux acteurs locaux le soin d'entretenir la nature "ordinaire", alors qu'ils cherchent à garder la cohérence de la gestion de l'ensemble du territoire, de ses ressources naturelles, de ses réseaux écologiques.

On retiendra de ces questions une perspective renouvelée de la prévention, qui l'envisage comme un processus innovant (Callon, 1992). Dans ce sens, le message préventif peut être en lui-même une forme d'anticipation sur les comportements des personnes qui, à leur tour, peuvent contribuer à reformuler la définition des problèmes et des solutions proposées : on est là dans un système de boucles interactives qui engagent l'identité et les compétences des personnes et des groupes. Comme certaines études le montrent, ces relations d'interaction ne sont pas forcément exemptes de contradictions profondes, ce qui entraîne le fait que certains efforts de communication peuvent être vus plus comme des *cosmétiques* que comme des solutions réelles (Mougenot, 1992).

LA PLACE DE LA SCIENCE

Ces deux premières thématiques conduisent logiquement à une troisième. En effet, que l'on considère les représentations sociales dites communes ou la question de l'efficacité de la prévention dans les questions de santé ou d'environnement, tout nous conduit à la place des énoncés scientifiques et surtout à la façon dont ils se développent et se transforment : qui peut savoir quoi ? demande N. Dodier (1993). Quelles sont les conditions d'accès aux arguments qui permettent de voir et par la suite, éventuellement de trancher, de mobiliser, de prévenir ?

Pour être exact, il importe de dire que les articles ou les livres illustrant cette troisième thématique sont relativement peu nombreux en sociologie de la santé. On pourrait probablement imputer ce fait au degré élevé d'institutionnalisation des recherches médicales, mais aussi à la solidité des croyances dans la médecine moderne qui la placent, si on peut ainsi dire, au-dessus de tout soupçon. La situation est tout autre sur les terrains environnementaux où chaque discipline y va de l'exposé de ses propres critères d'analyse, de sa propre expertise, dévoilant ainsi que la crédibilité dans la science ou dans les scientifiques n'est peut-être pas totale.

Quelques exemples aux limites du “champ”

Il s’agira donc grâce à ce troisième thème de mettre en évidence des exemples de recherche qui illustrent, non seulement la dynamique des questions scientifiques et celle des positions de ceux qui les formulent, mais également leur action ou leur interaction dans la définition des questions de santé telles qu’elles sont socialement posées.

La sociologie des sciences a longtemps été influencée par le concept de champ social tel qu’il a été développé par Bourdieu (1976). Le champ se définit sur la base des stratégies des acteurs qui cherchent à occuper et/ou à garder une position dominante autour d’enjeux spécifiques. En particulier, dans le champ scientifique, cette lutte s’investit dans deux tâches distinctes mais inséparables l’une de l’autre : il s’agit de pouvoir parler et agir légitimement (c’est-à-dire de façon indiscutée) en matière de science et, dans le même temps, de pouvoir être socialement reconnu (en tant que scientifique). Se construisent ainsi conjointement les questions pertinentes, la *doxa*, et le cercle des acteurs légitimes, dans ce cas précis des médecins et des chercheurs. En quelque sorte, toute la dynamique du champ peut se ramener à la construction d’une valeur ou d’une équivalence : la définition de ce qu’est le savoir d’“initié”, alors que ceux qui contribuent inégalement à cette production se positionnent inégalement dans le champ. Or ce que les recherches suivantes en matière de santé illustrent, c’est la difficulté de construire sans ambiguïté cette notion d’équivalence, ainsi que la qualité de ceux qui la produisent.

Ainsi par exemple, selon un petit article traitant de l’homéopathie (Elzière, 1986), on peut considérer les médecines douces comme un épiphénomène de la transformation du champ médical, c’est-à-dire comme un jeu dans lequel la *doxa* persiste à se défendre de l’hétérodoxie, alors qu’est également en jeu la répartition de la clientèle, soit la division des parts du marché des patients potentiels. Mais l’article va plus loin quand il conduit à envisager une dimension d’interface entre champ médical et société : le développement des médecines douces semble en effet aboutir à la redécouverte du poids des représentations pré-scientifiques au sein des catégories du savoir médical elles-mêmes, ce qui signifierait que les catégories établies de savoirs ne seraient pas indépendantes des mouvements de concurrence dans et à la limite du champ.

Un autre exemple (Bourret, Huard, 1990) souligne les conditions d’émergence et de généralisation du diagnostic prénatal dans lesquelles se reformulent conjointement connaissances, compétences et organisation. Le diagnostic prénatal apparaît en effet comme le résultat d’une nouvelle collaboration entre biolo-

gistes (cytogénéticiens) et obstétriciens. Mais c’est aussi une réponse à l’expression d’angoisse de femmes ayant eu précédemment un enfant anormal. Il faut également mentionner une nouvelle forme de partenariat qui associera les pôles institutionnels de la recherche médicale en France (INSERM et CHU) avec un laboratoire d’analyse biologique privé, spécialisé dans le domaine de la stérilité. Face à ce problème nouveau, complexe et relativement mal structuré, se construit un maillage de relations où se lient éléments techniques aussi bien que sociaux qui, par les déplacements concrets d’activités qu’il occasionne, aboutit à prendre en compte une situation totalement nouvelle où il y a, *a priori*, absence de maladie, absence de thérapeutique et finalement absence de malade...

Le cas des centres de la douleur (Baszanger, 1986 ; 1991) illustre la possibilité de réponses différentes données à l’émergence d’une nouvelle question : c’est l’idée que la douleur chronique n’appartenant *a priori* à aucune spécialité peut elle-même constituer une nouvelle spécialité. À partir de ce point de départ, vont se construire deux voies différentes pour développer des thérapies et obtenir la réduction du message douloureux qu’expriment les personnes. Pour les uns, il s’agit de développer une action sur les structures organiques et les médiateurs chimiques, alors que d’autres médecins s’engageront dans une action sur les processus mentaux et cognitifs de la douleur. Dans ce second cas, se développera l’idée que la douleur n’est plus quelque chose à construire en dehors du sujet. Il s’agit donc d’inclure les savoirs du malade dans les ressources sur lesquelles le médecin se fonde pour construire son diagnostic et l’action proposée. C’est là un processus multidimensionnel, articulé sur des variables interactives qui engagent un rapport d’engagement mutuel entre le médecin et son patient. Et ici encore, on voit que la notion de champ ne suffit plus à expliquer le rôle central de la communication entre ces deux acteurs (Baszanger, 1989).

Et finalement, le livre de P. Pinell (Pinell, 1992 et aussi 1987), qui traite de l’émergence de la cancérologie après la première guerre mondiale, est particulièrement intéressant puisqu’il examine le processus de construction collective des représentations sociales, la place de la prévention, mais qu’il est en outre éclairant sur le jeu d’interactions qui se construisent dans et hors du champ médical³. On assiste au départ à la recomposition de spécialités jusque-là totalement séparées, à savoir la chirurgie, la gynécologie (les premiers cancers mis en évidence étaient des cancers féminins), la physique, la biologie.

³ Ce triple intérêt, qui correspond par ailleurs aux trois thématiques proposées, explique ici la longueur du résumé de cette très belle recherche.

Ces spécialités se distribuèrent jusqu'alors à partir de différents types de clivages : c'est le médecin-chercheur d'un côté, le médecin hospitalier (chirurgien, titulaire de cours) de l'autre, qui se différencient selon leurs compétences sociales et scientifiques, elles-mêmes des indicateurs de positions différentes à l'intérieur du champ. C'est l'affirmation d'un modèle de médecine scientifique, moderne et lourde. L'émergence de la cancérologie sera en outre l'occasion de préciser une différence nette entre spécialistes et non-spécialistes ; ces derniers, les généralistes, auront en effet essentiellement une tâche de dépistage et d'orientation du malade.

Mais la problématique qui se construit autour de la reconnaissance de la maladie devient très vite aussi l'expression d'une tension entre le secteur public et le secteur libéral de la santé. Également, et ceci dans un monde qui est encore très largement marqué par les divisions de classe, c'est l'objet d'un débat sur la définition de la couverture sociale, sur les risques qu'elle doit couvrir, etc. La mise en évidence du cancer et de sa thérapie déborde largement le champ médical. On souligne ici le rôle essentiel de la Ligue contre le Cancer qui fera converger les efforts des scientifiques (finalement peu représentés au sein du comité scientifique de la ligue) et ceux d'un groupe de notables influents, dont la plupart avaient constitué des liens étroits durant la première guerre mondiale : "la réussite de la ligue tient, pour une bonne part, à sa capacité d'avoir su faire du cancer un produit concurrentiel sur le marché des œuvres charitables" dira Pinell. Le ton est celui d'un large travail de communication, au niveau du grand public, grâce aux médias, et au niveau scientifique, par la mise sur pied de colloques et l'utilisation de statistiques qui constitue une première dans le domaine.

Et finalement, la réussite de ce combat s'appuie aussi sur des valeurs et des images collectives : d'une part, la foi en la modernité, la technicité, la performance et la rationalité scientifique (dont l'hôpital-usine est l'image) ; d'autre part, la construction de l'image d'un fléau moderne (symbolisée par la représentation du crabe), fléau qui est supposé mettre en danger l'équilibre démographique et social. Ce fléau est universel puisqu'il menace chaque individu en particulier et que le dérèglement cellulaire qui est à l'œuvre menace également toutes les formes de vie (les plantes aussi). Ce message sera par contre susceptible d'atteindre la population dans son ensemble par des voies différenciées : alors que les classes aisées supérieures et moyennes seront touchées directement par l'action de la ligue, les campagnes de prévention auprès des classes populaires emprunteront des formes de relais qui leur sont classiques : infirmières visiteuses et surlingères d'usine.

Un regard renouvelé sur la science

Outre l'intérêt spécifique que présente chacun de ces quatre exemples, il en ressort que le concept de champ (scientifique et/ou médical) n'est sans doute pas le modèle le plus adéquat pour rendre compte de la circulation des idées, des savoirs médicaux, des techniques qui les accompagnent et des collaborations entre les personnes.

Le concept de marché est beaucoup plus flou que celui de champ. Il permet de décrire des situations moins claires et néanmoins très réelles. Le marché (Fassin, 1992) construit une trame de relations et surtout d'échanges, dans un domaine plus ou moins spécifié. Les valeurs échangées peuvent prendre des formes multiples : biens matériels ou symboliques, significations, informations... et cet aspect multivarié peut définir des relations de concurrence beaucoup plus lâches. Ce n'est pas non plus un hasard si le marché médical africain offre un exemple particulièrement riche de ces échanges multiples entre l'herbe de l'aïeule, les remèdes magiques du guérisseur, les écrits coraniques du marabout, les médicaments modernes... : "les échanges se font dans le cadre d'une économie où ce ne sont pas seulement le diagnostic et le traitement qui font l'objet de règlements en argent, mais aussi le pouvoir politique des notables locaux, la gestion sanitaire des comités de quartiers, le commerce pharmaceutique des médicaments modernes."

Le réseau est également un concept qui permet d'expliquer les différentes formes de travail et de coopération des chercheurs en élargissant, voire même tout simplement en supprimant les limites du champ. La science n'est plus un espace clos, elle se vit en interaction multiforme avec d'autres mondes, d'autres arènes, scientifiques ou non. Là où la représentation du champ social consiste à définir un enjeu, c'est-à-dire une équivalence fondée sur des savoir-faire spécifiques autant que sur la possibilité de les rendre crédibles (et donc à créer des zones de pouvoir pour les acteurs qui peuvent s'en saisir), ici le réseau représente une mise en équivalence de ressources hétérogènes qui sont associées les unes aux autres. Pour B. Latour (1984), ces équivalences sont fabriquées "de bric et de broc", autrement dit, ce sont toujours des malentendus ("tout est interprété... dire, c'est dire autrement, autrement dit, c'est traduire"). Alors que dans le champ, la dynamique est fondée sur la capacité de l'orthodoxie à se renouveler en tant que telle et surtout à repousser hors d'elle l'hétérodoxie (et ses tenants), dans le réseau, on a par contre un processus dynamique de négociation au cours duquel sont ajustées et modifiées à la fois les définitions des questions techniques et la liste des acteurs autorisés à entrer en négociation. Ainsi par exemple (Paterson,

Barral, 1994), la lutte contre les myopathies peut s'analyser dans un réseau de partenariat multiforme qui réunit des chercheurs, des médecins, des responsables associatifs, des responsables publics, l'opinion publique (via la mobilisation que crée le "téléthon"), etc. Dans cette "chaîne dont l'allongement reste imprévisible", sont négociées (en vrac) aussi bien les attentes des familles, les conceptions biomédicales, la représentation de la maladie et de l'infirmité qui l'accompagne, la recherche des fonds, les relations avec les pouvoirs publics, la division des actions entre milieux médicaux et associations, etc.

La notion d'expertise permet également de voir s'effacer les limites entre science et jugement ou entre science et action. En effet, l'expert – une seule personne physique : elle représente un véritable *colloque singulier* – doit être en mesure d'effectuer constamment des allers et retours depuis le jugement (scientifique) jusqu'à la décision ou la proposition d'action. Ainsi le médecin, sur base de ses connaissances scientifiques du corps humain et des pathologies qui peuvent l'affecter, doit-il proposer un traitement qui s'avère être un processus d'interaction (dynamique) entre son propre diagnostic, la réaction physique et psychique du malade, c'est-à-dire sa propre perception de la maladie, mais aussi éventuellement les réactions de la famille, de son environnement matériel et humain, etc. Dans son livre sur l'expertise médicale, N. Dodier (1993) montre comment ces assemblages montés sur des ressources hétérogènes sont également des allers-retours entre des observations locales, singulières, et des mises en équivalence générales et abstraites et que en outre, ils ont trait à un individu qui peut représenter lui-même plusieurs mondes ou encore, qui peut être cadré de différentes manières (dans le cas précis de la médecine professionnelle, comme un individu administratif, comme un individu clinique ou encore comme un individu autonome).

Les réseaux scientifiques et l'environnement

Ces différentes études mettent en évidence dans différents contextes la difficulté de cerner de façon précise les acteurs, les savoirs mobilisés et parfois même la question posée. De la critique de la notion de champ, on passe ainsi progressivement à celle de marché, de réseau et d'expertise. Or ces nouvelles problématiques semblent particulièrement appropriées à l'étude des terrains environnementaux et aux débats qui s'y instaurent.

Que ce soit par exemple dans un Contrat Rivière, ou dans le suivi de l'application d'une norme environnementale, on observe en effet une multiplicité d'acteurs – et parmi eux les scientifiques – dont les intérêts et les façons d'agir peuvent être très différents,

voire opposés. Ils évoluent dans des espaces dont les frontières institutionnelles peuvent être très floues, de même que sont floues également les questions posées – on est ici en situation de controverse – et les solutions envisagées. L'idée qui prévaut dans cette perspective est de montrer comment les acteurs, en mobilisant des ressources très hétérogènes (qui des données scientifiques, qui sa crédibilité publique, qui sa bonne connaissance du terrain, etc.) sont à la recherche d'un accord. On suit là l'émergence d'une structure collective fluctuante qui résulte de l'agrégat d'un grand nombre d'actions ou de décisions prises par les acteurs dans des situations d'incertitudes. Celles-ci peuvent porter autant sur la solidité des engagements humains, que sur la capacité ou les effets des technologies ou encore sur la "sustainability" (mot difficilement traduisible en français !) de la nature.

CONCLUSION

Dans le but de mettre en évidence des similitudes entre les approches en sciences sociales de la santé et de l'environnement, on a procédé à une revue de textes – essentiellement d'articles – sur base de mots-clés, qui a servi à illustrer trois thèmes de questions pertinentes dans ces deux domaines de recherche : Comment s'expriment les représentations sociales, quels sont leurs modes d'évolution et leur poids collectif ? Comment peut-on comprendre l'efficacité, parfois relative, des messages de prévention ? Et finalement, quelle est la place des connaissances scientifiques dans ces processus et comment évoluent-elles ? L'énoncé de ces questions et les résumés des recherches dont elles sont tirées restent ici forcément succincts, le projet étant bien de brosser un tableau de problématiques pertinentes dans ces deux domaines et de montrer comment certaines interrogations peuvent être transposées de l'un à l'autre.

On voudrait terminer cet inventaire de pistes par une question concernant plus précisément les trois thématiques proposées : Ne sont-elles pas, de fait, encore plus proches l'une de l'autre que ce qu'on a pu en montrer en les identifiant chacune séparément ? Les terrains d'observation des nouveaux débats environnementaux permettent sans doute d'avancer dans ce sens. Qu'il s'agisse par exemple de prévention de pollution, de collectes sélectives de déchets ménagers ou d'actions locales pour le maintien de la biodiversité, on peut en effet observer le cheminement des questions scientifiques et l'expression des représentations sociales s'alimenter mutuellement les unes les autres. Et lorsque de nouveaux acteurs *entrent dans le jeu*, que de nouveaux concepts scientifiques se développent, ou que de nouveaux objets techniques sont mobilisés, ces dynamiques

circulaires ne s'arrêtent pas pour autant, elles peuvent redémarrer dans un autre sens ou prendre une autre ampleur. Ces dynamiques sont non linéaires, elles s'auto-gènèrent (Law, 1994), elles sont faites de composantes multiples et hétérogènes, elles se déplacent des terrains locaux à d'autres plus globaux et inversement. Mais finalement, on pourrait se demander si elles ne peuvent pas aussi avoir des vertus préventives. Ce serait le cas si nous étions capables à partir de ces forums d'actions et d'idées, d'adopter des comportements *réflexifs*, c'est-à-dire capables d'apprendre d'une façon autre qu'autoritaire, s'apparentant à l'apprentissage de nouvelles formes de citoyenneté qui puissent concerner autant les techniques que l'environnement et la nature.

Bibliographie

- Achard P. (1990). Commentaire. *Sci. Soc. Santé* **8** (3), p. 41–49.
- Auge M., Herzlich C. (1991). *Le sens du mal : Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris : Archives contemporaines.
- Baszanger I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Rev. Fr. Sociol.* **27**, p. 3–27.
- Baszanger I. (1989). Douleur et travail médical. *Sci. Soc. Santé* **7** (2), p. 5–34.
- Baszanger I. (1991). Déchiffrer la douleur chronique. Deux figures de la pratique médicale. *Sci. Soc. Santé* **9** (2), p. 31–79.
- Boltanski L. (1990). *L'amour et la justice comme compétences*. Paris : Métailié.
- Bourdelais P. (1989). Contagions d'hier et d'aujourd'hui. *Sci. Soc. Santé* **7** (1), p. 7–20.
- Bourdieu P. (1976). Le champ scientifique. *Actes Rech. Sci. Soc.* **2–3**, p. 88–105.
- Bourret P., Huard P. (1990). La production du diagnostic prénatal. *Sci. Soc. Santé* **8** (3), p. 57–91.
- Callon M. (1992). Variété et irréversibilité dans les réseaux de conception et d'adoption des techniques. In Foray D., Freeman C. *Technologie et richesse des nations*. Paris : Economica, p. 275–325.
- Calvez M. (1994). Le handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité. *Sci. Soc. Santé* **12** (1), p. 61–89.
- Dodier N. (1993). *L'expertise médicale : Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris : Métailié.
- Elziere P. (1986). À propos des médecines naturelles. *Actes Rech. Sci. Soc.* **64**, p. 78–79.
- Fassin D. (1992). *Pouvoir et maladie en Afrique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Fabiani JL., Theys J. (1987). *La société vulnérable, évaluer et maîtriser les risques*. Paris : Presses de l'École Normale Supérieure.
- Franck B. (1983). La prévention comme dispositif politique. *Rev. Int. Action Communautaire* **50**, p. 133–151.
- Herzlich C., Pierret J. (1988). Une maladie dans l'espace public : le SIDA dans six quotidiens français. *Ann. ESC* **5**, p. 1109–1134.
- Hubert M. (1987). Sida, bruit et silence. *Rev. Nouv.* **11**, p. 359–367.
- Kuty O. (1991). La problématique de la création des valeurs dans la sociologie contemporaine des professions. Le cas des professionnels de première ligne. *Sci. Soc. Santé* **9** (2), p. 5–31.
- Latour B. (1984). *Les microbes : Guerre et paix, suivi de Irréductions*. Paris : Métailié.
- Law J. (1994). *Organizing modernity*. Oxford, UK : Blackwell.
- Maier R. (1984). Modèles de développement et régimes de prévention. *Rev. Int. Action Communautaire* **51**, p. 77–85.
- Micoud A. (1993). Comment en finir avec les animaux dits nuisibles. *Étud. Rurales* **129–130**, p. 83–94.
- Mougenot C. (1992). From agriculture to the environment: New challenges, new identities... *Eur. J. Agric. Educ. Ext.* **2** (1), p. 37–47.
- Ost F. (1995). *La nature hors la loi*. Paris : La découverte.
- Paterson F., Barral C. (1994). L'Association Française contre les Myopathies : trajectoire d'une association d'utilisateurs et construction associative d'une maladie. *Sci. Soc. Santé* **12** (2), p. 79–113.
- Pinell P. (1987). Fléau moderne et médecine d'avenir : la cancérologie française entre les deux guerres. *Actes Rech. Sci. Soc.* **68**, p. 47–76.
- Pinell P. (1992). *Naissance d'un fléau - histoire de la lutte contre le cancer en France (1890–1940)*. Paris : Métailié.
- Pollak M., Schiltz MA. (1987). Identité sociale et gestion d'un risque de santé - les homosexuels face au SIDA. *Actes Rech. Sci. Soc.* **68**, p. 77–103.
- Renaud G. (1984). Les progrès de la prévention. *Rev. Int. Action Communautaire* **51** (printemps), p. 35–47.
- Saliba J. (1997). Compréhension de l'acteur et apologie du sens : apports d'une anthropologie clinique. Commentaire. *Sci. Soc. Santé* **15** (3), p. 25–31.
- Saillant F. (1990). Fabriquer le sens : le réseau sémantique du cancer. *Sci. Soc. Santé* **8** (3), p. 5–41.
- Terrenoire G. (1993). Médecine prédictive, l'épreuve de l'expérience, dépistage présymptomatique de la maladie de Huntington. *Sci. Soc. Santé* **11** (3–4), p. 99–123.
- Wynne B. (1992). Misunderstood misunderstanding : social identities and public uptake of science. *Public Understanding of Science* **1**, IOP Publishing and The Science Museum, p. 281–304.

(34 réf.)