



HAL
open science

Égalité et justice, une comparaison santé éducation

Laurent Visier

► **To cite this version:**

Laurent Visier. Égalité et justice, une comparaison santé éducation. Sociologie. UNIVERSITE PARIS IV, 2009. <tel-02883767>

HAL Id: tel-02883767

<https://hal.umontpellier.fr/tel-02883767v1>

Submitted on 2 Jul 2020

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

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



HAL Authorization

HABILITATION A
DIRIGER DES
RECHERCHES

2009

Égalité et justice une comparaison santé éducation

Laurent Visier

HDR soutenue le 9 décembre 2009 devant le jury composé de

François Dubet, Professeur Université Bordeaux II
Marie Duru-Bellat, Professeure Université de Bourgogne
Nicolas Dodier, Directeur de recherche CNRS
Didier Lapeyronnie, Professeur Université Paris IV (référent)
Danilo Martuccelli, Professeur Université Paris V
Philippe Steiner, Professeur Université Paris IV (président)

UNIVERSITE PARIS IV

Egalité et justice : une comparaison éducation santé

Egalité et justice : une comparaison éducation santé

INTRODUCTION

Comparer deux domaines de recherche ainsi que les manières de les aborder par les sociologues et par la sociologie est ce qui constitue l'objet de notre travail.

Affirmer que la recherche sociologique n'est pas exempte de présupposés normatifs ne doit pas étonner. Peu d'auteurs revendiqueraient aujourd'hui une neutralité dans leur description du monde social. Ce thème n'est pas neuf et il irrigue les travaux de la sociologie depuis les origines de la discipline. La notion de neutralité axiologique (*Wertfreiheit*) développée par Max Weber a été l'objet de débats nombreux et répétés depuis un siècle.

Dés 1904, dans "L'objectivité de la connaissance dans les sciences et la politique sociales", Weber désigne comme néfaste la confusion entre discussion scientifique et raisonnement axiologique mais s'empresse de signifier qu'il n'y a pas là de rejet de l'engagement du chercheur :

« Il importe à tout moment d'indiquer clairement dans ces cas aux lecteurs (et, répétons-le, avant tout à soi-même) où et quand cesse la recherche réfléchie du savant et où et quand l'homme de volonté se met à parler, bref d'indiquer à quel moment les arguments s'adressent à l'entendement et quand au sentiment. La confusion permanente entre discussion Scientifique des faits et raisonnement axiologique est une des particularités les plus fréquentes et les plus néfastes dans les travaux de notre spécialité. C'est uniquement contre cette confusion que sont dirigées nos remarques précédentes et non contre l'engagement en faveur d'un idéal personnel. Absence de doctrine [*Gesinnungslosigkeit*] et « objectivité » scientifique n'ont entre elles aucune espèce d'affinité interne.»¹

¹ M. Weber, "L'objectivité de la connaissance dans les sciences et la politique sociales", 1904, p. 115 in *Essais sur la théorie de la science*, Plon : 1965
[toutes les paginations des références de M. Weber et E. Durkheim réfèrent aux versions électroniques issues du site *Les classiques des sciences sociales*. UQAC, Université du Québec à Chicoutimi. url : <http://classiques.uqac.ca/classiques> Les dates indiquées sont celles de la première publication en français.]

A propos de l'économie, la prétention à la neutralité peut même être considérée comme suspecte :

« En aucun cas cependant, la stricte science économique n'est en mesure de justifier - à moins de se nier - les jugements de valeur en faveur de la domination d'une classe sociale déterminée. Toutefois il ne faut pas en conclure qu'il serait interdit à un économiste de proposer des solutions ou de faire des évaluations. Il est même assez fréquent que ceux qui prétendent s'abstenir de tout jugement de valeur sont les premiers à être infidèles à leur résolution, soit qu'ils deviennent les victimes d'instincts, de sympathies et d'antipathies incontrôlées, soit qu'ils regardent pour vérité économique la doctrine qui triomphe ou qui est sur la voie de vaincre, comme si l'objectivité se laissait décider par le rapport du plus fort au plus faible. »¹

Dans le quatrième des essais sur la théorie de la science, Weber pourfend un inductivisme qui prend aujourd'hui souvent la forme de l'« éloquence des chiffres » :

« Le schéma connu du «laisser parler les faits» peut justement, sous prétexte d'éliminer les évaluations pratiques, les susciter d'une façon particulièrement suggestive. Les meilleurs représentants de notre éloquence parlementaire et électorale opèrent en utilisant cette formule - d'une façon parfaitement légitime étant donné leurs buts. Mais je ne veux pas perdre mon temps à expliquer que dans une université elle constituerait justement, du point de vue de la nécessité de distinguer les deux sphères de problèmes, le plus déplorable de tous les abus. »²

Une fois encore, c'est à une distinction entre science sociale et éthique qu'il appelle :

« Ce qui seul importe (...), c'est que d'une part la validité d'un impératif pratique entendu comme norme et d'autre part la validité de vérité d'une constatation empirique d'un fait sont

¹ *Op. cit.*, p. 41.

² «Essai sur le sens de la « neutralité axiologique » dans les sciences sociologiques et économiques», 1917, p. 13, *in Essais... op. cit.*

deux choses absolument hétérogènes au niveau de la problématique, de sorte que l'on porte préjudice à la dignité de l'une et l'autre de ces deux sphères si on méconnaît leur distinction et si on cherche à les confondre.»¹

Au rang des présupposés éthiques sur lesquels s'appuie, voire se fonde toute théorie sociologique, Weber identifie ce qu'on nommerait aujourd'hui une théorie de la justice, dans une formulation étonnamment moderne :

« Au nombre des problèmes qu'aucune éthique ne peut résoudre de manière décisive et univoque appartiennent les conséquences du postulat de la « justice ». On ne saurait par exemple, en se fondant sur les prémisses de l'éthique, donner une solution définitive à la question - qui se rapproche sans doute le plus des vues que Schmoller exprimait autrefois : Celui qui fait le plus mérite-t-il aussi le plus ou bien au contraire faut-il exiger beaucoup de celui qui est capable de le faire ? Autrement dit, faut-il au nom de la justice (tous les autres points de vue, comme celui de la « stimulation » nécessaire, étant écartés) donner au grand talent des chances également grandes ou, au contraire (comme l'exigeait Babeuf), essayer d'égaliser l'injustice de la répartition inégale des dons intellectuels en prenant de sévères précautions pour éviter que le talent, dont la simple possession constitue déjà en elle-même un sentiment enviable de prestige, ne puisse exploiter pour lui-même les chances supérieures qui lui sont offertes dans le monde ? Or, c'est à ce type de questions que correspond la problématique éthique de la plupart des questions de politique sociale. »²

La référence à Durkheim, a été longtemps et reste encore largement celle d'une sociologie scientifique, objectiviste, qui viserait à s'exonérer de soubassements moraux. C'est celle des « règles » qui s'appuie sur la phrase probablement la plus connue de la sociologie (« *les phénomènes sociaux sont des choses et doivent être traités comme des choses* »³). Le pire ennemi du sociologue, ce qu'il

¹ *Op. cit.*, p.16.

² *Op. cit.*, p. 19.

³ E. Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris : PUF, 1894, p. 28.

doit en permanence combattre pour mener à bien la construction de son objet, ce sont les prénotions :

« Il faut donc que le sociologue, soit au moment où il détermine l'objet de ses recherches, soit dans le cours de ses démonstrations, s'interdise résolument l'emploi de ces concepts qui se sont formés en dehors de la science et pour des besoins qui n'ont rien de scientifique. Il faut qu'il s'affranchisse de ces fausses évidences qui dominent l'esprit du vulgaire, qu'il secoue, une fois pour toutes, le joug de ces catégories empiriques qu'une longue accoutumance finit souvent par rendre tyranniques. Tout au moins, si, parfois, la nécessité l'oblige à y recourir, qu'il le fasse en ayant conscience de leur peu de valeur, afin de ne pas les appeler à jouer dans la doctrine un rôle dont elles ne sont pas dignes. »¹

Pourtant, même si ce projet d'une sociologie détachée de tout ancrage, historique, social, moral même, du sociologue dessine une image valorisante du professionnel, ce modèle est rendu moins convaincant par l'examen rétrospectif de l'histoire de la sociologie. Comme l'écrit F de Singly, « La publication des trois volumes de Textes en 1975 a dévoilé une autre image de Durkheim : c'est ainsi qu'il s'est servi du Suicide et de sa théorie de l'intégration pour prendre position contre le rétablissement du divorce par consentement mutuel menaçant le lien conjugal (...) Durkheim citoyen et politique se cachait derrière Durkheim savant, le premier se vouant à la science, le second voulant en tirer des enseignements pour le bon fonctionnement de la société. Plus précisément, la lecture de ses Textes, de son Journal, de ses livres, montrait qu'il s'agissait non pas seulement d'une diffusion des résultats de la sociologie scientifique vers la société, mais aussi d'une rétroaction puisque les soucis de Durkheim en tant que citoyen républicain irradiaient complètement sa pensée sociologique ».²

Cette sociologie savante, objectiviste, qui réfute tout ancrage moral, trouve son apogée avec *Le métier de sociologue*, dont la première édition paraît en 1968. La lecture de la table des matières et notamment celle de la première partie (« Rupture »)

¹ *Op. cit.*, p. 30.

² F. de Singly, « La sociologie, forme particulière de conscience », in B. Lahire (dir.), *À quoi sert la sociologie ?* Paris : La découverte, 2002, p. 13-42, p. 16.

suffit à donner le ton tant elle est bâtie sur l'énoncé de tout ce qui peut faire obstacle à une sociologie fondée sur la rupture épistémologique : prénotions, langage, intuition, illusion, philosophie spontanée du social, motivations, besoins, nature, métaphore, humanisme, attentes du grand public, prophétisme, sociologie spontanée...

Peut-être parce qu'il s'agit d'un manuel, cet ouvrage concentre les contradictions majeures de la théorie sociologique quand elle prétend à l'objectivité pure et quand elle se refuse à élucider ses propres attendus. On pourrait mettre en regard l'œuvre de P. Bourdieu avec les préceptes énoncés dans cet ouvrage et en relever les multiples décalages. D'autres l'on fait et ce n'est pas mon objet. En revanche, il me paraît que cette tendance à une exacerbation de l'objectivation, constitue une part non négligeable de la tradition sociologique jusqu'à aujourd'hui et, plus encore, qu'une sociologie objectiviste est indissociable d'une sociologie critique. Bien au-delà de l'héritage de P. Bourdieu, le regard du soupçon ou la dénonciation du monde fait souvent office de gage de scientificité.

Je n'ai nullement prétention à retracer le débat de la neutralité de la sociologie ou plus généralement des sciences sociales. Je m'en tiendrai à la considération qu'il n'est pas possible ni même souhaitable de s'exonérer de tout présupposé normatif et qu'il fait donc partie du travail sociologique d'explicitier ceux-ci afin de ne pas les faire agir comme des ressorts cachés.

Je reprends ainsi à mon compte le propos de F. Dubet : « Ces postulats normatifs ne signifient pas que la sociologie soit un style particulier de dénonciation, un exercice moral parmi d'autre, dans la mesure où les principes normatifs doivent être mis à l'épreuve d'hypothèses relativement falsifiables et donc de méthodes objectives. Si l'on considère qu'aucun sociologue ne peut échapper à la société et que les acteurs ont des compétences sociologiques à peine plus faibles que les siennes, comment pourrait-il en être autrement ? Là encore, rien de bien nouveau, sinon l'idée qu'il est préférable de ne pas tenir les cartes cachées sous la table et qu'un postulat normatif est préférable à une

rhétorique de la pure objectivité ne visant qu'à troubler le jeu et ne résistant guère à la critique.»¹

Dans la mesure où il est vain de songer à écrire de nulle part, sans ancrage historique, moral, philosophique, on ne voit pas bien comment il existerait une autre voie de sortie que celle qui consiste à admettre cette contextualisation normative. Certes la sociologie est historiquement une tentative de sortie de la philosophie morale et politique, elle n'en est pas pour autant neutre. Admettre ce point ne nous conduit pas à prendre le risque d'un engagement inconsidéré mais au contraire à pouvoir considérer que les écrits sociologiques sont relatifs à des présupposés moraux.

Pourtant, si la comparaison des cadres normatifs d'une théorie sociale à une autre, d'une école à une autre, ou d'un auteur à un autre, est courante et constitutive du débat sociologique, la comparaison entre deux champs de recherche est moins habituelle. C'est à un travail de ce type que j'ai souhaité me livrer ici à partir de deux domaines de l'analyse sociologique que j'ai fréquentés ces dernières années : la santé et l'éducation.

Deux secteurs

Avant de s'intéresser à ces deux branches qui constituent aussi deux enjeux du monde contemporain, voyons d'abord dans quelle mesure la sociologie générale se fragmente en sociologies sectorielles. On pourrait affirmer à bon droit, en toute rigueur épistémologique qu'il n'y a de sociologie que générale ou plus précisément que si le projet de la sociologie est viable, il ne peut être que total. Formé à la sociologie par A. Touraine, je l'ai entendu souvent répéter qu'il n'y avait pas de sociologie du travail, des loisirs ou de toute autre chose, il n'y avait qu'une sociologie « de l'acteur », « des mouvements sociaux », ou plus tard « du sujet » ; ce qui signifiait clairement pour lui et pour nous qui l'écoutions une sociologie générale. A la même époque, j'imagine – et je sais – que les étudiants formés à l'école de

¹ F. Dubet, *Le travail des sociétés*, Paris : Seuil, 2009, p. 210.

M.Crozier, de P. Bourdieu ou de R. Boudon, apprenaient également qu'il n'y avait de sociologie que « des organisations », « de la reproduction », ou de « l'action rationnelle ». Le sens en était aussi clair pour eux qu'il l'était pour nous : la sociologie est une ou n'est pas. En tout cas, elle ne change pas (elle ne devrait pas changer) de forme, de cadres, de règles lorsque l'on passe de l'école à la famille ou de l'usine à l'hôpital.

Si l'on cherche à élucider les relations entre les hommes, à en déterminer les régularités, à établir des modèles robustes d'élaboration de la trame sociale voire à produire un regard critique, on ne peut considérer que, d'un lieu à l'autre, les mécanismes subissent plus que des variations. D'un monde à l'autre, pour parler comme les interactionnistes, ce sont bien les déclinaisons d'un même paradigme que l'on doit pouvoir saisir. C'est bien là l'enjeu de la sociologie classique dans ses différentes formulations : élaborer un modèle qui vaille à la fois pour l'acteur et pour le système, pour le micro et pour le macro, pour les uns et pour les autres, pour ceux d'en haut comme pour ceux d'en bas. Par définition, la sociologie relie puisqu'elle a pour vocation de montrer que là où l'on croit voir des phénomènes épars, morcelés, divergents, il y a en fait une organisation générale qui permet de « penser ensemble ». On passe de la juxtaposition au système par l'analyse. Même quand, dans un modèle comme celui de Bourdieu, sont distingués des *champs*, sous-espaces sociaux dans lesquels l'organisation des logiques d'action est agencée en fonction des types de ressources (de capital), il n'en reste pas moins une unité première à dévoiler : celle de la violence symbolique et de la domination (dont l'école constituerait le point de départ, je vais y revenir).

Cette unité est évidemment la plus marquée dans l'idée de Société qui organise l'ensemble de ses composantes au sein d'un processus systémique. Plus encore que chez Durkheim, c'est chez Parsons que cette cohérence est poussée le plus loin dans un modèle théorique qui force la cohérence, l'harmonie même. Si d'autres modèles laissent une place moins importante à l'intégration, aucune ne défend de théorie purement locale ou régionale qui ne trouverait sa validité que dans un secteur de la vie sociale. L'interactionnisme, s'il vise à moins haute portée, loin d'être un modèle qui se limiterait dans ses zones d'application, est au contraire le cadre qui tend en France ces dernières années

à trouver le plus grand nombre de domaines d'application. Ce qui conduit F. Dubet à parler à son propos de « véritable «triomphe pratique» (qui) confère une certaine légitimité théorique aux descriptions et aux analyses à moyenne, voire à faible portée », mais s'inquiète de ce que « cette sociologie ne nous dise rien en dehors de ce qu'elle dit et qui n'est que ce que les acteurs disent eux-mêmes assez spontanément ».¹ Autrement dit, une théorie ne s'étendrait à tous les pans de l'analyse des relations sociales qu'en s'affaiblissant et finalement en perdant tout caractère théorique. Pourtant il me semble, et c'est l'hypothèse que je voudrais avancer ici, que loin d'être sous l'emprise d'un modèle plus étendu en même temps que plus faible, la sociologie est non pas éclatée entre théories concurrentes - ou parallèles - mais qu'elle se découpe en modèles explicatifs qui sont au moins autant attachés aux terrains investigués qu'aux écoles de pensée et modèles théoriques à partir desquels on dessine habituellement la discipline.

Réduisons à outrance en personnalisant : quand on travaille sur l'école, ne pense-t-on pas comme Dubet , sur la famille comme de Singly, ou sur la science comme Latour ? J'assume le schématisme d'autant plus que tout ceci est bien normal et tout à fait respectable. Mais les catégories de l'un sont-elles transposables dans le champ de l'autre ? C'est ce que je voudrais essayer modestement de tester dans deux sous-domaines de la discipline.

Je ne compte en aucune manière me livrer à un décryptage critique des groupes, réseaux voire des chapelles qui investissent un domaine particulier de la sociologie et qui parfois peuvent aller jusqu'à exercer le monopole sur un territoire balisé, ceci étant d'autant plus vrai quand il s'agit de niches ou d'espaces limités. Cet aspect existe, il est important et constitue un problème sérieux mais sûrement pas propre à la sociologie comme discipline. Des traditions historiques se forment, légitimement sur la base de travaux et de positions institutionnelles, puis les groupes se rigidifient sous l'effet des allégeances nécessaires ou présumées, des opportunités de

¹ F. Dubet, « Pourquoi rester classique ? », *La Revue du Mauss*, n°24, 2004/2, p. 219-232, p. 227.

thèses, des bourses, des contrats, de l'accès aux revues, des postes de chercheurs et d'enseignants, des possibilités de publications. Rien de tout cela n'est nouveau et la sociologie de la production scientifique a montré depuis longtemps cet aspect institutionnel de la fabrication des idées. Il est vrai cependant que les structurations sont de plus en plus thématiques et que se constituent des espaces qui communiquent peu entre eux. Plus encore, contrairement à l'idée de chapelles qui s'affronteraient dans des débats idéologiques et structurés, la sociologie est faiblement constituée comme espace de débat.

On n'en finirait pas de faire la liste des domaines et des sous-domaines de la sociologie française contemporaine. L'examen des intitulés de quarante-trois réseaux thématiques de l'AFS réunis à Paris en 2009¹ fait figure d'inventaire à la Prévert. Conséquence inéluctable de la massification et de la fin des grands modèles ? sûrement. Et pourtant la segmentation des « problèmes sociaux », des « questions de société » ne serait pas en soi dramatique si on pouvait passer, tant bien que mal, et pas toujours par des routes bien tracées, de l'un à l'autre. C'est ce que je voudrais tester ici à partir des deux domaines, deux activités que sont l'éducation et la santé.

Des activités sociales

Mettre en parallèle l'éducation et la santé, les comparer, c'est d'abord les définir comme activités sociales. Affirmation à la fois triviale et problématique.

Triviale parce que la production d'éducation ou de santé est bien de l'ordre d'une activité humaine, d'ailleurs toujours plus importante dans nos sociétés contemporaines. Des organisations sont constituées, structurées, évolutives, avec leurs règles, leurs modes de fonctionnement, leurs routines. Des individus, toujours plus d'individus, travaillent pour la santé comme pour l'éducation. Des individus (les mêmes et d'autres) toujours plus

¹ Association Française de Sociologie, *IIIème congrès*, « Violences et société », Paris, 14-17 avril 2009, Université Paris Diderot.

nombreux également sont les publics (usagers, clients, élèves, patients...) des systèmes de santé et d'éducation. Ces systèmes ne sont pas seulement objets d'organisation mais bien d'institution : ils fabriquent, instituent notre monde contemporain.

Problématique cependant car si éducation et santé sont socialement construites, on peut se demander si c'est bien du même social dont il est question dans les deux cas. En effet, si à l'école, on produit du savoir, de la socialisation, toutes choses éminemment sociales, à l'hôpital on agit sur les corps : la maladie « dépasse » le social, m'objecte-t-on fréquemment. La question du biologique est posée comme une limite à l'analyse sociologique. Autrement dit, là où il y aurait du « dur », de la biologie, de la science, la sociologie ne pourrait être qu'au mieux accessoire, au pire inadaptée. Pourtant, et c'est tout l'objet de la sociologie (mais aussi d'autres disciplines des sciences sociales) de la santé, on affirme que la santé peut, doit, être pensée socialement, au même titre que l'éducation.

À l'objection du caractère manifestement non social de la maladie et donc à la difficulté à porter un regard comparatif valide entre santé et éducation, on peut répondre de deux façons non exclusives l'une de l'autre :

La première réponse est la plus classique et constitue le fondement de la sociologie de la santé. Elle consiste à affirmer que si la maladie est de l'ordre du biologique, tout ce qui l'entoure est socialement défini. En amont l'étiologie sociale est largement validée aujourd'hui et occupe une place toujours plus importante dans les maladies chroniques notamment. Si un cancer du poumon est bien une réalité biologique, le tabagisme est d'abord une question sociale. Si le HIV n'est pas une construction de sociologue, l'échange de seringues ou un rapport sexuel non protégé sont des comportements humains dont on peut étudier la genèse, l'évolution, les cadres sociaux ; si un mésothéliome est sans conteste une catégorie qui relève de la biologie, le fait de travailler pendant vingt ans dans des poussières d'amiante relève de l'organisation sociale. Au-delà des causes, la maladie est aussi une « prise en charge », comme disent les médecins, c'est-à-dire qu'elle fait l'objet d'une organisation humaine. De la relation médecin-malade au système de

protection sociale, de la trajectoire de malade à l'observance thérapeutique, de l'organisation hospitalière à la loi sur l'autonomie des patients, le social n'est pas épuisé par la question biologique.

Plus encore, les inégalités face à la maladie, la mortalité et les indicateurs de santé sont socialement déterminées¹. Alors que les maladies biologiques sont (presque toujours) les mêmes, les incidences et les prévalences diffèrent d'une catégorie sociale à l'autre. Lorsque l'on montre que l'espérance de vie moyenne à la naissance varie de neuf ans entre cadres supérieurs et manœuvres, on a frappé un grand coup pour prouver la validité de la sociologie en matière de santé. Là où il y a inégalités sociales, il y a de la sociologie possible.

Je voudrais pourtant m'attacher également à un deuxième type d'argument moins balisé. Alors que dans notre première réponse, on atteste de la présence du social à côté, en amont, en aval du biologique, je vais maintenant plaider pour une dimension sociale de la maladie « à cause » du biologique. Dans le premier cas, le sociologue doit toujours montrer qu'il n'y a pas que du biologique, que la maladie est plus et autre que sa définition médicale. Ici, au contraire, c'est parce que la maladie est biologique qu'elle est sociale. Elle n'est pas l'un ou l'autre ou bien l'un quand elle n'est pas l'autre. Le social n'existe pas contre le biologique, ou comme reste de celui-ci, mais bien en quelque sorte à cause du biologique. Expliquons-nous en reprenant les exemples précédents : le travail dans des filatures d'amiante devient une question sociale parce que le cancer de la plèvre existe ou plus précisément parce qu'on sait qu'il existe. Les relations sexuelles ne sont plus la même réalité sociale à partir du début des années 80 du fait de l'apparition du VIH, de sa propagation par voie sexuelle et de la connaissance de celle-ci. Fumer devient un comportement différent à partir des années 1950 et la naissance de l'épidémiologie moderne qui atteste statistiquement le lien entre consommation tabagique et cancer du poumon et plus encore dans les décennies suivantes lorsque ce lien devient un savoir public.

¹ A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski, T. Lang (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris : INSERM/La Découverte, 2000.

Ici le social n'est pas une dimension qui accompagne le biologique mais une relation qui l'englobe. Les analyses de B. Latour et particulièrement les formulations récentes qu'il propose du social nous sont d'un immense secours. « « Social » désigne un type particulier d'associations entre des forces jusque-là « inassociées » ». ¹ précise-t-il ainsi en distinguant tout au long de son ouvrage d'une part une conception du social comme substance spécifique et d'autre part des médiations entre éléments de nature hétérogène qui doivent, selon lui être l'objet de la sociologie. On verra comment, dans le monde de la santé, cette sociologie des associations est particulièrement probante car elle permet de ne pas tenir à distance le biologique, le médical ou l'épidémiologique pour donner une description du monde social. La santé n'a pas alors une dimension sociale à côté d'autres dimensions (biologique, économique...) mais *est* sociale parce qu'elle met en jeu des ordres de connaissances qui s'associent.

Je verrai dans le premier chapitre comment ce deuxième mode d'appréhension du social peut trouver sa pertinence dans des domaines apparemment moins hybrides comme celui de l'éducation.

Mais avant cela, il faut préciser le cadre de la comparaison entre santé et éducation d'une part et ce qu'on peut en attendre d'autre part.

Secteur de santé et secteur d'éducation

Santé et éducation ont d'abord en commun de caractériser nos sociétés modernes et leur évolution. Ces deux secteurs sont en croissance permanente au cours du XX^{ème} siècle dans les sociétés contemporaines et la massification de leur emprise est continue. En santé, c'est le terme de médicalisation qui s'est imposé, alors qu'en éducation, celui de scolarisation est rarement employé dans un sens macrosociologique pour caractériser un

¹ B. Latour, *Changer de société - Refaire de la sociologie*, Paris : La Découverte, 2006, p. 94.

mouvement global des sociétés développées¹. On parle plutôt de massification ou de démocratisation.

Cette emprise des catégories de santé et d'éducation est multiple et traduit au moins trois phénomènes concomitants mais hétérogènes :

Évolution des objets d'abord avec l'extension de chacune des catégories à des domaines nouveaux. Les contours de ce qui relève de l'éducation et de la santé s'élargissent. La multiplication des disciplines (depuis les sciences de la vie...) et des sujets donne lieu à de nombreux sous-domaines : éducation à... (à la citoyenneté, sexuelle, à la prévention routière, à la santé *etc.*). De même la prise en compte de domaines nouveaux comme le poids, la sexualité, les comportements, la violence redéfinissent les limites de la santé.

Évolution des publics ensuite avec la démocratisation proprement dite. De nouvelles couches sociales accèdent au système d'éducation et de santé.

Évolution des institutions enfin avec une emprise croissante de l'école et de la médecine comme structures dominantes sur les catégories d'éducation et de santé. Ce mouvement incontestable s'accompagne de son contrepoids qui peut prendre la forme d'une désinstitutionnalisation. Les familles retrouvent une marge de manoeuvre en choisissant leur école, en prenant des cours particuliers, en développant des compétences parentales ou en envoyant les enfants en stage linguistique; les malades s'automédiquent, pratiquent le nomadisme médical et s'informent dans les émissions médicales.

Je verrai comment ces trois mouvements sont à l'œuvre dans les deux secteurs mais également comment le statut que leur accorde l'analyse sociologique est différent dans un cas et dans l'autre. Mais il faut auparavant synthétiser quelques données descriptives relatives à ces deux secteurs.

En termes économiques, l'emprise de ces deux domaines se traduit par une augmentation des dépenses dédiées.

¹ I. Illich emploie pourtant le terme *deschooling*. En français *Deschooling society* a été traduit par *Une société sans école* (Paris : Seuil, 1971).

La Dépense intérieure d'éducation (DIE¹) est en France de 6,6% du PIB² en 2007, à un niveau comparable à celui du début des années 80, après avoir subi une augmentation sensible dans la décennie 90 puis une baisse depuis. Elle est en France légèrement supérieure à la moyenne de l'OCDE³. Les dépenses moyennes par élève s'accroissent de 2% par an depuis 1980, avec cependant une augmentation plus marquée dans le primaire et le secondaire que dans le supérieur où l'augmentation du nombre d'étudiants explique la plus grande partie de l'augmentation des dépenses. De 1975 à 2003, l'évolution des dépenses moyennes en francs constants a ainsi été de 90% dans le premier degré, 73% dans le second et 25% dans le supérieur.

Les dépenses globales de santé dépassent 11% du PIB en France alors qu'elles étaient inférieures à 4% au début des années 60. Seuls les Etats Unis et la Suisse ont des niveaux de consommation plus importants aujourd'hui.

La différence entre les deux systèmes tient essentiellement à la nature des acteurs impliqués dans le financement : Etat et collectivités locales en éducation ; sécurité sociale d'une part, mutuelles, sociétés d'assurance et de prévoyance d'autre part en santé, mais également de plus en plus Etat.

Dans un cas comme dans l'autre, la mission de service public est remplie par une partition entre établissements publics et établissements privés : dans l'éducation, la part des établissements privés augmente avec l'âge des élèves, passant de 14% pour les écoles élémentaires à 25% pour les collèges et à près de 40% pour les lycées. En santé le rapport public/privé est plus complexe avec la présence d'un secteur libéral majoritaire en soins ambulatoires et une présence forte de structures publiques pour l'hospitalisation. Dans un cas comme dans l'autre la nature de l'offre de soins ou d'éducation (publique ou privée) est faiblement corrélée au financement, massivement public ou mutualisé. Ainsi la part des ménages dans le financement initial de la Dépense intérieure d'éducation est de 8% (en baisse depuis

¹ La DIE comprend les activités d'enseignement et les activités connexes, comme l'administration, les cantines, les transports scolaires, les livres scolaires.

² Chiffres MEN, 2006.

³ Source : OCDE, édition 2008 de Regards sur l'éducation. Les comparaisons concernent les dépenses relatives à la formation initiale.

1980¹), quasiment identique à la part qu'ils occupent dans la dépense courante de soins et de biens médicaux : 8,5% en 2007².

L'éducation et la santé sont enfin de gros pourvoyeurs d'emploi. Plus d'un million de personnes travaillent directement dans chacun de ces secteurs d'activité. L'INSEE recensait, en 2007, 983 000 enseignants et 967 000 professionnels de santé en France métropolitaine qui se répartissent en 337 000 membres de professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes) et 630 000 auxiliaires médicaux (dont une grande majorité d'infirmières)³ auquel il faut ajouter les personnels, techniques, de service et d'administration. La part des dépenses de personnel est de 76,2% en 2006 dans le secteur de l'éducation⁴ et évaluée à plus de 70% à l'hôpital.

Biens de santé et bien d'éducation

Que produisent ces deux secteurs ? la santé et l'éducation sont de plus en plus souvent pensés en tant que biens. Le niveau de santé et le niveau d'éducation d'une population apparaissent alors comme des facteurs clé pour caractériser le niveau de modernité d'une société. A tel point que l'indicateur de développement humain (IDH) développé par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) à partir des travaux de M.U. Haq et A. Sen comme alternative au PIB fait de la santé et de l'éducation les deux critères qui, ajoutés au niveau de vie, permettent de synthétiser le niveau de développement d'un pays⁵. Une société moderne pourrait donc être définie non

¹ MEN-DEPP, *Note d'information*, 07-41, décembre 2007.

² DREES, *Comptes de la santé*, 2007.

³ L'INSEE regroupe la santé et l'éducation au sein d'un grand secteur « éducation, santé, protection sociale » qui occupe 19% des actifs en France en 2007.

⁴ *Regards sur l'éducation*. OCDE, 2006. Si ce chiffre place la France dans la moyenne des pays de l'OCDE, une caractéristique française tient à la part importante accordée aux dépenses de personnel dans l'enseignement supérieur.

⁵ L'IDH, créé en 1990, est un indice statistique composite qui associe à poids égal les conditions de vie (logarithme du Produit Intérieur Brut par habitant en parité de pouvoir d'achat), le niveau d'éducation (taux d'alphabétisation des adultes plus taux

seulement comme une société à haut niveau de vie - au sens de l'accès aux biens matériels - mais aussi, et plus encore, par sa capacité à promouvoir un haut niveau d'éducation et de santé.

La notion de capital humain initiée par T. Schultz en 1963 et reprise et développée par G. Becker dans les années qui ont suivi¹ étend la catégorie de l'action rationnelle chère aux économistes à de multiples aspects du comportement humain. Cette microéconomie, fréquemment associée à un conservatisme politique s'est particulièrement appuyée sur le domaine de l'éducation. La sociologie a opposé de nombreuses critiques aux théories du choix rationnel : oubli de la domination, réduction du champ des valeurs mais surtout difficulté à cerner une rationalité qui, lorsqu'on essaie de l'aborder dans sa complexité, finit par se dissoudre. Malgré ces critiques, on doit constater l'impact de cette notion de capital humain dans le monde de l'éducation, dans les organismes internationaux et dans les comparaisons internationales des systèmes éducatifs. Ce que l'on retient en particulier de la théorie du capital humain, c'est non pas son caractère libéral² mais la relation entre les biens privés et les biens sociaux issus de l'éducation. Ces derniers étant mêmes supérieurs aux premiers. L'investissement dans le capital humain n'est donc pas seulement bénéfique aux individus mais à la société du fait d'externalités positives. C'est sur ce principe qu'est fondée une grande part de l'action publique en éducation mais également en santé.

L'examen de la littérature grise des organismes internationaux est sur ce plan éclairante comme on peut s'en

brut de scolarisation) et santé (espérance de vie à la naissance). Cet indice a donné lieu depuis sa création à de nombreuses critiques notamment sur son incomplétude (non prise en compte du genre, de la liberté, de l'environnement...) mais reste l'alternative la plus usitée au PIB pour caractériser le développement d'un pays et élargir la définition du niveau de vie.

¹ T. Schultz et G. Becker ont obtenu respectivement le prix Nobel d'économie en 1979 et en 1992. La notion de capital humain est notamment développée dans G. Becker, *Human capital: A theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*. Chicago : University of Chicago Press, 1964.

² En France, la notion de capital humain, comme celle de ressources humaines, fait l'objet d'une lecture critique au nom de la réification de l'Homme. Pourtant, on verra que la pensée de l'éducation par le capital humain n'est pas propre aux « libéraux » (au sens français du terme) comme l'illustre le dernier ouvrage de C. Baudelot et R. Establet, *L'élitisme républicain*, Paris : Seuil/ La république des idées, 2009.

rendre compte avec une collection lancée par l'OCDE en 2007 dont le premier volume, consacré au capital humain, indique en préambule que « en raison de son importance pour le développement économique et social, le capital humain est depuis longtemps une problématique prioritaire pour l'OCDE »¹ Si nous nous attardons sur ce texte, c'est parce qu'il nous semble caractériser au mieux un esprit du temps dont nous chercherons à voir dans les pages suivantes comment il est travaillé, analysé, questionné par la sociologie.

Les contours du capital humain sont précisément définis autour de l'éducation d'abord et de la santé ensuite : « Les années que nous passons à étudier génèrent une forme de capital qui peut produire des intérêts à long terme, comme d'autres sortes de capitaux que nous connaissons mieux, argent ou biens fonciers, par exemple. Cette idée a de plus en plus de partisans chez les décideurs publics et son influence dépasse le seul domaine de l'enseignement. On peut ainsi considérer qu'être en bonne santé est un genre de capital dont les gains se chiffrent en années supplémentaires d'espérance de vie. »² Plus encore, c'est le lien entre bien-être individuel et bénéfices sociaux qui est au centre de l'analyse : « Le capital humain apporte d'autres bénéfices que des revenus plus importants et une meilleure santé. Des études montrent que l'ensemble de la communauté bénéficie de la présence de personnes ayant un capital humain élevé, notamment à travers une augmentation globale des revenus. Les entreprises, usines ou bureaux, qui emploient des personnes hautement qualifiées sont plus productifs, et tous les employés en bénéficient quel que soit leur niveau d'éducation ».³ Sont ainsi évoqués le rapport entre niveau d'éducation et criminalité d'une part, engagement civique et social de l'autre⁴ et finalement le bonheur⁵, retrouvant là l'esprit de la phrase de Victor Hugo si souvent citée « Quand on ouvre une école, on ferme une prison » sans toutefois questionner la pertinence d'un tel propos deux siècles après son énonciation.

¹ B. Keeley, *Human Capital, How what you know shapes your life*, Les essentiels de l'OCDE, 2007, p.3.

² *Op. cit.*, p. 18.

³ *Op. cit.*, p. 108.

⁴ *Op. cit.*, p. 109.

⁵ *Op. cit.*, p. 128.

Pour ce qui est de la santé, seconde après l'éducation dans la thématique du capital humain, l'équivalence entre bénéfice individuel et entre bien-être et développement économique est aussi déterminante : « La santé constitue en soi un ingrédient à part entière du capital humain, même si nous n'investissons pas toujours consciemment dans notre santé comme nous le faisons pour notre capital humain. Ainsi, un travailleur dont le capital humain comporte une composante santé forte sera plus productif dans son travail et aura donc tendance à gagner davantage. Et cette productivité accrue profitera à l'économie dans son ensemble. En améliorant la santé de la population, on favorise donc la croissance économique. Selon une estimation, lorsque l'espérance de vie augmente de cinq ans dans un pays - un des résultats de l'amélioration des niveaux de santé - on gagne jusqu'à 0,5% de croissance supplémentaire. »¹

On aura compris qu'une société pourrait être considérée comme d'autant plus développée, moderne qu'elle est éduquée et en bonne santé. Ne retrouve-t-on pas là les postulats aussi bien de Durkheim quand il pose les fondements de la sociologie en faisant de l'école le lieu central du lien social dans notre modernité que de Parsons lorsqu'il fait au milieu du vingtième siècle de la santé une condition essentielle de la modernité et par suite de la relation médecin-malade une relation sociale exemplaire.

Affirmer l'homologie de la santé et de l'éducation, ou au moins le caractère comparable des secteurs mais aussi des biens, était un préalable à la comparaison de la manière dont la sociologie regarde, pense et théorise d'une part la distribution des biens de santé et d'éducation, d'autre part les modes d'organisation de l'action publique dans ces deux domaines. On va voir que dès lors les similitudes se traduisent en divergences profondes, les deux secteurs donnant lieu à des justifications de l'action étonnamment dissemblables. Si la morale exige, dans un secteur comme dans l'autre, une juste distribution des biens, je voudrais montrer en quoi celle-ci est abordée selon des modèles souvent très différents et en quoi la sociologie est partie

¹ *Op. cit.*, p. 105

prenante de ceux-ci. L'idée première de ce travail est fondée sur ma fréquentation des deux domaines de la sociologie de la santé d'abord et de la sociologie de l'éducation ensuite qui m'a souvent laissé un sentiment d'étrangeté. Pourquoi ce qu'on acceptait ici sans difficulté était inenvisageable là ? pourquoi ce qui paraît aller de soi dans un monde était incongru, inadapté voire impensable dans l'autre ? Je me pencherai ici d'une part sur la manière dont s'effectue le décryptage des inégalités et d'autre part sur la définition de ce qui est considéré comme juste, donnant lieu à des politiques d'éducation et de santé.

I. SOCIALIZATION

Le programme Durkheimien

Peut-on parler de point de départ ? Toujours est-il que Durkheim, dans sa leçon d'ouverture de chaire en Sorbonne en 1902¹, introduit son propos par l'affirmation suivante : « Sociologue, c'est surtout en sociologue que je vous parlerai d'éducation. D'ailleurs bien loin qu'à procéder ainsi on s'expose à voir et à montrer les choses par un biais qui les déforme, je suis, au contraire, convaincu qu'il n'est pas de méthode plus apte à mettre en évidence leur véritable nature. Je considère, en effet, comme le postulat même de toute spéculation pédagogique que l'éducation est chose éminemment sociale, par ses origines comme par ses fonctions, et que, par suite, la pédagogie dépend de la sociologie plus étroitement que de toute autre science ». Durkheim ne revendique d'ailleurs pas la paternité d'une telle insertion et fait référence à ceux, allemands, américains et français qui l'ont précédé sur cette voie. L'éducation est donc intronisée comme une question sociale et par la même est un objet (l'objet par excellence ?) de la sociologie². Cela ne va pourtant pas sans quelques précisions en suivant Durkheim au fil de cette leçon et de quelques-uns des textes qu'il a consacrés à cette question³. On ne s'étonnera pas que, pour cet objet comme pour d'autres, l'affirmation du social se constitue d'abord comme un dégagement du psychologique et d'une dimension strictement individuelle. Plus exactement, il affecte à la sociologie tout ce qui relève des fins de l'éducation et de l'organisation des systèmes éducatifs alors qu'il limite la psychologie dans les moyens et méthodes mis en œuvre pour l'éducation auprès de l'élève ou de l'étudiant. Citant Kant, Mill, Herbart et Spencer, il rejette l'idée d'une éducation qui relèverait purement et simplement de la nature humaine, à laquelle il oppose la variabilité historique, celle

¹ La chaire, intitulée auparavant « science de l'éducation » deviendra avec Durkheim « science de l'éducation et sociologie »

² M. Halbwachs parle dans sa préface à *L'évolution pédagogique en France* de « sociologie pédagogique ». « De même qu'une sociologie religieuse, une sociologie politique, etc., il y a, en effet, une sociologie pédagogique, qui n'est pas la moins importante. Car l'éducation est le moyen le plus efficace dont dispose une société pour former ses membres à son image. » M. Halbwachs, Préface à *L'évolution pédagogique en France*, p. 4.

³ *Éducation et sociologie, L'éducation morale et L'évolution pédagogique en France.*

des sociétés et plus encore celle des groupes à l'intérieur de chacune d'elles.

Pour le versant historique, on sait qu'il fera l'objet d'un travail considérable puisque Durkheim publiera en 1904-1905 *L'évolution pédagogique en France*, constitué comme une fresque de l'histoire de l'éducation depuis les origines jusqu'au XIX^{ème}, cours dont l'inscription institutionnelle est forte et qui a été construit par Durkheim pour servir de contenu à un stage pédagogique théorique pour tous les candidats à l'agrégation, instauré par la réforme de 1902. La démonstration de l'ancrage historique de l'éducation constitue donc pour Durkheim à la fois un enjeu intellectuel et une nécessité pédagogique à destination des enseignants. L'« arbitraire culturel »¹, loin d'être un problème, est énoncé comme un fondement de la sociologie de l'éducation. C'est justement parce que chaque époque, chaque société élabore sa propre perspective de l'éducation que celle-ci doit être pensée comme un enjeu sociologique majeur, et c'est pour cela qu'il est nécessaire que les jeunes professeurs aient conscience de cet état de fait. De plus, cette évolution apparaît dans la lecture qu'en fait Durkheim non seulement comme déterminée par des facteurs externes (politiques, économiques, mentalités, besoins...) mais également internes, c'est-à-dire relatifs à des cadres propres à une pensée pédagogique en partie autonome. L'école peut donc être considérée comme un sous-système social non entièrement déductible de l'organisation de la société.

La variation historique s'accompagne d'une variation entre groupes sociaux et entre professions qui ancre plus nettement encore l'éducation dans le terreau social. Celle-ci, dans le modèle durkheimien, a deux faces : d'une part, elle est moralement injustifiée quand elle prend la forme d'une hérédité sociale : « Il est évident que l'éducation de nos enfants ne devrait pas dépendre du hasard qui les fait naître ici plutôt que là, de tels parents et non de tels autres. ». Mais, plus encore, la différenciation sociale apparaît, dans l'éducation comme partout ailleurs², comme un trait constitutif de l'évolution, et Durkheim affirme qu'il faudrait retourner à la préhistoire pour trouver une éducation indifférenciée. C'est donc d'abord sur la

¹ On reprend ici le terme de Bourdieu et Passeron qui sera discuté plus loin.

² E. Durkheim, *De la division du travail social*, Paris : PUF, 1893.

différenciation qu'est portée le regard, non pas comme un processus pathologique mais comme une nécessité de la modernité :

« Alors même que la carrière de chaque enfant ne serait plus prédéterminée, au moins en grande partie, par une aveugle hérédité, la diversité morale des professions ne laisserait pas d'entraîner à sa suite une grande diversité pédagogique. Chaque profession, en effet, constitue un milieu sui *generis* qui réclame des aptitudes particulières et des connaissances spéciales, où règnent certaines idées, certains usages, certaines manières de voir les choses ; et comme l'enfant doit être préparé en vue de la fonction qu'il sera appelé à remplir, l'éducation, à partir d'un certain âge, ne peut plus rester la même pour tous les sujets auxquels elle s'applique. C'est pourquoi nous la voyons, dans tous les pays civilisés, qui tend de plus en plus à se diversifier et à se spécialiser : et cette spécialisation devient tous les jours plus précoce. »¹

Ce sont les valeurs et les besoins de la société, besoins toujours plus complexes et différenciés avec l'évolution sociale qui rendent nécessaire cette différenciation et c'est bien le versant social, celui de la fonction sociale du système qui est déterminant. L'éducation, en tant que produit d'un lieu et d'une époque dessine une définition - sociale - de l'homme : « L'homme que l'éducation doit réaliser en nous, ce n'est pas l'homme tel que la nature l'a fait, mais tel que la société veut qu'il soit ; et elle le veut tel que le réclame son économie intérieure ». En ce sens il y a bien homogénéité du mode d'éducation dans une société donnée, ne serait-ce que parce que cette homogénéité est la condition du vivre ensemble et de l'idée même de société. Chaque type social a donc son mode éducatif privilégié qui vise à faire émerger un « idéal de l'homme ».

En ce sens le lien est explicite entre la société et l'école : c'est par une analyse sociologique globale qu'on peut déterminer la nature d'une société, de là on peut en inférer l'homme à construire de la façon la plus adéquate à travers des modèles éducatifs qui peuvent ensuite être opérationnalisés par la pédagogie et la psychologie. La liaison entre la formation du

¹ E. Durkheim, « Pédagogie et sociologie », in *Education et sociologie*, p. 33

système selon ses valeurs et ses besoins et celle de l'individu qui, par l'éducation, accède au libre arbitre, à l'esprit critique constituée, selon le mot de F. Dubet et D. Martucceli une « *paideia* fonctionnaliste »¹. Dans « L'éducation morale », les développements des chapitres consacrés à la morale ont en commun de toujours réunifier ce qui est habituellement disjoint : bien et devoir, intention et conséquence, vertu et bonheur, contrainte et autonomie, raison et sensation ; on n'en finirait pas de lister les antinomies qui se résolvent dans l'alchimie quasi-religieuse du social sans que l'on en comprenne toujours les modalités empiriques. Ce qu'il en ressort, c'est que la morale est intimement liée au social. On pourrait même dire que la morale, c'est le social. De fait, c'est une conception du social qui est développée, un social substantiel en même temps qu'un mode d'articulation.

Le propre de ce modèle qui, à travers Durkheim nous décrit les modes de pensée de la troisième république et, dans une certaine mesure encore l'idéologie de l'éducation aujourd'hui tient dans la liaison entre les attentes du système et celle des acteurs. Bref en une liaison harmonieuse (mythique) entre l'individu et le système social *via* l'école. Le système n'est pas purement coercitif dans la mesure où l'individu qui s'autonomise depuis la renaissance trouve dans l'éducation les moyens de sa réalisation. L'individu, « une table presque rase » devient un être moral social par l'éducation et par l'école à partir du processus de socialisation. Si la définition de la société est marquée historiquement et culturellement, le modèle est censé valoir en tout lieu et toute époque. Pour faire valoir cet aspect quasiment anthropologique, Durkheim prend d'ailleurs comme métaphore du social la cérémonie d'initiation, « cette seconde naissance qui fait advenir l'être social » et qui « crée dans l'homme un être nouveau ». Le propos est clair : le social se constitue par un dégagement de l'état de nature d'une part et d'une dimension strictement individuelle d'autre part.

Pourtant, simultanément à une construction systématique dans laquelle l'éducation se déduirait quasiment mécaniquement

¹ F. Dubet, D. Martucceli, *A l'école. Sociologie de l'expérience scolaire*, Paris : Seuil, 1996, p. 304 sq

de la société et des valeurs essentielles qu'elle attribue à l'homme, Durkheim décrit ce qu'on pourrait nommer un programme de recherche ouvert:

« Une fois formées, elles (nos institutions pédagogiques) fonctionnent, et l'on pourrait rechercher de quelle manière elles fonctionnent, c'est-à-dire quels résultats elles produisent et quelles sont les conditions qui font varier ces résultats. Pour cela, il faudrait une bonne statistique scolaire. Il y a dans chaque école une discipline, un système de peines et de récompenses. Combien il serait intéressant de savoir, non pas seulement sur la foi d'impressions empiriques, mais par des observations méthodiques, de quelle façon ce système fonctionne dans les différentes écoles d'une même localité, dans les différentes régions, aux différents moments de l'année, aux différents moments de la journée ; quels sont les délits scolaires les plus fréquents ; comment leur proportion varie sur l'ensemble du territoire ou suivant les pays, comment elle dépend de l'âge de l'enfant, de son état de famille etc »¹ Ce regard proprement sociologique est d'ailleurs revendiqué également lorsqu'il s'agit de produire une lecture historique des grands modèles d'éducation. Loin de privilégier uniquement ce qui unifie et stabilise, Durkheim insiste également sur ce qui, au sein de chaque modèle, est objet d'« arrangements », d'« aspirations qui se cherchent », d'« une vie en mouvement qui, pour être cachée n'est point négligeable », « un mouvement vers autre chose que ce qui existe », « du nouveau qui se fait et qui tend à être ». La « machine » est ainsi tout sauf monolithique : « Il y a des institutions pédagogiques comme il y a des institutions juridiques, religieuses ou politiques. Mais, en même temps, à l'intérieur de la machine ainsi constituée, il y a des idées qui la travaillent et qui la sollicitent à changer »². On croirait presque dans cette leçon de 1905 lire un interactionniste d'aujourd'hui...

Il n'en reste pas moins que, s'agissant de l'éducation contemporaine et des modalités par lesquelles elle peut faire accéder l'élève à la morale donc au social, Durkheim insiste sur l'enseignement de l'histoire en ce qu'il est le plus à même de

¹ « Nature et méthode de la pédagogie », in *Education et sociologie*, p.26

² « L'évolution et le rôle de l'enseignement secondaire en France », in *Education et sociologie*, p. 54

mettre l'enfant en relation avec le collectif (la communauté et la patrie) et plus encore sur l'enseignement des sciences, dans la mesure où le rapport à la nature est un rapport à l'analyse logique et à l'universel.

Comment la santé devient une question sociale

Si la sociologie naissante à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle constitue l'éducation comme un objet majeur de son analyse, voire comme le lieu par excellence de la définition du social, il n'en va pas de même de la santé qui reste encore un demi-siècle en dehors du champ d'analyse des sociologues. Plusieurs raisons expliquent cette différence de traitement qui affecte moins d'autres disciplines des sciences sociales comme l'anthropologie¹ ou l'économie². La plus importante de ces raisons est sans conteste l'emprise du biologique sur la notion de santé qu'opère la révolution médicale et scientifique de la deuxième moitié du XIX^{ème}. M. Grmek pour caractériser cette période et ce grand mouvement qui affecte la médecine évoque la conjonction de trois grands repères associés à trois figures : Darwin, Bernard et Pasteur. La théorie de l'évolution d'une part,

¹ Des ethnologues ont, à partir des années 20 vu dans la définition de la maladie et dans l'organisation des soins des sociétés exotiques un point d'ancrage de la question culturelle même lorsque leur intérêt n'était pas a priori focalisé sur cette question.. Déjà pour Rivers, la maladie relève de l'organisation sociale en ce qu'elle est prise en charge par des croyances qui relèvent de l'unité culturelle d'une société. W. H. R. Rivers , *Medicine, Magic and Religion*. London : Kegan Paul, 1924. Pour Ackernecht, comme pour Hallowell c'est la fonction de contrôle social qui passe au premier plan, préfigurant en quelque sorte le modèle parsonien. E.H. Ackerknecht, « Natural Diseases and Rational Treatment in Primitive Medicine », *Bulletin of the History of Medicine*, 19, 1946, p. 467-497 ; A. I., Hallowell,, « The Social Function of Anxiety in a Primitive Society », *American Sociological Review*, 6, 1941, pp. 869-881.

² L'économie de la santé, si elle ne se structure institutionnellement que dans la deuxième moitié du vingtième siècle et tardivement en France par rapport à la Grande-Bretagne et aux Etats-Unis, trouve ses prémices dans les décennies précédentes sous l'effet cumulé de l'impact de la médecine scientifique d'une part et de l'investissement accordé à la santé qui en est issu d'autre part. Cf D. Benamouzig, *La santé au miroir de l'économie*, Paris : PUF, 2005.

la méthode expérimentale de l'autre, la théorie microbienne enfin font exploser les schémas de connaissance du vivant et donnent naissance à la « médecine scientifique ». La découverte entre 1875 et 1920 des agents causaux de la plupart des grands fléaux qui ont marqué l'humanité font entrer la biologie et la médecine dans une nouvelle ère. De là, la théorie de « l'interrupteur » qui affecte à chaque problème médical une cause qu'il faut identifier puis résoudre. Le modèle des maladies infectieuses est déterminant : à chaque malheur qui affecte les hommes, on doit pouvoir trouver une cause unique dans la nature sur laquelle on peut ensuite chercher à agir : identifier le germe d'abord, le faire disparaître ou le rendre inoffensif ensuite.

Empressons-nous de préciser que ce modèle n'a pas toujours été aussi puissant et que le siècle passé avait été marqué par une association serrée entre la pensée des sciences de la vie et les préoccupations sociales. La médecine sociale ou médecine des populations, ce qu'on appellerait aujourd'hui la santé publique, a ainsi eu ses heures de gloire au XIX^{ème} siècle avant de trouver une force nouvelle à la fin du XX^{ème} comme on le verra plus loin.

Toujours est-il que le triomphe de la causalité biologique sur la maladie empêche pendant un temps de considérer une définition de la santé qui soit orientée par d'autres types de déterminants et laisse aux aspects sociaux un statut secondaire.

C'est par l'entrée de la relation médecin-malade que T. Parsons va faire de la maladie une question sociale. Faire jouer à T.Parsons dans la sociologie de la santé le rôle qu'Emile Durkheim a occupé dans la sociologie de l'éducation n'est pas abusif. Par leur caractère normatif, par leur aspect totalisant aussi bien que par leur statut de précurseurs, le parallèle entre les deux modèles s'impose. Par leur stature même et leur place dominante dans le champ sociologique de leur époque, les deux auteurs sont comparables. De plus, la filiation entre la pensée des deux

auteurs est connue et l'on sait que Parsons a contribué à importer la pensée de Durkheim aux Etats-Unis¹.

En revanche le demi-siècle qui sépare les écrits sur l'éducation de l'un (1900-1917) et sur la santé de l'autre (1950-70) n'est pas sans importance de même que l'objet qui est en quelque sorte secondaire dans la production de Parsons alors qu'il est central dans celle de Durkheim.

Si la maladie intéresse le sociologue qu'est Parsons, c'est parce qu'elle donne lieu à une relation qu'il décrit à partir des rôles de chacun des acteurs : malade d'une part et médecin de l'autre². La maladie et le travail pour recouvrer la santé ne sont donc pas à comprendre seulement dans une dimension biologique mais bien comme des activités sociales à part entière. Le texte de Parsons publié en 1951 comme chapitre d'un traité de sociologie générale³ va être considéré comme fondateur aussi bien par ceux qui vont tenter de mobiliser plus avant cette notion de rôle appliquée au médecin mais plus encore au malade mais également par ceux qui porteront un regard critique⁴ et tenteront de faire échapper la sociologie de la santé naissante au fonctionnalisme.

Cette lecture fonctionnaliste de la relation médecin-malade s'ancre dans une réflexion sur les professions qui prend appui sur les classiques : ainsi chez Weber les professions assumées comme une vocation, représentent des tâches allouées rationnellement à partir de la compétence et de la spécialisation⁵ alors que face à « l'état d'anomie juridique et morale où se trouve actuellement la

¹ Cf. G. Rocher, T. Parsons et la sociologie américaine, Paris : PUF, 1972. et F. Bourricaud, L'individualisme institutionnel. Essai sur la sociologie de Talcott Parsons, Paris : PUF, 1977.

² Une maladie biologique sans relation médecin-malade n'est de ce point de vue pas de l'ordre du social.

³ Trad. française : "Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne" in *Éléments pour une sociologie de l'action*, Plon, 1955 (1951), pp.197-238.

⁴ M. Renaud, parle ainsi de « véritable paradigme scientifique » pour qualifier la notion de rôle de malade élaborée par Parsons. "De la sociologie médicale à la sociologie de la santé: trente ans de recherche sur le malade et la maladie", in J. Dufresne, F. Dumont, Y. Martin (dir.) *Traité d'anthropologie médicale*, Presses Universitaires du Québec / Presses Universitaires de Lyon, 1985, p. 283.

⁵ M. Weber, *Economie et Société*, t. 1, 1ère partie, ch. 2. Plon, 1971.

vie économique » ; Durkheim plaidant pour une « morale professionnelle », affirme « qu'il y a lieu de supposer que la corporation est appelée à devenir la base ou une des bases essentielles de notre organisation politique »¹. C'est donc dans la sociologie des professions, très vivante à cette époque aux Etats-Unis², que s'inscrit la contribution de Parsons³.

Le modèle fonctionnaliste constitue sur ce point l'élaboration d'une théorie du fonctionnement des groupes professionnels qui va occuper une large partie de ce champ de la sociologie⁴. Le modèle professionnel s'oriente chez Parsons à partir des quatre valeurs qu'il mobilisera ultérieurement pour caractériser le rôle du médecin et dans lesquelles on reconnaît les variables de configuration qui caractérisent sa théorie au début des années cinquante : universalisme-accomplissement, spécificité fonctionnelle, neutralité affective et orientation vers la collectivité ; cette dernière plus particulièrement développée dans les textes traitant de la relation médecin-patients⁵ sera d'ailleurs, on le verra, l'objet de nombreuses critiques reprochant à ce modèle, au delà de l'affirmation du caractère fonctionnel des professions, "une interprétation apologétique du rôle de celles-ci"⁶ et surtout son

¹ E. Durkheim, *De la division du travail social*, Préface à la deuxième édition, PUF, 1978, pp. II et XXXI.

² L'ouvrage de A. M. Carr-Saunders et P. A. Wilson, qui va demeurer une référence obligée en la matière, décrit les professions du droit et de la justice comme les "professions-mères", réunissant au mieux les critères suivants : le savoir technique spécialisé acquis par une formation intellectuelle longue qui est l'attribut premier, mais aussi l'existence d'une association professionnelle exerçant le contrôle de la compétence, la réalisation d'un service au profit de la communauté et le sens de la responsabilité à l'égard des pairs. D'autres professions sont considérées en fonction de leur plus ou moins grande correspondance avec ces critères. A.M. Carr-Saunders et P. A. Wilson, *The Professions*, Oxford University Press, 1933.

³ Cf. notamment "The Professions and Social Structure", in *Essays in Sociological Theory*, Glencoe, Free Press, 1949, pp. 34-39.

⁴ J.M. Chapoulié note à ce propos que "Liés à la fois à des études datant du début du XXème siècle sur le fonctionnement et l'histoire des associations professionnelles, et à une interrogation présente dans les classes moyennes et supérieures des Etats-Unis, sur l'existence et les formes d'un processus général de professionnalisation, les travaux de Parsons, Merton et leurs élèves constituent la tentative la plus accomplie pour résoudre le problème du déchiffrement des caractéristiques des corps professionnels", J. M. Chapoulié, « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », *Revue française de sociologie*, 14, 1973, p. 86-114, p. 91.

⁵ T. Parsons, *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris : Plon, 1955, Ch. 10, p. 197-238

⁶ J. M. Chapoulié, *op. cit.*, p. 92.

caractère de légitimation d'un processus idéologique émanant des groupes professionnels réels. L'analyse développée dans ce cadre ne déroge pas au projet de Parsons visant à établir une ferme correspondance entre normes du système et motivations des acteurs.

La maladie est conçue socialement comme une déviance - bien que spécifique car le malade ne peut être tenu pour responsable de sa situation - qui mérite d'être contrôlée et qui va l'être effectivement par l'intermédiaire à la fois du « rôle du médecin » et du « rôle du malade ». Cette notion, devenue depuis un classique de la littérature sociologique, est conçue comme un ensemble d'attentes et de normes permettant en quelque sorte de désamorcer les forces de désintégration sociale que constituerait la « situation du malade » ; définie par *l'impuissance* et *le besoin de secours* (« il n'y peut rien »), *l'incompétence technique* (« le malade n'est pas même qualifié pour faire ce qui est requis, et pour juger ce qu'il y a lieu de faire »), et *l'implication émotionnelle* (« La souffrance, l'impuissance, le risque et parfois la certitude de la mort, bouleversent d'une manière radicale les anticipations sur lesquelles vivent les hommes »).

Face à ce qui peut apparaître comme une menace pour le système, le *rôle de malade* introduit ce qu'on pourrait aujourd'hui percevoir comme la charte du patient hospitalisé ou le règlement intérieur d'un hôpital américain des années 50 (Parsons parle de « droits et de devoirs », mais il faudrait considérer qu'il s'agit de contraintes normatives incorporées et des privilèges associés, plus que de droits relevant d'un ordre judiciaire ou réglementaire), en quatre points : « l'exemption du malade des responsabilités normales qui s'attachent à son rôle » (dont le médecin est l'agent de légitimation), le fait que « le malade n'est plus tenu pour responsable », « l'obligation de souhaiter aller mieux », et l'obligation « de rechercher l'aide d'un technicien compétent (...) et de coopérer ».

De façon symétrique, est dessiné le « rôle de médecin » orienté également autour des valeurs suivantes : le couple *universalisme-achievement*, référant à une connaissance scientifique appliquée par des individus techniquement compétents et sélectionnés selon des critères de performance ; la *spécificité fonctionnelle* qui limite la relation médecin-malade à un champ

clairement circonscrit ; le secret professionnel d'une part et la prohibition de l'attirance sexuelle dans cette relation sont des exemples des limites de ce champ ; la *neutralité affective* garantissant que le monde du sentiment, de l'affect, ne vienne troubler la relation¹ ; l'*orientation vers la collectivité* enfin, qui différencie les professions libérales des hommes d'affaires, est enfin un facteur essentiel de confiance de la part du malade qui doit être « protégé contre l'exploitation qui résulte de son impuissance, de son incompetence, et de son irrationalité » ; cette orientation est soutenue notamment par l'interdiction de la publicité des médecins ou la non discussion de leurs honoraires.

Ces quatre orientations du *rôle du médecin* peuvent être comprises à partir de la première d'entre elles puisqu'elles renvoient invariablement à la constitution de remparts face à d'éventuelles intrusions du particularisme, de l'affectif, de l'irrationnel qui menaceraient la composante universaliste qui domine cette définition.

On saisit mieux la centralité de cette opposition universalisme/particularisme (rationnel/irrationnel) en précisant la situation de malade telle que la définissent T. Parsons et R. Fox dans un article ultérieur consacré à la relation entre la maladie et la famille : « la maladie ne diffère pas d'un retour plus ou moins total à l'état d'enfance (...) la maladie a des rapports très étroits avec les restes de dépendance infantile »².

Ceci renvoie à ce qui constitue un présupposé fondamental dans la construction de Parsons, et dont l'importance nous semble avoir été largement sous-évaluée par la suite³, que la maladie est

¹L'anecdote citée à ce propos par Parsons, relatant un chirurgien "reconnaissant bien volontiers qu'il se défierait lui-même de son propre jugement, s'il avait à prendre la décision d'opérer une seconde fois" un jeune garçon qui se remettait d'une opération pénible et dangereuse, nous semble effectivement révélatrice.

² T. Parsons et R. Fox, "Illness, Therapy and the Modern Urban American Family", *The Journal of Social Issues*, vol. VIII, n° 4, 1952, pp 2-3 et 31-44. Trad. française in F. Steudler, *Sociologie médicale*, Armand Colin, 1972, pp. 157-179; p.159.

³ E. Freidson est un des rares à insister sur ce point : « La théorie sociologique de la déviance qui est peut-être la plus raffinée et la plus développée, celle de T. Parsons, ne met l'accent que sur les maladies que l'individu est lui-même motivé à adopter », *La profession médicale*, Payot, 1984, p. 215-216.

essentiellement d'origine psychologique¹ ou tout au moins que la composante psychologique est déterminante dans le développement de celle-ci.

La métaphore entre médecine et psychothérapie a plus qu'un but heuristique : « La conclusion, c'est qu'une très importante partie de la médecine non psychiatrique ou prépsychiatrique, est en fait une psychothérapie inconsciente. Or le fait deviendrait tout à fait inexplicable au cas où la structure institutionnelle du rôle du médecin ne serait pas à peu près conforme à la description que nous en avons donnée ».² De façon symétrique, on peut penser que la construction parsonienne de cet objet est fondée sur cette définition de la maladie en termes essentiellement psychologiques, voire en termes de « réponse » à « un ensemble complexe de tensions structurelles » définies socialement.

On ne s'étonnera pas que la famille soit proposée comme lieu essentiel de tensions propice au développement de « motivations déviantes »³. Ainsi, « l'épouse-mère de famille peut être amenée à choisir le rôle de malade comme moyen institutionnalisé de fuir les lourdes responsabilités d'avoir à s'occuper des relations humaines », « la maladie peut fournir à l'enfant un moyen d'échapper aux obligations, chaque jour plus contraignantes, de se comporter avec maturité ».⁴

Parsons insiste sur ces motivations déviantes comme marquant des réponses à des difficultés de socialisation. Dans le développement de la maladie, ce n'est pas seulement une atteinte biologique qui est en jeu mais la personnalité même du malade. Symétriquement, dans le processus thérapeutique, le versant scientifique de la médecine s'il est important en tant que garant d'universalisme, passe au second plan derrière son aspect de « psychothérapie inconsciente ».

¹ « Comme nous l'avons déjà dit avec insistance, la maladie a très souvent une origine psychologique. Même dans le cas où l'étiologie du trouble est essentiellement physico-chimique, la nature, la gravité des symptômes et la rapidité du traitement sont presque invariablement influencées par les attitudes du malade », T. Parsons et R. Fox, *op. cit.*, p.163

² T. Parsons, *op. cit.*

³ T. Parsons et R. Fox, *op. cit.*

⁴ *op. cit.*, p. 163.

En d'autres termes, face à la motivation déviante, la médecine va opposer un processus de socialisation qui doit permettre au malade de recouvrer la santé et donc ses rôles dans la société.

L'hôpital doit alors être perçu comme une institution de (re)socialisation, et en cela est à la fois comparable à la famille et s'oppose à cette dernière qui a été un facteur de la motivation déviante; « Ici on lui accorde nourriture et subsistance, mais jamais au point de faire contrepoids à l'impression pénible de privation, de dépendance et de solitude à laquelle il est aussi sujet. Ce sont ces sanctions qui stimulent le désir du patient de retrouver la santé; à ces défis il répond (dans le meilleur des cas) en entrant à nouveau dans le monde de la santé ».¹

Si l'on admet que le champ de la sociologie médicale s'est développé tardivement en raison justement de ce statut d'objet biologique de la maladie - laissant aux spécialistes des sciences de la vie et aux le monopole de l'analyse l'effort de Parsons pour appréhender la maladie en termes sociaux se fonde sur le contournement du biologique par le psychologique. C'est par ce contournement que va dès lors s'appliquer la correspondance, classique chez Parsons, entre système et acteur.

Il reste cependant que cette opération, qui peu ou prou fait perdre à l'objet biologique, en l'assimilant au psychologique, son statut d'obstacle à une considération purement sociologique, conduit par là même à une correspondance directe entre système social et ordre biologique qu'on pourrait schématiser de la manière suivante : c'est en adoptant un rôle de malade puis de patient octroyé par l'institution médicale, que l'individu malade parvient à la guérison.

F. Bourricaud précisait dans son ouvrage consacré à l'œuvre de Parsons que « c'est en réfléchissant sur la dimension symbolique de la maladie que Parsons prend contact avec Freud »² et c'est effectivement une analyse de type psychanalytique qui permet de tracer le trait d'union entre la maladie comme réalité biochimique à la maladie sociale. Dès lors, une intégration

¹ *op cit.*, p. 177.

² F. Bourricaud, *L'individualisme institutionnel, Essai sur la sociologie de Talcott Parsons*, Paris : PUF 1977, p. 55.

extrêmement poussée est possible dans laquelle la guérison biologique (la fin d'un dysfonctionnement organique) est identifiable à la guérison sociale (le retour aux rôles habituels) par l'intermédiaire du psychologique (la sortie de la régression).

C'est peut-être dans la congruence entre rôle de malade et rôle de femme que cette intégration apparaît le plus poussée. Paradoxalement si l'on réfère au parallèle effectué par T. Parsons et R. Fox¹ entre rôle de malade et rôles familiaux, la différenciation sexuelle des comportements de malade a été beaucoup moins, et plus tardivement, étudiée que d'autres variables comme celles de classe et d'origine ethnique², comme si la composante biologique de cette variable avait en quelque sorte rendue moins lisible sa pertinence sociale.

Cependant, les années soixante-dix ont vu nombre de travaux sociologiques tenter d'approcher ce qu'on appellerait aujourd'hui le rapport entre perception de la maladie et consommation médicale d'une part, variable de sexe d'autre part.

Sans adopter une problématique ouvertement comparatiste, les travaux de S. Cole et R. Lejeune s'intéressent, à partir de trois échantillons de femmes et de mères, à la façon dont celles-ci définissent leur état de santé et au rapport entretenu entre cet état et la réalisation de leurs rôles sociaux. Ils concluent sans ambiguïté, de façon très parsonienne, à la corrélation de ces deux niveaux : "We showed that women who defined their performance as wives and mothers as being less than adequate were more likely than those who were satisfied with their performance to define their health as poor"³. Ils en déduisent que l'adoption du rôle de malade est un élément important de légitimation d'une insatisfaisante présentation de soi comme femme et comme mère.

La considération de taux de morbidité plus élevés chez les femmes que chez les hommes alors que c'est l'inverse qui prévaut

¹ T. Parsons et R. Fox, *op. cit.*

² Alors même que le différentiel de morbidité et plus encore de mortalité entre hommes et femmes est un objet de l'épidémiologie aujourd'hui comme on le verra.

³ S. Cole, R. Lejeune, "Illness and the Legitimation of Failure", *American Sociological Review*, 37, 1972, pp. 347-356, p. 356.

concernant la mortalité ("Women get sick and men die") à conduit à des développements multiples. Ainsi, dès 1965, D. Mechanic¹ évoque les raisons sociales qui conduisent les femmes à présenter des taux d'inconfort supérieur à celui des hommes.

Autour de 1975, la notion de correspondance entre rôle de femme et rôle de malade, renvoyant directement aux travaux de T. Parsons et R. Fox², est en plein développement. A. Nathanson écrit ainsi que "the sick role is relatively compatible with women's other role responsibilities, and incompatible with those of men"³ ; alors que D. Mechanic insiste sur la pertinence de cette hypothèse⁴ et que L. Verbrugge la renforce en considérant que les femmes peuvent avoir une activité médicale plus intense du fait, en quelque sorte, d'une moins grande occupation de leurs temps⁵ (sic).

Revenons sur la manière dont, dans ce champ de la maladie, cette correspondance s'établit à travers justement le rôle de malade; celui-ci pouvant être défini en quelque sorte comme le rôle octroyé sous certaines conditions par la société, à travers l'institution médicale, face à un type particulier de déviance, dans le but de contrôler ce dernier.

C'est la liaison entre la maladie perçue comme une déviance motivée d'une part et comme incapacité à remplir ses rôles habituels d'autre part, qui fait à la fois l'originalité (et probablement le caractère le plus contestable) du modèle parsonien. Sans le suivre dans ses conclusions, nous partageons pleinement le constat de U. Gerhardt à propos de ce qu'il définit comme les deux modèles parsoniens de la maladie (psychodynamique et structural) : "Medical Sociology, has

¹ D. Mechanic, "Perception of parental response to illness", *Journal of Health and Social Behavior*, 6, 1965, pp. 253-257.

² T. Parsons et R. Fox, "Illness, Therapy and the Modern Urban American Family", *op. cit.*

³ C. Nathanson, "Illness and the feminine role: a theoretical review", *Social Science and Medicine*, 9, 1975, pp. 57-62, p. 59.

⁴ D. Mechanic, "Sex, Illness, Illness Behavior, and the Use of Health Services", *Journal of Human Stress*, 2, 1976, pp. 29-40.

⁵ L. Verbrugge, "Females and Illness: recent trends in Sex Differences in the United States", *Journal of Health and Social Behavior*, 17, 1976, pp. 387-403.

overlooked the psychodynamic or deviance model while recognizing and criticizing the structural or incapacity model under the misplaced label of deviance"¹.

Mais si l'on reconnaît la présence simultanée de ces deux niveaux dans le modèle parsonien, il faut également affirmer que c'est bien le niveau de la « motivation déviante » qui domine et en quelque sorte oriente celui de l'incapacité et donc du rôle de malade. La maladie, comme toute autre forme de déviance chez Parsons, a une composante régressive au sens psychologique du terme, et renvoie spécifiquement aux « résidus de la relation mère-enfant pré-œdipienne »². Si la plupart des lectures de Parsons en ce domaine, se cantonnant le plus souvent au texte fondateur de 1951, mentionnent que « le malade n'est pas tenu pour responsable de son état », elles omettent de relever ce qu'on serait tenté de nommer une motivation inconsciente et qui, seule nous semble permettre de comprendre ce processus de "psychothérapie inconsciente" à l'œuvre dans le rapport médecin malade.

L'intégration de la société est analysée chez Parsons dans la relation entre motivations des acteurs et structures sociales. Comme le dit D. Martuccelli, « Le problème de l'ordre devient alors le problème de la jonction entre une théorie psychologisante de la motivation et une théorie du maintien des systèmes sociaux »³ Plus encore, en ce qui concerne la santé, ce ne sont plus seulement deux niveaux qui sont à l'œuvre mais bien trois. Comme on l'a vu, Parsons ne délaisse pas la réalité biologique de la maladie qui est médiatisée en relation sociale par l'intermédiaire de la motivation déviante, donc de la structuration psychologique.

On sait que le modèle parsonien de la relation médecin-malade a fait l'objet de nombreuses critiques dont certaines seront évoquées ultérieurement. En sus des critiques générales qui s'appliquent à l'ensemble de l'œuvre de Parsons : en

¹ U. Gerhardt, "The Parsonian Paradigm and the Identity of Medical Sociology", *The Sociological Review*, 27 (2), 1979, pp.229-251, p. 230.

² T. Parsons, *Social Structure and Personality*, ch. 10: "Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure", New-York : Free Press, 1964, pp. 285-286.

³ D. Martuccelli, *Sociologies de la modernité*, Paris, Gallimard, 1999, Folio Essais, p. 72.

particulier le théoricisme dont fait preuve la Suprême Théorie et sa polarisation sur l'intégration et l'ordre social, les critiques régionales sur la santé portent sur la nature de la maladie considérée (aiguë *vs* chronique au moment même où cette dernière devient dominante) et sur la place de la relation médecin-malade dans l'ensemble du processus de construction de la santé. Pourtant l'aspect le plus original du propos de Parsons sur la maladie est finalement peu entamé par ces critiques. Son tour de force pourrait-on dire, c'est de faire correspondre la maladie comme entité biologique, comme motivation individuelle et comme relation sociale. En ce sens, il n'y a pas développement d'un monde du social autonome face ou à côté d'un monde biologique mais il y a bien un seul monde, un seul ordre de choses qui intègre ces trois niveaux et qui fait que la logique du social n'est pas une logique sectorielle mais bien globale.

Que ce modèle soit absolument convaincant est une autre affaire : quelle que soit la place que l'on accorde à la psychosomatique, il est difficile d'identifier concrètement l'ensemble ou même la majeure partie des affections biologiques à des motivations déviantes. Pourtant, c'est bien sur cette fragile construction que se fonde la théorie parsonienne de la maladie. Quoi qu'il en soit le modèle tient sa force de son intégration entre les trois dimensions de la maladie qui se superposent chez Parsons dans un modèle absolument cohérent. L'individu malade chez Parsons n'est pas aussi un individu social, il est social parce que malade.

Le programme institutionnel

Affirmer que l'approche durkheimienne de l'éducation et de l'école et la lecture parsonienne de la santé, de l'hôpital et de la relation médecin-malade sont dans une large mesure comparables n'est pas d'une grande originalité. Ici comme là, l'individu se trouve plus qu'emboîté dans l'institution, il se constitue par elle. La fusion entre le haut et le bas est totale même si elle semble fonctionner préférentiellement de haut en

bas chez Durkheim et de bas en haut chez Parsons en tout cas dans sa dernière période. Pour l'un comme pour l'autre, si l'école ou l'hôpital sont si importants, c'est qu'ils figurent les lieux où s'élabore l'individu moderne, l'individu socialisé par la raison, intégré, citoyen. On peut certes aujourd'hui insister sur les différences et considérer, comme Touraine, que Parsons, c'est Durkheim moins le caractère tragique¹, ou railler à certaines époques les traditions considérées comme désuètes ou surévaluées². Toujours est-il qu'on peut trouver dans ces deux figures majeures les héros de ce que F. Dubet nomme le *programme institutionnel*, cette association unique des valeurs d'une part, de la profession d'autre part et de la socialisation de l'individu enfin : « En accolant le mot « programme » à celui d'institution, je souhaite donner à ce dernier mot un sens très précis. Il désigne un type particulier de socialisation, une forme spécifique du travail sur autrui. (...) Le programme institutionnel peut être défini comme le processus social qui transforme des valeurs et des principes en action et en subjectivité par le biais d'un travail professionnel spécifique et organisé.»³

Le professeur comme le médecin sont effectivement non seulement des rouages essentiels du fonctionnement social mais bien plus que cela, les garants d'une intégration réussie, ceux qui, au nom de la raison, du savoir, de la science personnifient le social et assurent sa cohésion.

Chez Parsons comme chez Durkheim, l'adéquation totale entre acteur et système s'effectue par le fonctionnement de l'institution et se réalise à partir d'une dimension morale, sociale, universelle. C'est donc bien un élément surplombant (qu'on le nomme le savoir, la raison ou la science) qui donnent au professionnel son caractère universel et qui orientent son activité. Le propre du modèle institutionnel classique, c'est donc de considérer que ce qui est bon pour le groupe, pour la société,

¹ « Dans tous les cas, elle (la sociologie) combat l'utilitarisme, comme Durkheim combattit Spencer et s'inscrit dans le mouvement général de la destruction de la conception rationaliste de l'homme lancé par Nietzsche et Freud. Ce en quoi elle est très éloignée de la vulgate fonctionnaliste qui triomphera au milieu du XX^{ème} siècle, et à qui fera défaut la force dramatique des œuvres de Durkheim ou de Weber. » A. Touraine, *Critique de la modernité*, Paris : Fayard, 1992. p.154.

² C'est massivement le cas pour Parsons aujourd'hui, moins pour Durkheim qui, mobilisé ou critiqué, garde une place intacte dans le débat sociologique actuel.

³ F. Dubet, *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil, 2002, p. 24.

est également bénéfique à l'individu et que cette adéquation entre deux perspectives morales est également liée à ce qu'on nommerait aujourd'hui l'efficacité voire la performance, et qui est de l'ordre de la raison.

Il faut insister sur le fait que la résolution de la tension entre « l'acteur et le système » passe, à l'école comme à l'hôpital, par le savoir scientifique.

Lorsqu'il envisage dans la conclusion de sa fresque historique sur les modèles pédagogiques, l'enseignement des sciences, Durkheim propose des formules qui ne laissent pas de doute sur la place qui doit être accordée à la science qu'il qualifie de « raison humaine en action »¹. Il insiste ainsi non seulement sur le caractère instrumental de l'éducation scientifique mais plus encore sur sa vertu éducative et donc moralisatrice. L'enseignement des sciences n'est considéré comme éducatif que parce qu'il est moral et c'est pourquoi il est une contribution essentielle, dans le processus de laïcisation, au remplacement de l'enseignement religieux. La science doit ainsi pour Durkheim établir une continuité historique avec la scolastique mise à mal par la révolution humaniste.

La science, pourtant, n'est pas une composante extérieure à l'homme ; elle est même un concentré de l'expérience humaine : « la science n'est pas l'œuvre d'individus isolés c'est le produit d'une coopération à laquelle concourent les savants de tous les temps et de tous les pays, et elle représente donc, à chaque instant de l'histoire, comme le résumé de l'expérience humaine concentrée et accumulée pendant de longues années, de génération en génération »², caractérisant ainsi une valeur universelle : « Les philosophes ont souvent imaginé, par-dessus les entendements humains, une sorte d'entendement universel et impersonnel auquel les premiers voudraient participer par des voies mystiques ; eh bien ! cet entendement existe, il existe non dans un monde transcendant, mais dans ce monde même ; il existe dans la science, ou, du moins, il s'y réalise

¹ E. Durkheim, *L'évolution pédagogique en France*, 1938, vol. 2, p.143.

² *Op. cit.*, p. 143.

progressivement, et c'est la source de vie logique la plus haute à laquelle puissent venir puiser les raisons des individus ».¹

C'est donc essentiellement par la science que l'homme moderne peut accéder à une dimension universelle qui le délivre des passions, des intérêts particuliers et des croyances. C'est bien par la science que la formation de l'individu et son accès à l'esprit critique rejoignent la définition du bien commun.

Il n'en va pas différemment dans le monde de la santé dans lequel la préoccupation scientifique est plus évidente encore. Si le bien du malade et le bien public peuvent correspondre, c'est parce que l'élément organique, biologique, est devenu déterminant dans les modes de pensée et dans l'action. On l'a vu, le mérite du modèle parsonien tient dans sa capacité à penser ensemble la régression psychologique et le désordre social en les associant l'un et l'autre au dysfonctionnement biologique. Le travail de résorption s'effectue également sur les trois niveaux puisque la resocialisation de l'individu par l'hôpital est aussi décrite comme un travail de « quasi-psychothérapie »² et un retour des variables biologiques à la normale.

Ce modèle institutionnel, dont le monde de l'éducation et de la santé constituent les principales applications, est d'ailleurs historiquement marqué par l'impact du savoir scientifique dans la connaissance des hommes sur eux-mêmes et sur leur environnement. En éducation et plus encore en santé, les révolutions scientifiques ne se traduisent pas seulement en connaissances ou en actions de l'homme sur la nature, mais elles produisent une réflexivité nouvelle.

¹ Op. cit., p. 144.

² Parsons parle du rôle de psychothérapie inconsciente toujours joué par le médecin envers le patient.

Scolarisation et médicalisation

Ces modèles intégrés appliqués à l'éducation d'une part et à la santé de l'autre ne sont évidemment pas sans attache historique. Ainsi, Durkheim s'inscrit évidemment dans le mouvement de scolarisation qui caractérise la fin du XIX^{ème} siècle et caractérisé notamment par les lois Ferry des années 1880 qui rendent la scolarisation obligatoire jusqu'à l'âge de 13 ans. De même Parsons, juste après la deuxième guerre mondiale, fait de la santé et plus encore de la médecine un objet sociologique au moment même où son efficacité en termes de traitement des maladies devient massif et indiscutable. En effet, si la révolution de la pensée biologique a commencé presque un siècle plus tôt avec la théorie pasteurienne, une thérapeutique de masse et véritablement active ne s'impose qu'au milieu du vingtième siècle, ouvrant ainsi la voie à une médicalisation sans précédent dans l'histoire de l'humanité. Alors que la médecine a toujours existé et que les références hippocratiques restent jusqu'à aujourd'hui mobilisées autour de la construction d'une tradition médicale, c'est bien au milieu du XX^{ème} siècle que la médecine s'impose comme pratique de masse, comme le montrent l'évolution du nombre de médecins d'une part et des dépenses consacrées à la santé d'autre part.

En cela, la sociologie durkheimienne de l'école comme la lecture parsonienne de la médecine peuvent être lues comme des accompagnements théoriques d'un processus progressif d'emprise des industries culturelles¹ qui caractérisent la première modernité. De ce fait, il n'y a pas à s'étonner que des productions analytiques soient normativement orientées et qu'elles dessinent en quelque sorte une image morale de la modernité. Pour l'un comme pour l'autre et malgré leurs différences, il s'agit de montrer comment une nouvelle alchimie permet d'intégrer la progression des savoirs humains, les attentes des acteurs et les nécessités du système.

¹ A. Touraine, identifie dans le cadre d'un modèle de société post-industrielle ou société programmée trois grands domaines d'action des industries culturelles : l'éducation, la santé et les médias.

Ce sur quoi je veux insister ici n'est pas seulement la conjonction entre acteur et système, intérêt général et émancipation individuelle, conception du sujet et production du collectif, mais plutôt sur le fait que cette articulation s'effectue par l'entremise des savoirs, des connaissances, de la raison même, c'est-à-dire de l'universel. Pour cette raison, les affects, les particularismes locaux, les fragilités liées à la maladie, les tendances à la régression infantile doivent être combattus et retournés, par l'intermédiaire des professionnels, en forces motrices favorisant le savoir, l'émancipation, la guérison. Plus nettement encore chez Parsons que chez Durkheim, la définition sociale du travail médical se moule dans une perspective scientifique, biologique. C'est parce que le médecin est détenteur de la science qu'il peut exercer une emprise forte sur l'individu malade de même que c'est parce que l'instituteur est dépositaire des connaissances qu'il peut exercer un ascendant moral sur l'élève.

Alors même que Durkheim affirme dans *Les règles* l'autonomie du social jusqu'à faire de celle-ci un programme, alors même que Parsons bâtit ce que certains désigneront comme un paradigme pour la sociologie de la santé, on a cependant l'impression que le social est tout sauf autonome dans ces constructions. Il constitue plutôt un tout englobant qui intègre les motivations psychologiques des acteurs, les connaissances d'une société dans un temps donné et les besoins liés au bon fonctionnement de la société.

En dernier ressort, si le système éducatif est opérant, c'est parce qu'il organise la division du travail nécessaire à la solidarité organique et contribue en cela à réduire les risques d'anomie inhérents aux sociétés sécularisées et laïques. De même, la modernité du système de santé tient dans le fait que chacun, médecin comme malade, joue le rôle qui lui est dévolu en préservant ainsi l'intégration systémique.

Poser la question de la justice du système éducatif ou du système de santé a d'ailleurs bien peu de sens dans ce modèle de l'institution classique. Ce qui est en jeu, c'est d'étendre l'emprise de l'éducation comme de la médecine sur des populations toujours plus importantes et de mettre en place les modalités les plus adéquates à cet élargissement. Il faut donc convaincre

chacun que ce qui est bon pour la société dans son ensemble (un bon niveau d'éducation et de santé) est aussi bénéfique à chacun des individus. On pourrait dire que le modèle de socialisation par l'éducation et par la santé est démocratique, développementiste même, mais qu'il ne pose ni la question de l'égalité ni celle de l'inégalité. Si ce modèle doit être considéré comme juste, c'est parce qu'il est bénéfique aux acteurs, y compris (et surtout) contre leur gré, leurs affects, leurs motivations.

Le mérite usurpé et la pédagogie rationnelle

Relire *Les héritiers*, que j'avais lu comme toute étudiant en sociologie au tout début de ma formation universitaire fut une sorte de révélation. Bien sûr mon regard avait changé et vingt ans avaient passé. Bien sûr je ne pouvais plus me délecter d'une démonstration qui m'avait réjoui par le caractère critique du constat. Surtout, à la suite de Durkheim, les auteurs faisaient « exister » le social en montrant que là où on nommait quelque chose (la nature : le don et l'individu : le mérite), il y avait autre chose (du social). Je ne m'exposerai pas ici au ridicule de refaire une critique que mille autres ont fait avant moi et mieux que je ne saurais le faire. Non, je voudrais seulement m'attacher à préciser, au delà de ce qui est l'objet de ce livre majeur et du diptyque qu'il constitue avec *La reproduction*, à cerner en quoi il reste jusqu'à aujourd'hui un paradigme de la pensée de l'école et sur l'école. C'est en quelque sorte ce qui constitue le fond de réflexion de ce livre qui m'intéresse en tant qu'il constitue encore aujourd'hui un background faiblement questionné dans de nombreux travaux comme dans nombre de politiques.

Les héritiers s'ouvre sur un long exergue, extrait de Margaret Mead issu de *Continuities in Cultural Evolution*, décrivant l'initiation chez les indiens Omaha par l'expérience de la vision que les jeunes hommes devaient éprouver pour pouvoir exercer

certaines tâches masculines. Le maître mot en est le secret qui permet de réserver aux familles de l'élite le privilège de la « vision authentique ». Le message est clair et délivré d'emblée : le secret des règles, la non transparence dirait-on aujourd'hui, a une fonction essentielle : celle de permettre aux détenteurs des codes de désigner ceux qui sont dignes d'appartenir au groupe. L'initiation au sens anthropologique rejoint l'initiation au sens juridique et boursier de « délit d'initié », Bourdieu, dont on sait qu'il a commencé sa carrière comme anthropologue en étudiant la maison kabyle, figure par cet exemple le caractère anthropologique, universalisable, de l'analyse qu'il propose. Celui-ci est tenu tout au long du livre avec l'usage d'un vocabulaire qui renvoie explicitement aux sociétés traditionnelles : apprenti sorcier, relations à plaisanterie, techniques magiques... mais c'est bien l'implicite et même le secret qui tient une place centrale dans l'analyse

C'est parce que les règles ne sont pas claires, ne sont pas affichées, que les résultats peuvent être arbitraires ou plus exactement orientés. Ce qui donne l'élément de réponse majeur à la question posée dès la première phrase de l'ouvrage : celle des « inégalités devant l'école »¹. Cette question des inégalités, dont on a vu qu'elle ne pouvait pas avoir de sens dans le cadre durkheimien, est donc devenue centrale. Le problème n'est plus de savoir si le système éducatif intègre toujours plus d'élèves et ce pour une durée toujours plus longue², il est désormais celui de « l'action des facteurs culturels de l'inégalité devant l'école »³, c'est-à-dire des règles implicites qui président à la manière dont le système éducatif va classer les élèves et dans le cas d'espèce les étudiants en lettres.

On sait la réponse apportée par Bourdieu et Passeron : l'école transmue en résultats scolaires les inégalités sociales qui lui préexistent par un mécanisme qui est de l'ordre de la connivence entre les curricula et plus encore les techniques scolaires et les valeurs culturelles des classes cultivées. Ce qui est caractérisé comme un don ou du mérite attaché à chaque individu n'est en fait que du social cristallisé.

¹ P. Bourdieu, J.C. Passeron, *Les héritiers. Les étudiants et la culture*. Paris : Minuit, 1964.

² Les années cinquante voient en France la population d'étudiants augmenter de moitié et même être multipliée par trois dans la décennie suivante.

³ Op. cit., p. 19

L'originalité de l'analyse ne tient pas, contrairement à ce qui est parfois affirmé aujourd'hui, à la démonstration des inégalités sociales que produirait le système scolaire. Nombre d'analyses développées à la même époque dans des courants sociologiques différents font constat également du lien fort entre appartenance sociale et réussite scolaire. En France, les travaux de l'INED ont montré dès les années 1950 que la démocratisation de l'enseignement était loin de venir à bout des inégalités sociales et qu'elle semblait même marquer le pas¹. Des travaux américains, dont le plus important et le plus commenté est le rapport Coleman commandité en 1964 et publié en 1966 aux Etats-Unis, montrent également comment l'origine socio-culturelle des familles est déterminante dans la carrière scolaire. Fondé sur une énorme base empirique, celui-ci conclut à la primauté des facteurs « externes » (le background de l'élève et ce qu'on nomme parfois inégalité de naissance) sur les facteurs « internes » (les ressources de l'institution scolaire et son organisation). De même Boudon montrera-t-il quelques années plus tard dans *L'inégalité des chances* que l'école ne peut réaliser le programme qu'on lui attribue de redistribution des cartes sociales et qu'elle a un effet très limité sur la mobilité sociale des différents groupes sociaux. Si ces travaux se différencient fortement en termes d'analyse, ils présentent une unité évidente quant au constat. Toutes les études de cette époque vont finalement dans le même sens : la part spécifique de l'école dans le destin des catégories sociales est très limité.

La spécificité des ouvrages de Bourdieu et Passeron n'est donc pas à chercher dans ce constat largement partagé, peut-être pas même dans la manière d'en explorer les ressorts mais plus encore dans les présupposés, c'est-à-dire dans le contexte de justice de référence, qui donne une tonalité particulière à cette analyse.

On connaît l'explication donnée par les auteurs à la perpétuation des inégalités sociales au travers de l'école et nous ne la schématisons ici que pour mémoire : le système scolaire et universitaire n'est pas seulement un mode essentiel de

¹ Cf. sur ce point les différents articles de A. Girard publiés dans *Population* entre 1953 et 1962, consacrés à la fin du primaire. Ils montrent notamment une stabilité du recrutement social en en classe de sixième et interrogent sur l'avancée réelle de la démocratisation scolaire.

reproduction de l'ordre social, il a surtout pour fonction première de garder chacun à sa place et il le réalise admirablement en naturalisant ce qui est socialement déterminé. Autrement dit, l'inégalité sociale au sortir du système scolaire n'est pas seulement un résultat, c'est un but. Pour se réaliser, il a besoin de secret, de ruse, de mécanismes cachés : par la violence symbolique, en faisant croire aux élèves qu'ils sont évalués selon leurs dons ou selon leurs mérites, en faisant croire aux enseignants qu'ils enseignent pour la beauté de la discipline, le système produit par une pédagogie subtile et non plus nécessairement autoritaire une intériorisation par chacun de la place sociale qui sera finalement la sienne. « Ainsi, la fonction la plus cachée et la plus spécifique du système d'enseignement consiste à cacher sa fonction objective, c'est-à-dire à masquer la vérité objective de sa relation à la structure des rapports de classe.»¹ L'énergie, en temps et en investissement économique, dépensée par l'école est ainsi nécessaire non pas tant à l'apprentissage de savoirs qu'à la persuasion par chacun que la place qui lui est attribuée est bien celle à laquelle il peut prétendre en fonction de ses dons et de ses mérites.

En ce sens, peu importent les pédagogies mises en œuvre, que les professeurs soient libéraux ou directifs, peu importent même le contenu et les formes d'enseignement puisque au final seul compte la correspondance entre classement scolaire et classement social qui apparaît comme inéluctable.

On sait à la fois l'engouement et les critiques auxquelles a donné lieu ce modèle. La principale d'entre elles tient à son caractère infalsifiable. Système fermé qui contient en lui-même sa propre antidote à la critique puisque toute objection est par avance discréditée : « les contestations les plus radicales d'un pouvoir pédagogique s'inspirent toujours de l'utopie auto-destructive d'une pédagogie sans arbitraire ou de l'utopie spontanéiste qui accorde à l'individu le pouvoir de trouver en lui-

¹ P. Bourdieu, J.C. Passeron, *La reproduction*. Paris : Minuit, 1964, p. 250. Cette phrase est accompagnée d'une note de bas de page qui débute de la façon suivante : « Il est peu d'institutions qui, autant que le système d'enseignement soient protégées contre l'investigation sociologique ». Cette assertion fait sourire aujourd'hui tant l'école a fait l'objet d'enquêtes et d'analyses sociologiques. S'il y a un objet sur lequel la sociologie s'est fait les dents, c'est bien celui-là plus qu'aucun autre. Le succès même des thèses contenues dans *La reproduction* suffit à relativiser une telle déclaration.

même les principes de son propre « épanouissement », toutes ces utopies constituant un instrument de lutte idéologique pour les groupes qui, à travers la dénonciation d'une légitimité pédagogique, visent à s'assurer le monopole du mode d'imposition légitime». ¹ De fait, l'expérience des acteurs est invalidée : « il serait donc vain d'opposer à la définition de l'action pédagogique l'expérience que les éducateurs et les éduqués peuvent avoir de l'action pédagogique et en particulier des modes d'imposition les mieux faits (à un moment donné du temps) pour masquer l'arbitraire de l'action pédagogique » ².

Par rapport au modèle classique de la socialisation durkheimienne par l'école, le système bourdieusien est à la fois absolument classique et fondamentalement inversé. Classique parce que l'école est bien le lieu de rencontre du professionnel qui institue la société et de l'élève qui intériorise sa place dans le collectif. Inversé parce que ce qui était pensé comme un mode de réalisation de l'individu est devenu un processus d'aliénation : chacun croit à autre chose qu'à ce qu'il fait vraiment et ne fait que reproduire en croyant produire.

Pourtant, plus clairement encore dans *Les héritiers* que dans *La reproduction*, la perspective quasi anthropologique d'une école à la fois inéluctablement reflet et base structurante du rapport de classe laisse apparaître la perspective à partir de laquelle s'opère le regard sociologique de Bourdieu et Passeron. L'ouvrage se clôt ainsi sur la notion de « pédagogie rationnelle » comme le contrepoint positif de l'image critique développée tout au long de l'ouvrage. La dernière phrase du livre, dans sa construction circulaire même, est éloquente : « Une pédagogie réellement rationnelle, c'est à dire fondée sur une sociologie des inégalités culturelles, contribuerait sans doute à réduire les inégalités devant l'École et la culture, mais elle ne pourrait entrer réellement dans les faits que si se trouvaient données toutes les conditions d'une démocratisation réelle du recrutement des maîtres et des élèves, à commencer par l'instauration d'une pédagogie rationnelle » ³.

¹ *La reproduction*, op.cit., p. 31

² *op.cit.*, p. 32

³ *Les héritiers*, p. 115. Ce qui peut être lu comme une ouverture est remis en cause dans *La reproduction*, p. 69.

En quoi consiste donc cette pédagogie rationnelle qui nous permet à la fois de comprendre le point de vue duquel se placent Bourdieu et Passeron et les possibilités d'action? On sait que c'est en « vendant la mèche », c'est à dire en montrant les mécanismes cachés de la reproduction que l'on peut lutter contre celle-ci. La sociologie, comme prise de conscience, est donc une pièce centrale de la lutte contre les mécanismes de domination qui conduisent à la reproduction puisque « la simple description de la relation entre le succès universitaire et l'origine sociale a une vertu critique ».¹ Ainsi, une pédagogie serait rationnelle parce qu'elle ne méconnaîtrait ni les inégalités ni ce qui les produit.

Plus encore, ce qui est affirmé là, c'est la centralité de l'école dans la production des inégalités. Ce qui fait l'objet de la critique bourdieusienne n'est en rien que l'école détermine les classements sociaux mais en quelque sorte qu'elle le fasse sur de mauvaises bases. C'est parce qu'elle n'est pas fondée sur cette « pédagogie rationnelle », parce qu'elle sert des intérêts spécifiques et non explicites qu'elle doit faire l'objet d'un travail sociologique d'explicitation.

Si ces deux ouvrages et la réception qu'ils ont eue nous intéressent particulièrement, c'est parce qu'ils donnent des réponses fermes à plusieurs questions de définition. Ainsi l'école mais aussi le social, la sociologie et même la justice se voient définis ou redéfinis par ces textes et on verra comment ces définitions dépassent les auteurs ou même un courant sociologique pour irriguer une grande partie de la sociologie et même de la pensée commune sur ces questions. Nous ne prétendons pas pour autant qu'il faudrait attribuer uniquement à la pensée bourdieusienne tout ce qui va suivre mais bien que celle-ci est représentative d'un mode, probablement assez français, de penser ces questions.

L'école d'abord est considérée non pas dans sa capacité à former, non pas dans les savoirs qu'elle permet de développer ou

¹ La reproduction, p. 108.

dans ceux qu'elle laisserait de côté, non pas non plus on l'a vu dans l'expérience des acteurs enseignants et enseignés, pas même dans les conflits qui s'organisent autour d'elle. Non, l'école n'apparaît que comme une machine à classer dont les méthodes importent peu si ce n'est pour valider des résultats en termes de tri. L'école est lue au filtre de la sélection, du tri, du classement. Ne nous méprenons pas sur ce point : l'analyse critique de Bourdieu et Passeron ne met aucunement en cause le tri en tant que tri, elle concentre au contraire toute son énergie à la démonstration que le tri effectué n'est en quelque sorte pas le bon, ou pas celui annoncé puisque le ressort n'en est pas le mérite mais bien les prédispositions sociales. C'est donc bien contre le don et au nom du mérite qu'est effectuée la critique. Ce qui est dénoncé est la non réalisation de ce dernier. F. de Singly affirme ainsi à propos des *Héritiers* que « ce livre qui dénonce le sens commun du « don » renforce une autre dimension de ce sens, celle du « mérite » sans l'énoncer explicitement »¹. On est très loin de Durkheim pour qui cette question n'en est pas vraiment une et n'est en tout cas pas au cœur de son modèle centré sur la nécessaire division du travail. L'aune à laquelle est effectuée la critique bourdieusienne de l'école est celle qu'on connaît aujourd'hui sous les termes de méritocratie et d'égalité des chances. On peut ainsi considérer *Les Héritiers* comme un hymne à la gloire du mérite. Même si la position est ambiguë dans la mesure où ce dernier y est à la fois posé en principe souverain et considéré comme inaccessible² ainsi qu'on peut le voir dans la référence à l'éthique Kantienne de l'effort et à la mesure de celui-ci³. On comprend mieux alors la réception de l'ouvrage par l'articulation entre la critique d'une école qui peine à être juste et la valorisation de ce qui va devenir le maître mot

¹ F. de Singly, « La sociologie, forme particulière de conscience », *op. cit.* p. 19

² Entre *Les héritiers* et *La reproduction*, les conditions de possibilité du mérite comme mode réel et non seulement formel de classement paraissent de plus en plus difficiles à réaliser.

³ « Vouloir, dans cette logique, prendre en compte les privilèges ou les désavantages sociaux et prétendre hiérarchiser les sujets selon leur mérite réel, c'est-à-dire selon les obstacles surmontés, ce serait se condamner, si l'on allait jusqu'au bout de la logique, c'est-à-dire jusqu'à l'absurde, soit à la compétition par catégories (comme en boxe), soit, comme pour l'estimation des mérites dans l'éthique Kantienne, à l'évaluation des différences algébriques entre le point de départ, c'est-à-dire les aptitudes socialement conditionnées, et l'aboutissement, c'est-à-dire la réussite scolairement mesurée, bref au classement par handicap. » *Les héritiers*, p. 104.

des décennies suivantes jusqu'à aujourd'hui : le classement en fonction des efforts de chaque individu. Si nous parlons d'ambiguïté, c'est que l'analyse proposée balance entre l'appel à une école méritocratique et la démonstration de l'impossibilité de l'école de fonctionner effectivement sur ce mode.

Dans une époque de forte mobilité sociale ascendante, nombreux sont ceux qui peuvent dès lors se percevoir non pas comme un contre-exemple de la théorie proposée mais comme la marque de ce à quoi devrait tendre l'école ; de cette école idéale, et là on renoue avec Durkheim, qui émancipe de la famille, de la tradition et de la domination. Une école juste, à l'aune de laquelle la critique est effectuée, serait donc celle qui viendrait à bout de tout destin de classe et de tout déterminisme social ; autant dire une école qui serait en capacité de défaire ce qui est produit par la famille avant l'entrée à l'école ou en dehors de celle-ci.

Alors que la vision durkheimienne est éminemment normative et décrit l'école comme ce qui permet de donner consistance au social comme garant de dérives anomiques, la vision bourdieusienne ne l'est pas moins même si le social prend désormais un caractère négatif. Pourtant, dans l'une comme dans l'autre la perspective est prométhéenne. L'école est dotée d'un pouvoir considérable, traduisant en cela les espoirs du XX^{ème} siècle dans le processus de scolarisation et la démocratisation. De plus, le propos de Bourdieu et Passeron n'est pas seulement critique, il est aussi l'affirmation de la centralité de l'école dans le processus de socialisation.

Le deuxième axe sur lequel on peut lire *Les héritiers* est celui de la définition du social et par suite de la sociologie. En effet, la façon de poser l'analyse du système scolaire et universitaire est conditionnée par la place accordée au social, cet élément quasiment irrationnel (n'est-ce pas la « pédagogie rationnelle » qui doit permettre de débusquer celui-ci et de renverser les effets de l'action des familles, elle-même sociale ?) dont l'école devrait idéalement venir à bout. Là encore, le renversement de la perspective durkheimienne est total tout en maintenant la continuité : si c'est bien l'alchimie d'un social autonomisé qui est l'objet de l'analyse (la fonction de l'école est de perpétuer les

rapports de classes), c'est selon une axiologie inversée. Le social vaut d'être analysé essentiellement pour être critiqué.

Plus étonnamment, ce social apparaît aux détours de certaines phrases comme pure illusion : lorsqu'il est précisé que l'école « transforme en destin individuel ce qui n'est que le produit d'une éducation et qui peut encore être corrigé, au moins partiellement par une action éducative »¹, on se surprend à considérer que tout ce qui s'est passé avant l'école est à la fois globalement néfaste et orienté, mais surtout que tout ça ne serait finalement pas si important puisque ce qu'a fait l'éducation, un autre acte éducatif pourrait le défaire. Pour le traduire en vocabulaire durkheimien, l'irrationalité des familles – et les intérêts spécifiques de certains – pourraient être contrecarrés par une action humaine organisée à dessein.

Le social ne produit donc rien d'autre que du social, il est bien plus encore que chez Durkheim, autonomisé. L'école n'apparaît donc comme rien d'autre que (pour reprendre la formulation restrictive de la phrase précédemment citée) du social cristallisé. Pour l'énoncer d'une formule lapidaire, dans *Les héritiers* et plus encore dans *La reproduction*, l'école n'est que du social. C'est-à-dire qu'elle ne fait rien d'autre que de produire des classements fondés sur des hiérarchies sociales préexistantes et qui détermineront eux-mêmes les classements futurs.

Plus que l'aspect critique, ce que nous relevons ici, c'est une définition du social substantielle (le social, c'est le classement) et une autonomisation absolue de celui-ci (le social ne produit que du social).

Dernier axe de lecture des Héritiers, celui de la justice. L'école telle qu'elle est décrite est injuste puisqu'elle manque à ses objectifs explicites qui sont ceux d'une redistribution totale des cartes sociales à l'issue des parcours scolaires. Si cet idéal a toutes les apparences de l'évidence (et c'est bien en cela qu'il nous intéresse ici), il s'appuie sur deux postulats non explicités :

¹ Les héritiers, p. 109.

D'une part la négation des familles et le renvoi de celles-ci dans une sorte de néant sociologique ou de pure irrationalité¹. Faire bon droit à l'investissement des familles, à leur engagement, c'est certes admettre une part de déterminisme social mais c'est aussi considérer simplement que l'enfant n'est pas seul face à l'école et que l'action (sociale) des familles est fondamentale ce à quoi se consacrera ultérieurement une part importante de la sociologie de l'éducation en travaillant le rapport entre école et familles.

D'autre part la possible mise en œuvre d'un principe juste de classement à l'école : ce principe dont on a vu qu'il était référé à la notion de rationalité ne peut être que l'évaluation d'un mérite dénué de toute prédisposition socialement et donc historiquement constituée.

Les héritiers peut être considéré comme un livre phare, non parce qu'il serait juste, vrai ou pertinent mais parce qu'il peut être lu comme le manifeste à la fois de la grandeur de l'école et de sa centralité dans la société, perpétuant en cela la tradition normative durkheimienne. Le contexte sociologique dans lequel est écrit cet ouvrage, et l'opposition qu'ont montrée les auteurs aux thèses énoncées au début des années soixante concernant l'importance des médias dans une société de masse renforce cette hypothèse. Face à la perspective de la culture développée par E. Morin dans *L'esprit du temps*, publié en 1962², Bourdieu et Passeron opposent une culture socialement distribuée dont le système scolaire est le principal vecteur de transmission. Que la lecture de l'école soit critique n'atténue en rien cet aspect ; on pourrait même faire l'hypothèse qu'elle le renforce puisqu'elle montre que le chantier est inabouti, que l'essentiel reste à faire pour démasquer l'illusion, pour que l'irrationalité soit remplacée par une pédagogie rationnelle et que le mérite remplace effectivement les prédispositions sociales.

¹ Cf. V. Munoz-Dardé, « Doit-on alors abolir la famille ? », *Comprendre*, 2, 2001, pp. 301–322. Qui, dans une perspective de philosophie morale, envisage les implications de certaines formulations des théories de la justice.

² P. Masson, « La fabrication des *Héritiers* », *Revue française de sociologie*, 42/3, 2001, p. 477-507.

Certes, on pourra nous opposer le fait que la pédagogie rationnelle perd sa place essentielle dans *La reproduction* pour ne plus apparaître qu'en creux dans les paragraphes où est mise en cause la pédagogie implicite, et que le mérite apparaît dans cet ouvrage largement comme un leurre. Il n'en reste pas moins que c'est bien au nom de la recherche d'un mérite réel qu'est effectuée la critique bourdieusienne du système scolaire. On retrouve d'ailleurs près de deux décennies plus tard dans le rapport Bourdieu-Gros l'invocation de la rationalité pour faire pièce aux délits d'initié : « Livrer à tous les élèves cette technologie du travail intellectuel et, plus généralement, leur inculquer des méthodes rationnelles de travail (comme l'art de choisir entre les tâches imposées ou de les distribuer dans le temps) serait une manière de contribuer à réduire les inégalités liées à l'héritage culturel ».¹

L'analyse bourdieusienne de l'école dont on connaît le succès public, même si celui-ci est aussi fondé sur une lecture schématique, ne rompt pas avec la lecture durkheimienne mais la radicalise. Que ce soit sur le rapport entre système scolaire et société, sur la définition sociale des enjeux de la production scolaire et son autonomie, sur la fonction de classement du système scolaire, il y a continuité par-delà les décennies qui les séparent. Si ce qui est considéré comme moralement positif chez Durkheim est critiqué chez Bourdieu et Passeron, pour l'un comme pour les autres, l'école est bien au cœur de la définition du social et c'est bien là l'essentiel. Par son activité de classement et malgré son autonomie relative, elle est l'archétype de l'institution qui forge l'ordre social.

Ainsi, malgré le retournement normatif opéré, cette pensée critique des années 60 et 70, qui on le verra marque pour longtemps la sociologie de l'éducation, nous apparaît comme hyperdurkheimienne. Si, pour Durkheim, la pédagogie dépend de la sociologie, chez Bourdieu et Passeron, il n'y a plus ni pédagogie ni psychologie. L'apprentissage, le cognitif dirait-on aujourd'hui, est absent ou tout au moins accessoire. Le social a tout emporté sur son passage.

¹ *Principes pour une réflexion sur les contenus de l'enseignement*, 8 mars 1989, p. 3

Une question reste cependant patente : en quoi la mise au jour des inégalités qui va largement s'opérer à partir de cette époque en particulier à partir des travaux des sociologues de l'éducation va-t-elle, ou non contribuer à la réduction de celles-ci ? En fonction de la réponse à cette question que nous ne pouvons évidemment pas régler pour l'instant, je serai amené à reconsidérer les analyses développées depuis les années soixante. Mais auparavant, il faut envisager la manière dont la critique du modèle classique s'est opérée dans le champ de la santé.

La critique de la profession médicale

Ce sont les interactionnistes qui mènent la critique envers le modèle fonctionnaliste dominant dans le champ de la santé, après avoir dans un premier temps abordé la question de façon moins systématique et sans construction d'un modèle alternatif. Pour Hughes¹, la profession est décrite plus comme un objet de la pratique qui ne doit pas être identifié à un groupe réel et dont il est nécessaire d'analyser la construction et la production de discours, et non pas comme un concept ou un idéaltype.

La perspective interactionniste, par une démarche moins globalisante, met l'accent sur des descriptions détaillées conduisant à remettre en cause l'homogénéité des groupes concernés et à affirmer leur segmentation : R. Bucher et A. Strauss opposent par exemple au modèle fonctionnaliste, et en particulier à la définition développée par W. J. Goode de la profession comme communauté², que « This kind of focus and theory tend to lead one to overlook many significant aspects of

¹ Cf. en particulier E.C. Hughes, *Men and their Work*, Glencoe : Free Press, 1958 et *The Sociological Eye: Selected Papers*, Chicago : Aldine, 1971.

² W. J. Goode, "Community within a Community: The Professions", *American Sociological Review*, 22 (2), 1957, pp. 194-200, Dans cet article l'auteur dégage en particulier les huit caractéristiques qui conduisent à définir la profession comme une communauté.

professions and professional life. Particularly does it bias the observer against appreciating the conflict -or at least difference- of interests within the profession ; this leads him to overlook certain of the more subtle features of the profession's « organization » as well as to fail to appreciate how consequential for changes in the profession and its practitioners differential interests may be »¹.

De façon connexe, les travaux anciens de O. Hall², à partir de l'analyse de l'organisation de la profession médicale dans l'est des Etats-Unis, montrent l'importance de mécanismes informels para ou extra-professionnels et de réseaux aux interpénétrations faibles, rompant avec une vision "universelle" des professionnels.

L'opposition de ces deux orientations se retrouve dans deux études menées à quelques années d'intervalle sur les étudiants en médecine. Dans l'ouvrage dirigé par R.Merton³, c'est un processus de socialisation qui est analysé, l'étudiant en médecine acquérant progressivement les valeurs qui sont celles de la profession ; chez H. Becker, l'acquisition du rôle professionnel par le futur étudiant est plus complexe, les deux valeurs de « responsabilité médicale » et « d'expérience clinique » prônées par les professeurs de l'école contribuent à forger une « culture de l'étudiant » et une représentation de la réussite, et donc l'intériorisation d'un rôle professionnel qui, sans être en rupture, ne sont pas nécessairement en adéquation totale avec la demande de l'université⁴. L'accent est mis sur la tendance des étudiants en médecine à adopter une attitude de « cynisme »⁵. Finalement, il en ressort que l'importance du processus de socialisation tend à être moins prégnante que le poids du milieu dans lequel se

¹ R. Bucher and A. Strauss, Professions in Process, *American Journal of Sociology*, 16 (4), 1961, pp.325-334, p. 325.

² O. Hall, "Les étapes d'une carrière médicale", in C. Herzlich, *Médecine, maladie et société*, Paris-La Haye : Mouton, 1970, p. 209-223 (trad. de "The Stages of a Medical Career", *American Journal of Sociology*, 1948.).

³ R. K. Merton, P. L. Kendall, G. Reader, *The Student Physician*, Cambridge : Harvard University Press, 1957.

⁴ H. S. Becker, B. Geer, E. Hughes, A. Strauss, *Boys in White*, Chicago : University of Chicago Press, 1961.

⁵ H. Becker, B. Geer, "The Fate of Idealism in Medical School", *American Sociological Review*, 23 /1, 1958, pp. 50-56.

déroule l'activité¹. O. Kutty reprend d'ailleurs le parallèle entre ces deux recherches pour égratigner Parsons : « Parsons s'est concentré, avec ses collègues de la côte Est, sur les élites professionnelles des grands hôpitaux et des grands laboratoires de la région de Boston, tandis que Merton et son équipe travaillaient dans celle de New York. Ce choix de terrain est fort significatif : à la même époque, les interactionnistes de Chicago - Strauss, Becker et leurs confrères - choisissaient volontairement une faculté de province moins prestigieuse, celle de Kansas City. On ne s'étonnera pas alors que le médecin parsonien soit un *applicateur* de la science fondamentale »².

Le modèle interactionniste, bien que le terme de modèle puisse sembler quelque peu inapproprié tant la systématisation des différentes réflexions est parfois difficile à dégager, rejette finalement la possibilité même de construction d'un modèle professionnel, qui pourrait n'être que « le symbole social attaché à certains métiers à l'exclusion des autres »³ pour privilégier notamment les études de carrière⁴ et le thème de l'institutionnalisation des professions⁵.

Cependant, l'influence qui, à propos de la profession médicale, caractérise le mieux l'alternative à la perspective fonctionnaliste, et qui à ce titre sera la plus citée dans ce qu'on

¹ Ce point est d'ailleurs théorisé dans H. Becker, "Personal Change in Adult Life", *Sociometry*, 1964, 27, pp. 40-53 et repris par E. Freidson dans *La profession médicale*, Payot, 1984, p. 98.

² O. Kutty, "La problématique de la création des valeurs dans la sociologie contemporaine des professions. Le cas des professionnels de première ligne", *Sciences Sociales et Santé*, 9 (2), 1991, pp. 5-30.

³ H. Becker, "The Nature of a Profession" in *Education for the Professions*, National Society for the Study of Education, 1962, pp. 27-46.

⁴ La notion de carrière dépassera d'ailleurs chez les interactionnistes la seule étude du travail et des professions; ainsi E. Goffmann parle-t-il de "carrière morale du malade mental" et définit le concept de carrière dans *Asiles*, Paris : ed de Minuit, 1968; alors que H. Becker s'intéresse aux "carrières déviantes" dans *Outsiders*, Paris : Métailié, 1985.

⁵ Sur ce dernier point et dans un tout autre registre, la démarche historique est d'un apport fort utile pour la mise en cause d'une sorte d'"histoire naturelle" des professions. Cf. à ce propos pour la profession médicale J. Léonard, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs*, Aubier Montaigne, 1981 et F. Béland, "Du paradoxe professionnel: médecins et ingénieurs des années 1800", *Archives européennes de sociologie*, 16/2, 1976, pp. 306-330.

pourrait appeler la pensée critique de l'institution médicale¹, est sans conteste celle de E. Freidson. Partie intégrante du courant de l'interactionnisme symbolique, elle s'en démarque quelque peu dans la mesure où, bien que contestant *a priori* le concept même de profession, elle conduit finalement à reprendre celui-ci en lui faisant subir une sorte de renversement notamment en concluant que, loin d'être fonctionnelle, l'organisation professionnelle par la domination qu'elle implique est éminemment critiquable.

Mais il est nécessaire de développer plus avant le déroulement de l'argumentation de Freidson, notamment à partir de l'ouvrage clé extrêmement riche tant théoriquement que dans les références qu'il mobilise, qu'est *La profession médicale* paru aux Etats-Unis en 1970. Le titre du livre majeur de Freidson ne laisse pas d'équivoque sur son objet. En premier lieu, il ne fait aucun doute que « s'il est un métier qui mérite le nom de « profession », c'est bien la médecine contemporaine »², mais si l'auteur insiste sur la nécessité de ne pas construire une définition de la profession à partir des métiers qu'on décide d'y inclure, mais au contraire de se centrer sur l'homme au travail, il finit cependant au détour d'une note par affirmer que « tous les concepts appliqués dans ce livre à l'étude de la médecine valent aussi bien pour celles de l'enseignement, du droit et de la science »³. La problématique de Freidson conduit donc bien, au-delà de la profession médicale, à élaborer une théorisation si ce n'est de l'ensemble des professions, au moins de celles qu'il nomme les professions consultantes : « En distinguant deux sorte de professions structurellement différentes : les « professions de recherche », de savoir ou de science et les « professions » pratiques ou consultantes, on observe que ces différences ont beaucoup plus de portée que les similitudes sur la façon dont les unes et les autres se constituent et se perpétuent, ainsi que sur le genre de problèmes qu'elles ont à résoudre respectivement dans le travail. »⁴

¹ C. Herzlich, dans la préface de la traduction française de *La profession médicale*, note à ce propos que: "Plusieurs années avant Illich, sans passion ni lyrisme mais d'une façon plus large et plus rigoureuse, Eliot Freidson avait posé toutes les questions du fonctionnement social de la médecine. *La profession médicale* est d'ailleurs l'un des ouvrages les plus fréquemment cités dans l'édition anglaise d'Illich."

² E. Freidson, *La profession médicale*, Paris : Payot, 1984.

³ *op. cit.*, p. 204.

⁴ *op. cit.*, p. 85.

La définition de la profession apparaît en définitive relativement simple dans la mesure où elle est orientée essentiellement à partir de la notion d'autonomie : « Le seul critère constant qui soit vraiment important pour distinguer les professions des autres métiers est le fait de l'autonomie, c'est à dire le libre droit de contrôle sur le travail. Cette autonomie n'est pas absolue (...) le seul secteur où l'autonomie doit réellement exister pour qu'il y ait statut de profession est le contenu du travail proprement dit »¹.

Cette polarisation sur la notion d'autonomie conduit Freidson à rejeter vivement les critères de formation et d'orientation vers la collectivité qui jouent dans les définitions classiques de façon déterminante, pour se centrer sur la division du travail puisque « c'est l'analyse des rapports entre les métiers au sein de la structure sociale qui révèle si un métier est ou n'est pas une profession »². Alors que la formation, sa durée, sa qualité ne constituent en rien des critères probants pour Freidson, ce qui importe est le contrôle exercé par la profession sur cette formation. De façon similaire et plus centrale encore, le service rendu ou l'éthique présumée du groupe n'ont pas d'importance en tant que tels puisque « ce qu'exprime le statut de profession, c'est que la société *croit* que tel métier présente les propriétés susdites, et qu'elle croit à la dignité et à l'importance du travail qui s'y fait. Que la réalité coïncide avec ces croyances n'est pas une question pertinente selon cette approche, c'est une affaire de détermination empirique »³.

Ces croyances, émanant de la « société », semblent quand même receler quelque ambiguïté ou au moins un manque de précision ; Freidson, à propos de la genèse de l'obtention d'un statut professionnel, affirme la nécessité pour le métier en question de représenter des valeurs d'une élite : « Si une profession peut occuper la position qui est la sienne et la conserver, c'est grâce à la protection et au patronage d'une fraction dominante de la société qui s'est persuadée que son travail est doté de quelque valeur spéciale. Une profession doit en ce sens sa position à l'influence politique et économique d'une

¹ *op. cit.*, p. 92.

² *op. cit.*, p. 194.

³ *op. cit.*, p. 195.

élite qui répond d'elle »¹, mais il évoque quelques lignes plus loin « quelques unes des valeurs et des connaissances établies dans la civilisation considérée », élargissant ainsi son schéma des élites à « la société » tout en privilégiant le rôle des premières. En tout cas, l'étude de la genèse des professions montre qu'il n'existe pas d'évidence dans l'obtention du statut professionnel : « il n'existe aucune propriété institutionnelle stable qui garantisse sûrement cette faculté d'autonomie : c'est par des voies imprévues, au terme d'une laborieuse politique de négociation et de persuasion, que la société est un jour amenée à penser qu'il serait souhaitable d'accorder à un métier le statut de profession, c'est à dire l'autonomie dans la régulation de ses propres activités »².

Quoi qu'il en soit, c'est bien l'Etat qui garantit le statut professionnel à partir du droit exclusif de la pratique qu'il accorde à une profession. Et le fait que, dans une optique de réduction des coûts, certaines pratiques soient restreintes, réglementées voire interdites ne permet pas selon Freidson de parler de « déprofessionnalisation » puisque, comme il l'écrit à partir du cas français, « ce sont des *médecins* qui établissent les règles de la limitation de l'autonomie médicale, et ce sont leurs représentants qui les acceptent »³. En revanche cette évolution n'est pas sans effet sur la distance entre l'élite médicale et le médecin courant.

La hiérarchisation qui est à l'œuvre ici, et également la segmentation de la profession, sont d'ailleurs deux éléments fondamentaux dans la construction de Freidson qui apparaissent à l'étude de l'autorégulation, elle même centrale dans la définition de la profession puisqu'elle permet à la fois d'attester et de justifier son autonomie. Freidson montre ainsi que ce qu'il nomme l'organisation officieuse de la pratique médicale s'effectue selon des procédures de parrainage⁴ mais aussi de boycottage qui conduisent à ce que « les groupes coexistent dans une ségrégation quasi totale »⁵, et à une forte stratification. Il en conclut ainsi que « ni l'élite ni la base n'ont la possibilité d'avoir

¹ *op. cit.*, p. 82.

² *op. cit.*, p. 92.

³ *op. cit.*, p. 56.

⁴ Il reprend en cela les travaux de O. Hall. Cf. notamment "The Stages of a Medical Career", *op. cit.*

⁵ *op. cit.*, p. 201.

sur l'univers du travail médical une autre perspective de travail que la leur »¹.

L'étude de « la construction sociale de la maladie » chez Freidson constitue en quelque sorte un détour qui va permettre d'étayer l'analyse de la profession médicale. En effet, la maladie n'intéresse Freidson qu'en tant qu'elle est objet d'interaction entre le malade et le médecin. Reprenant les théoriciens du *labelling*, notamment H. Becker² et E. Lemert³ qu'il cite longuement, la maladie est donc considérée comme une forme particulière de déviance et à ce titre doit être comprise à partir de ceux qui la créent en édictant les règles et les normes relatives à la santé, c'est à dire la profession médicale.

Une typologie de la déviance que constitue la maladie est ainsi élaborée, complexifiant la notion de maladie, et conduit à considérer celle-ci comme un processus et donc à l'envisager sous l'angle de « la carrière du déviant », elle-même devant être abordée à partir de la structure sociale dans laquelle l'individu se déplace au cours de ce processus, car « si nous centrons notre attention sur les agents et les organismes plutôt que sur leurs sujets, cela a la vertu de nous rappeler constamment que le processus de « traitement » est un processus de contrôle qui repose *toujours* sur une réaction sociétale, *toujours* sur l'imputation ou le diagnostic de déviance et quelquefois seulement sur une déviance « réelle » »⁴.

L'organisation sociale de la maladie, à partir du moment où un individu va consulter un médecin, est décrite comme une interaction entre la construction professionnelle et des représentations profanes (définies de façon plus sociale qu'individuelle), sous-tendue par un conflit irrémédiable entre ces deux systèmes: « La manière la plus proche de la vérité d'envisager l'interaction thérapeutique est celle qui reflète ce conflit, et non pas celle qui suppose qu'une identité de but apparaîtrait si les patients avaient reçu plus d'éducation, ou que le désir de coopérer est parfois masqué par l'incompréhension ou

¹ *op. cit.*, p. 207.

² H. Becker, *Outsiders*, The Free Press, 1963 (trad. française, Paris : Métailié, 1985)

³ E. Lemert, *Social Pathology*, New-York, Mac Graw Hill, 1951.

⁴ E. Freidson, *op. cit.*, p. 246.

l'échec »¹. On peut lire cette phrase comme une mise en cause directe de l'adoption du rôle de malade parsonien et de son apprentissage par les catégories sociales les plus réticentes. Il est clair alors que l'organisation professionnelle domine l'expérience de la maladie et ce d'autant plus qu'elle opère dans des institutions plus rigides, autrement dit plus encore à l'hôpital où le malade ne joue plus que le rôle de patient, qu'en médecine de ville où d'autres restent à sa disposition.

De l'analyse de l'organisation de la profession médicale et de son activité d'une part, de la construction sociale de la maladie d'autre part, Freidson conclut, de façon parfois virulente, à l'inadéquation de l'organisation professionnelle dans une société réellement démocratique et tente de proposer le cadre d'un modèle alternatif. Cette conclusion s'inscrit dans une critique plus large du pouvoir des experts en général qui, sous couvert de bien public, utilisent leur compétence pour masquer des privilèges et plus encore pour décider des modes d'exercice de ces compétences. Freidson s'attache ainsi à distinguer dans la médecine ce qui est de l'ordre de son savoir scientifique de ce qui relève de son application sociale ou humaine et en déduit que si l'autonomie professionnelle est dans une certaine mesure nécessaire à l'avancée de la science, elle est au contraire plus que critiquable sur le plan social.

La domination du point de vue professionnel sur celui du profane, non pas sur un terrain proprement scientifique mais sur des définitions normatives tenant à la morale, est pour Freidson² condamnable. C'est dans cet esprit qu'il insiste à plusieurs reprises sur les « droits du déviant » ou sur la notion de dignité : « La dignité de l'homme n'est pas garantie par le rôle que la profession est encline à assigner au profane en tant que client. Si sa vie n'est pas immédiatement en péril, je crois que la dignité civile du profane est un élément de son bien-être beaucoup plus important qu'une grande partie de ce que les médecins, dominés par leur point de vue professionnel, appelleraient sa santé. »³

¹*Op. cit.*, p. 318.

² Il s'inscrit évidemment sur ce point dans un courant beaucoup plus large, qui va être développé notamment à partir de la notion de "médicalisation de la société".

³ *op. cit.*, p. 344.

Plus encore, l'autonomie - définie par Freidson comme le fondement de l'organisation en profession - est décrite comme ne permettant pas, nous l'avons évoqué, l'autoréglementation de la profession qui doit elle-même être vue comme le critère majeur de « l'orientation vers le service (« la moralité ») ».

Enfin cette autonomie (même si elle est toujours limitée par le pouvoir politique), « en permettant et en encourageant la création d'institutions qui se suffisent à elles-mêmes », aide la profession à se faire une idée trompeuse de l'objectivité et de la fiabilité de son savoir, ainsi que des vertus de ses membres ; elle l'entraîne en outre à se considérer comme la seule à posséder savoir et vertu, à mettre en doute les capacités morales des autres professions, et à avoir à l'égard de sa clientèle une attitude qui est au mieux paternaliste, au pire méprisante.»¹

Il va de soi que ce n'est que par une limitation de cette autonomie que Freidson envisage ce que pourrait être non pas une autre science médicale mais bien une autre pratique de la médecine « dans une société libre ». Il développe d'ailleurs ce dernier point dans un autre ouvrage au titre non moins précis, publié la même année².

Après avoir discuté les rapports entre bureaucratie et profession et conclu que le système de santé relevait de problèmes plus professionnels que bureaucratiques, il propose : « the delivery of medical care cannot be controlled by the profession, that its autonomy and its dominance must be tempered by administrative or bureaucratic mechanisms that stress accountability for effective and human services and must be in some way more responsive to the lay client himself. »³ Il conclut d'ailleurs cet ouvrage en résumant d'une phrase le constat et les remèdes proposés : « By their very nature, professions in general and medicine in particular cannot live up to their professed ideals as long as they possess thoroughgoing autonomy to control the terms and content of their work and as long as they are dominant in a division of labor. In essence, I suggested ways by which professional dominance and autonomy

¹ *op. cit.*, p. 358.

² E. Freidson, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, New-York : Atherton Press, 1970.

³ *op. cit.*, p. 160.

could be tempered by administrative accountability to the individual patient himself, and by the deliberate encouragement of workers who can compete with the medical practitioner ».¹

Freidson revient cependant quelques années plus tard sur les difficultés de construction d'un modèle alternatif adéquat. Sans remettre en cause son constat, il nuance ses propositions en affirmant que l'application de principes bureaucratiques classiques au système de soins, conduit à *l'industrialisation* de celui-ci. « The difficulty with this solution is that it not only industrializes (or, perhaps, proletarianizes) the health workers, but it also industrializes the patient : patients become industrialized products, and the substance of their humanity becomes as problematic as does that of workers. »²

J'ai cru bon de développer longuement la problématique de Freidson car elle dessine une grande partie des pistes qui seront ensuite explorées dans la pensée critique de la médecine. La richesse de l'analyse de Freidson et son caractère plus synthétique encore que fondateur ne font aucun doute. Pourtant elle n'est pas complètement homogène et peut être scindée en deux orientations distinctes :

D'une part, la distinction entre science et art médical, c'est à dire entre ce qui dans la médecine relève de son caractère scientifique (que Freidson ne remet pas en cause) et son mode d'application humaine. L'activité médicale est alors décrite comme domination des conditions sociales sur ses fondements scientifiques.

D'autre part la maladie en tant que construction sociale, essentiellement définie par la profession médicale. Dans la ligne directe de l'interactionnisme et des théories de l'étiquetage, cette perspective conduit en fait à considérer le malade sous l'angle de sa domination par les instances qui le contrôlent. Cependant, il apparaît que cette deuxième approche trouve rapidement ses limites du fait de la spécificité de l'objet : si la maladie est une

¹ *op. cit.*, p. 234.

² E. Freidson, "Relations between Physicians in an Organized Form of Practice", *Santé, médecine et sociologie*, Colloque international de sociologie médicale, CNRS-INSERM, 1978.

construction sociale, elle n'en garde pas moins une composante biologique indéniable qui empêche, contrairement à d'autres formes de déviance, de considérer que « l'étiqueté est uniquement défini par l'étiqueteur » ; en d'autres termes, le malade peut difficilement être perçu - même si certains franchiront ce pas dans les années 70 - comme pure construction du médecin.

Lorsque l'on met en perspective les constructions de Parsons et celle de Freidson à propos de la médecine et de la profession médicale, on constate évidemment, et c'est ce qui a le plus souvent été relevé, que la profession est évaluée positivement chez Parsons - c'est son caractère fonctionnel -, alors que Freidson définit ce mode d'organisation, par la domination qu'il exerce, comme éminemment critiquable.

Alors que pour Parsons la guérison biologique et le contrôle social du déviant se correspondent, en particulier du fait de la motivation déviante exprimée comme une régression, Freidson souligne l'autonomisation des deux pôles (scientifique/social) et considère que leur association n'est en fait réalisée que dans l'idéologie professionnelle qui mobilise le premier pour légitimer le second.

Critique de l'école, critique de la médecine

Les héritiers et *La profession médicale* montrent incontestablement une facture, des thèses, des références et des affiliations théoriques divergentes. Centration sur le système ou sur les acteurs, mobilisation de données essentiellement quantitatives ou qualitatives, réduction des sources bibliographiques ou panoramique de la littérature, distance au terrain ou rapprochement maximum, tout sépare *a priori* ces deux ouvrages jusqu'à leur style et le profil de leurs auteurs : généralistes pour les uns, spécialiste qui consacra sa vie à l'étude du champ de la médecine et de la santé pour l'autre. En revanche la notoriété des ouvrages ne doit pas être évaluée à la

seule aune nationale : le fait que *La profession médicale* ait dû attendre quatorze ans pour être traduit et publié en français montre seulement l'intérêt limité dans ce pays pour la sociologie de la santé jusqu'au milieu des années quatre-vingt.

Les deux livres présentent pourtant une unité quant à leur positionnement face au modèle classique d'une part et quant à la façon de réévaluer la place du social d'autre part. Pour Bourdieu et Passeron comme pour Freidson, la critique des modèles de Durkheim et de Parsons est d'abord normative. Ce qui était auparavant décrit comme fonctionnel est désormais analysé comme la marque d'une domination : rapports de classe d'un côté, domination professionnelle de l'autre, renvoyant également aux traditions politiques et sociologiques française et américaine. En ce sens, ces schémas des années 1960 et 1970 opèrent un retournement quant au modèle fonctionnaliste. Pourtant ils restent fondamentalement dans la continuité avec les schémas classiques dans la mesure où ils ne contestent pas la dimension institutionnelle de l'école ou de la médecine : critiquables certes mais institutions et professions s'il en est. On ne peut encore parler de désagrégation ni du système scolaire ni de la médecine. S'il y a désinstitutionnalisation et déprofessionnalisation, elles ne viendront que plus tard. Bien plus, c'est au nom d'un principe de justice - mérite d'une part, démocratie de l'autre - que la critique est construite. Si l'école et la médecine sont injustes, c'est parce qu'elles opèrent en fonction de l'intérêt de certains groupes au détriment de certains autres. Les principes posés dans les modèles classiques ne sont pas rejetés mais considérés en quelque sorte comme pervertis. Avec des outils différents, des modes d'écriture qui s'opposent presque en tout point, ces analyses se retrouvent dans une thèse que l'on pourrait résumer le plus schématiquement du monde comme celle de l'abus de pouvoir institutionnel. Ce dernier opérant essentiellement par la naturalisation du social.

Ceci m'amène à l'autre point commun, plus essentiel à mon sens, aux deux critiques qui concerne la délimitation du propos et le statut accordé au social. En éducation comme en santé, le travail sociologique s'appuie d'abord sur l'affirmation que ce qui est explicitement présenté comme hors du social doit en fait être analysé voire dévoilé comme relevant du registre du social. Aussi bien le don que ce qui relève apparemment du biologique n'est

finalement « que » du social, c'est-à-dire du classement, des intérêts, du pouvoir, de la domination.

Si chez Durkheim et encore chez Parsons, le social est associé, juxtaposé, intégré à d'autres dimensions (psychologique, pédagogique, cognitif, biologique), il tend à s'autonomiser dans le cadre de la pensée critique. Non seulement le social est désormais partout, mais il se fait passer pour autre que ce qu'il est. Le travail du sociologue consiste dès lors non plus à expliciter les associations du social avec d'autres réalités mais à démontrer la présence du social là où elle est la moins apparente et à dégager les règles de son fonctionnement autonome. Encore une fois, c'est sur ce point que la pensée critique montre le mieux sa filiation avec le modèle classique et avec les diverses formes du fonctionnalisme¹. Pourtant la critique n'est pas qu'un retournement normatif de la pensée classique, elle en est également une hypertrophie. Même si l'autonomisation du social est référée à juste titre au Durkheim des *Règles*, même si la construction parsonienne parfois indigeste renforce encore l'intégration du modèle, la définition du social comme une substance autonome et envahissante n'est jamais portée aussi fortement que dans ces analyses des années soixante et soixante-dix.

Au-delà de l'unité entre la critique de la profession médicale d'une part et celle de l'institution scolaire d'autre part, une différence essentielle persiste qui est celle de la nature de l'injustice mise en cause. Toute théorie et plus encore toute théorie critique opère à partir d'un système de référence, implicite ou explicite². Les catégories, la définition des acteurs et

¹ L'affiliation de Freidson avec l'interactionnisme ne change rien sur ce point et il faut bien admettre que les lignes de partage entre écoles méritent parfois d'être réévalués à la lumière de l'histoire. Si nous ne nions pas l'importance historique du débat entre fonctionnalisme et interactionnisme, nous nous inscrivons en faux sur le fait que cette coupure soit en quelque manière éclairante pour comprendre les enjeux sociologiques contemporains. Le ressassement à l'envi d'un débat qui a plus d'un demi-siècle d'existence pour se positionner dans la distribution sociologique actuelle relève plus de la guerre de position et de la posture que du débat scientifique. Les emprunts des uns et des autres, y compris les plus virulents, à l'autre courant nous semblent démontrer l'inanité de cette ligne de partage.

² La pensée sociologique n'échappe pas au « d'où tu parles ? », formule rhétorique référée aux assemblées générales du mouvement de 1968.

leur place dans l'analyse, les principes de justice ne sont pas homogènes.

A l'école, c'est ainsi la distribution des résultats et donc des places aux élèves qui est relevée comme motif d'inégalité alors qu'en médecine, c'est le rapport entre le profane et le professionnel qui apparaît comme source d'un déficit démocratique.

Recherche d'égalité ou de démocratie, centralité du classement social ou asymétrie de la relation professionnelle : sur ces deux axes, l'éducation et la santé engagent des modes de pensée sociologique qui vont se déployer au-delà de la période des années soixante-dix et des auteurs et courants évoqués.

II. INÉGALITÉS

L'école, reproduction et production des inégalités

Le caractère social de l'école va être, après la période fondatrice des années 1960, pendant plusieurs décennies exploré à partir de la mise au jour et de l'examen des inégalités. La mesure, la discussion, le débat autour des inégalités sociales, sous toutes leurs formes, constituent une part majeure de la sociologie de l'éducation et s'inscrivent à la fois comme rupture mais aussi comme continuité avec les thèses critiques de Bourdieu et Passeron.

Rupture puisque la thèse du système scolaire comme implacable instrument de la reproduction sociale est soumise à la question. L'école comme pur mécanisme d'un système de classes qui le dépasse est loin d'être toujours admise. L'autonomie relative du système scolaire qui s'était vue réduite à la portion congrue dans *La reproduction* alors qu'elle était encore palpable dans *Les héritiers* est remise sur le devant de la scène. Les sociologues « ouvrent la boîte noire »¹ et ne prennent pas pour argent comptant des conclusions qu'il importe de confirmer ou d'infirmer, de préciser ou de reformuler. Bref, à partir d'une hypothèse forte mais dont la démonstration est loin d'être aboutie, il importe de travailler. Une grande part de la sociologie de l'éducation va s'y consacrer et permettre de passer de formulations ambitieuses infalsifiables à des conclusions moins ambitieuses et généralistes mais plus étayées par le travail empirique.

Continuité toutefois car l'hypothèse d'une école reproductrice d'inégalités sociales reste une hypothèse majeure, même lorsqu'elle est contrebalancée par l'idée qu'elle les produirait autant ou plus qu'elle ne les reproduirait. Validée ou invalidée, c'est massivement dans ce cadre que s'inscrit la sociologie de l'école. En ce sens, ce n'est pas trop dire que parler de paradigme sociologique. Cela ne signifie évidemment pas que les affirmations contenues soient justes mais bien que les questions restent

¹ M. Duru-Bellat, A. Van Zanten, *Sociologie de l'école*, Paris : Armand Colin, 1992.

pertinentes même si les méthodes pour les envisager et les outils pour les traiter évoluent.

Si l'existence d'inégalités sociales à l'école ne fait pas débat, la quantification de celles-ci d'une part et la détermination de schémas de causalité explicatifs d'autre part est plus controversée. Travaux empiriques et recours à des théories sociologiques se mêlent pour produire un tableau renouvelé de l'importance de ces inégalités, du sens qui doit leur être accordé et, partant, des actions qui pourraient être menées pour les amoindrir.

Il n'en reste pas moins que la présentation même des données permettant de caractériser les relations entre inégalités sociales et système scolaire ne va pas de soi. La production des chiffres et la mobilisation de techniques d'une part, la formulation des résultats d'autre part peuvent difficilement être considérés comme des éléments bruts.

On peut ainsi lire dans la livraison 2009 du compte-rendu de l'Observatoire des inégalités qui mène un travail important de recensement et d'analyse sur cette question, cette présentation des rapports entre scolarité et catégorie sociale des parents : « 40,2% des admis au Baccalauréat série S sont des enfants de cadres, alors qu'ils ne représentent que 13,8% des enfants en sixième (source Education Nationale, 2002). Ce qui signifie que les enfants de cadres ont huit fois plus de chances d'avoir un Bac S que les enfants d'ouvriers (2,9 fois plus de chances pour le Bac en général). Si le système scolaire était parfaitement équitable, le pourcentage d'admis dans les différents Baccalauréats devrait être le même que celui qui est observé en classe de 6^{ème}. Il n'en est rien. »¹

A partir de quelques chiffres, c'est une définition de l'équité qui s'impose alors même que le terme d'équité n'apparaît pas dans le lexique fourni en fin d'ouvrage. Un système scolaire équitable distribuerait le Baccalauréat série S et les autres dans des proportions équivalentes aux enfants issus de toutes les catégories sociales ; d'autre part, tout ce qui se produit entre 11 et 18 ans est implicitement attribué au système scolaire ; enfin, une lecture

¹ Observatoire des inégalités, *L'état des inégalités en France*, Paris : Belin, 2009, p. 75.

fondée sur l'opposition entre ouvriers et cadres est déterminée comme un prisme adéquat à l'appréhension du réel. C'est ce que relevait déjà M. Duru-Bellat : « Quelle référence conduit à opposer systématiquement « cadres » et ouvriers (une référence implicite à l'opposition entre dominants et dominés ?) alors que d'autres oppositions ou l'adoption d'un continuum plus fin seraient peut-être plus pertinentes ? Les statistiques à la fois sont informées par des philosophies et des représentations sociales, qu'elles diffusent et confortent ; elles ne sont donc pas sans portée instituante sur le réel »¹

On peut difficilement ne pas reconnaître que le décryptage des inégalités s'inscrit toujours en référence à une analyse de ces dernières et que les questions de méthode d'une part et d'objet sont intimement liées aux présupposés théoriques et à une définition du juste. La question de la mesure est toujours plus qu'une question technique. Chaque ouvrage de sociologie de l'éducation va produire ou simplement mobiliser ses chiffres, ce qui ne suffit évidemment pas à invalider ceux-ci.

Le chiffrage des inégalités sociales à l'école, l'impact spécifique du système scolaire sur celles-ci et les voies possibles d'action sociales sur ces inégalités ont fait l'objet de plusieurs sommes qui, dans des périodes différentes, font le point sur ce que la sociologie est en état de formuler. Le rapport Coleman déjà évoqué, le travail dirigé par Ch. Jencks quelques années plus tard à la fois dans la lignée et comme rupture avec le précédent et trente ans plus tard la synthèse effectuée en France par M. Duru-Bellat à partir notamment des enquêtes menées dans le cadre de l'IREDU permettent de tirer le fil conducteur des savoirs sur l'inégalité sociale à l'école.

The Equality of Educational Opportunity Survey (EEOS), souvent nommé Rapport Coleman², retrace une énorme enquête menée aux Etats-Unis pour tester en particulier la validité de l'hypothèse

¹ M. Duru-Bellat, *Les inégalités sociales à l'école. Genèse et mythes*, Paris : PUF, 2002, p.35.

² J.S. Coleman et al., *Equality of Educational Opportunity*, Washington D.C., Government Printing Office, 1966. Ce rapport dont le coût est estimé à 1,5 million de \$ de 1966, s'appuie sur une enquête auprès de 560 000 étudiants, 60 000 enseignants et 4000 écoles primaires et secondaires et sera à ce titre surnommé « le mammoth ».

du sous-financement des écoles des quartiers déshérités et de ses effets potentiels sur les résultats scolaires des élèves les plus pauvres issus de minorités ethniques. Il a comme particularité pour l'époque de s'intéresser aux résultats individuels des élèves, de mesurer les disparités de ceux-ci selon l'établissement de scolarisation et de poser ces questions à très grande échelle de façon systématique. Contrairement à ce qui était attendu, y compris par Coleman lui-même, la question de la dotation financière apparaît faiblement déterminante dans la réussite des élèves. Le différentiel de ressources est plus limité que prévu et sans grand impact sur les résultats qui semblent d'abord conditionnés par l'origine socioculturelle des familles. En termes de politique scolaire, c'est d'abord la ségrégation scolaire qui est démontrée, plus encore évidemment dans les Etats du sud, avec une grande majorité des enfants blancs dans des écoles à plus de 90% blanches et la moitié des noirs dans des établissements qui ne scolarisent pas d'élève blanc. Le *Black-White Gap* est ainsi chiffré et fait l'objet de longs développements dans le rapport concernant la réussite académique des uns et des autres.

Un des rares effets de la composition de l'établissement montré par l'EEOS est l'impact sur les enfants noirs de classe de 9^{ème} d'une scolarisation dans des classes à majorité blanche. Contrairement aux ressources des établissements, le *school mix* n'est donc pas sans effet sur les résultats scolaires même si celui-ci n'est jamais aussi important que celui qui est associé à l'origine socio-culturelle. Cette conclusion ouvrira la voie à la politique de déségrégation scolaire et de *busing* qui va prévaloir dans les années qui vont suivre. Coleman fut d'ailleurs qualifié de « traître à la cause » quand il évoquera dans une étude ultérieure que le *busing* peut également donner lieu à une fuite des blancs de certains quartiers.

Pourtant, le résultat le plus controversé du rapport Coleman tient au faible impact qui est accordé au travail spécifique des établissements, des classes et des enseignants. Par le modèle de la « boîte noire » qui cherche à mesurer les relations entre *input* et *output* sans se préoccuper des modalités du travail réalisé entre les uns et les autres, il y a nécessairement une sous-estimation des aspects internes aux établissements. C'est certainement sur ce point que le rapport Coleman sera le plus discuté et une grande

part des travaux des années suivantes viseront à dépasser ce point aveugle des premiers efforts de quantification.

Il n'en reste pas moins que ce rapport marque, malgré son peu d'écho et de citations en France, la première tentative de déterminer quantitativement et systématiquement l'impact des différents facteurs dans les résultats scolaires des élèves scolarisés au sein d'un même système d'enseignement.

La synthèse publiée sous la direction de Ch. Jencks en 1972¹ se situe dans la filiation de l'EEOS, et est issue d'un séminaire organisé à Harvard autour de l'exploitation des données de celle-ci, mais va opérer une forme de renversement dans les conclusions qui en constituent également une radicalisation en même temps qu'un élargissement. En effet les propos de Jencks et de son équipe vont bien au delà de l'école et c'est bien d'une perspective générale sur l'inégalité qui, comme l'indique le titre, est l'objet de cet ouvrage étonnant, décapant et précurseur.

Étonnant, le livre l'est d'abord dans son mode d'écriture et dans la façon d'aborder chaque problème. Sa lecture, pour un Français peut-être plus que pour un Américain, ne cesse de surprendre tant les questions posées visent à être traitées dans leur exhaustivité et non pas dans une perspective qui isolerait la question sociale. En raccourci, on pourrait dire que le mode de construction du raisonnement adopté par Jencks est tout sauf durkheimien.

Un exemple permet d'illustrer cette façon de construire l'objet qui est soumis à la question : celui de la question des inégalités naturelles. Loin d'être écartée, comme c'est le cas chez Bourdieu et Passeron qui règlent par une note de bas de page dans la conclusion des *Héritiers* ce qui est en quelque sorte une mise hors-jeu du raisonnement sociologique², l'inégalité génétique est prise

¹ Ch. Jencks, *L'inégalité. Influence de la famille et de l'école en Amérique*, Paris : PUF, 1979.

² « Il n'est pas dans notre intention, en soulignant la fonction idéologique que remplit dans certaines conditions le recours à l'inégalité des dons, de contester l'inégalité naturelle des aptitudes humaines, étant entendu qu'on ne voit pas de raison pour que les hasards de la génétique ne distribuent pas également ces dons inégaux entre les différentes classes sociales. Mais cette évidence est abstraite et la recherche

au sérieux par Jencks dans la mesure où elle interfère nécessairement avec l'inégalité liée au milieu. Non seulement la nature n'est pas exclue du propos mais elle permet de donner une tonalité particulière à un raisonnement dont on ne peut s'empêcher de trouver une proximité avec des pensées contemporaines comme celle de B. Latour.

Loin de faire de la génétique l'explication majeure des inégalités et de la hiérarchisation sociale, Jencks cherche à établir la part des différents facteurs dans la construction des inégalités : « Puisque l'inégalité génétique explique seulement une partie de l'inégalité des connaissances et puisque l'inégalité des connaissances n'explique à son tour qu'une faible partie de l'inégalité économique et sociale entre adultes, il est faux de prétendre que l'inégalité génétique implique une société hiérarchisée. Il est toutefois également faux de prétendre que l'inégalité génétique n'existe pas ou que ceux qui admettent son existence doivent être considérés comme racistes. L'étendue de l'inégalité des connaissances dans une société quelconque dépend de trois facteurs : la dispersion des caractéristiques génétiques des individus, la dispersion des milieux auxquels ils sont confrontés, et la corrélation entre génotype et milieu »¹

Jencks remet surtout en cause une partition classique entre l'impact de la génétique et celui du milieu à plusieurs niveaux :

D'abord en relevant que la neutralisation des effets de milieu et donc des inégalités sociales aurait pour effet une maximisation de l'impact de la génétique. Une stricte égalité des chances n'ouvrirait-elle pas en ce sens la voie à une différenciation biologique plus importante ? Il affirme ainsi que « si l'école égalisait réellement les chances et les indications à l'acquisition des connaissances, les différences de performances observées chez les

sociologique se doit de suspecter et de déceler méthodiquement l'inégalité culturelle socialement conditionnée sous les inégalités naturelles apparentes puisqu'elle ne doit conclure à la « nature » qu'en désespoir de cause. Il n'y a donc jamais lieu d'être certain du caractère naturel des inégalités que l'on constate entre les hommes dans une situation sociale donnée et, en la matière, tant qu'on n'a pas exploré toutes les voies par où agissent les facteurs sociaux d'inégalité et qu'on n'a pas épuisé tous les moyens pédagogiques d'en surmonter l'efficacité, il vaut mieux douter trop que trop peu. » *Les héritiers*, p. 103.

¹ Ch. Jencks, *op. cit.*, p. 89

enfants après leur entrée à l'école seraient entièrement dues à des différences de nature biologique. »¹

D'autre part en relevant l'imbrication à plusieurs niveaux du milieu et de la génétique, produisant pour certains un avantage redoublé : « Les parents ayant des facteurs génétiques favorables ont tendance à avoir des connaissances au-dessus de la moyenne. Cela signifie qu'ils ont tendance à fournir à leurs enfants un milieu familial inhabituellement riche que les enfants soient ou non génétiquement avantagés. En outre, cependant, les parents ayant des facteurs génétiques favorables ont généralement des enfants génétiquement avantagés. Ces enfants bénéficient donc d'un double avantage. Ils ont plus que leur part d'avantages génétiques donnant un QI élevé et ils ont également plus que leur part d'avantages du milieu qui favorisent des QI élevés. Cela se traduit par une corrélation entre génotype et milieu, qui rend les QI encore plus élevés qu'ils n'auraient été sans cela. »² Il estime ainsi que cette covariance, c'est-à-dire ce double avantage non pas strictement lié aux caractéristiques génétiques de l'enfant mais aux effets sociaux des avantages génétiques de ses parents, rendrait compte de près de 20% de la dispersion des QI. La variation des résultats aux tests des Américains pourrait être expliquée, selon Jencks, à 45% par les facteurs génétiques et 35% par l'influence du milieu auxquels il faut ajouter les 20% mentionnés précédemment.

Il s'interroge d'ailleurs sur le fait que l'inégalité génétique soit plus facilement admise que l'inégalité de milieu : « L'idée semble être que l'inégalité provenant d'avantages génétiques est moralement acceptable alors que l'inégalité issue d'autres hasards de la naissance ne l'est pas. La plupart des gens et des responsables de l'éducation ont évidemment le sentiment que les gènes d'un individu sont siens et qu'ils lui donnent droit à tous les avantages qu'il peut en tirer. Ses parents, par contre, ne sont pas « siens » dans le même sens et ne devraient pas lui donner droit à des faveurs particulières. Toutefois, pour un égalitariste convaincu, l'inégalité d'origine biologique devrait être aussi répugnante que l'inégalité d'origine sociale ».³

¹ Ch. Jencks, *op. cit.*, p. 76

² Ch. Jencks, *op. cit.*, p. 86

³ Ch. Jencks, *op. cit.*, p.90

Au-delà de cette appréhension du rapport entre biologique et social et de leur impact respectif sur les connaissances et sur les résultats scolaires, l'ouvrage se livre à une charge argumentée concernant l'objectif d'égalité des chances à partir de l'école et « alimente notre scepticisme sur l'importance des « produits » de l'école »¹. Il s'appuie sur le fait que l'inégalité des connaissances est liée, on l'a vu aux caractéristiques génétiques d'abord et d'origine socioculturelle ensuite et que l'impact des écoles (ressources, qualité) sur les inégalités de connaissances dans une situation dans laquelle « les écoles publiques se ressemblent davantage que les parents et les enseignants ne le pensent »² est marginal. Le seul facteur lié aux caractéristiques des écoles qui impacte effectivement l'inégalité de connaissances est celui de la ségrégation raciale et plus encore de la ségrégation économique.³

Malgré la liaison étroite entre niveau d'éducation et statut professionnel, Jencks conclut en soulignant que l'école est un instrument faiblement approprié à la production de mobilité sociale, au moins si l'on se place dans une perspective globale de relations entre groupes : « Aucune des observations que nous avons faites n'indique que la réforme de l'école puisse amener des changements sociaux significatifs en dehors de l'école. Plus précisément, l'observation suggère que l'égalisation des conditions d'éducation aurait très peu d'influence sur une plus grande égalité des adultes ».⁴ On sait que c'est une thèse similaire que développera R. Boudon dans *L'inégalité des chances*⁵ l'année suivante. Les conclusions sont finalement assez simples et dans la lignée de celles du rapport Coleman sur le plan sociologique et peuvent être résumées en quelques mots : « les caractéristiques de la production d'une école dépendent largement d'une seule entrée représentée par les caractéristiques des enfants qui entrent à l'école. Tout autre élément – le budget de l'école, sa politique, les

¹ Ch. Jencks, *op. cit.*, p. 29

² Ch. Jencks, *op. cit.*, p. 109

³ L'élimination de la ségrégation raciale et socio-économique dans les écoles réduirait ainsi les écarts des résultats aux tests entre enfants noirs et blancs et entre enfants riches et pauvres, de 10 à 20% alors que l'égalisation de la qualité et des dépenses des écoles primaires réduirait de 3% au maximum l'inégalité de connaissances.

⁴ Ch. Jencks, *op. cit.*, p. 241.

⁵ R. Boudon, *L'inégalité des chances*, Paris : Armand Colin, 1973.

caractéristiques de ses enseignants – est soit secondaire soit sans importance »¹

Cette conclusion à partir des données quantitatives en amène une autre, plus politique et plus qualitative qui concerne cette fois-ci non plus l'école en tant que producteur de biens scolaires et d'inégalité mais l'école comme lieu de vie. L'institution scolaire n'est plus alors pensée en fonction des fins qu'elle produit en dehors d'elle-même mais comme fin en elle-même. Comme les élèves passent de longues heures et de longues années à l'école, ce qu'ils y vivent effectivement peut finalement être considéré comme au moins aussi important que les résultats de l'école et leurs hypothétiques effets en matière de réduction des inégalités.

Déplaçons-nous maintenant trois décennies plus tard de l'autre côté de l'Atlantique pour envisager comment les inégalités à l'école sont pensées ici et maintenant. Pour ce faire, on peut s'appuyer sur la très complète synthèse réalisée par Marie Duru-Bellat en 2002.

Après avoir souligné l'importance des questions de méthode M. Duru-Bellat insiste sur la force des modèles de régression multivariée qui permettent une vision plus nuancée et que des résultats bruts et notamment des taux d'accès à certaines filières ou écoles selon les catégories professionnelles des parents. Il s'agit de distinguer à partir d'un phénomène constaté les variables associées et finalement sa composition. L'objectif est donc bien d'« éclairer la genèse des inégalités sociales à l'école » et non pas seulement de faire le bilan de ces dernières.

Le point de référence de cette analyse est d'abord fondé sur un constat : celui de l'importance de l'origine sociale mais d'une importance relative : ainsi, « toutes choses égales par ailleurs » (compte-tenu des variables introduites dans l'analyse), l'origine sociale explique couramment 20% de la variance du niveau atteint en fin d'année, ce qui n'est pas peu, mais donne une vision sans doute moins implacable des inégalités sociales ». C'est bien en contrepoint à une école entièrement déterminée par des contraintes externes que se construit une analyse qui cherche à

¹ Ch. Jencks, *op. cit.*, p. 243.

montrer, selon l'expression de M. Duru qu'il y a « du jeu dans le mécanisme de la reproduction ». Autrement dit, s'il est incontestable que le milieu d'origine des élèves est déterminant dans l'explication de leurs résultats scolaires, ce point est contrebalancé d'une part par le fait que la variance à l'intérieur d'une catégorie est plus importante que la variance entre catégories et surtout par le fait que de multiples mécanismes jouent au sein de l'école et dans le rapport des familles avec l'école qui expliquent la détermination des résultats scolaires au-delà de la culture d'origine.

On sait que les inégalités sont présentes dès le plus jeune âge et ont pu être attestées, plus marquées dans le domaine de la logique verbale mais également présentes dans les autres domaines, dès la maternelle et s'accroissant déjà en grande section. Ces inégalités ne vont pas se réduire mais au contraire avoir un effet cumulatif avec le temps et les années de scolarisation. Des écarts minimes à l'entrée à l'école vont ainsi devenir significatifs à l'entrée au collège et *a fortiori* à la sortie de celui-ci qui s'avère le maillon le plus sensible à la progression des inégalités¹.

L'aspect cumulatif de ces inégalités est un élément essentiel qui détermine la lecture de celles-ci. En effet, l'avantage des milieux favorisés peut à la fois apparaître comme tenu pour une année donnée mais produit des effets qui se potentialisent dans le temps puisque le niveau atteint est celui duquel l'élève construit une nouvelle progression l'année suivante.

Le secondaire sédimente et renforce les inégalités sociales déjà présentes dans le primaire sous l'effet à la fois des seules caractéristiques sociales des élèves qui sont en quelque sorte retranscrites en réussite scolaire mais également des demandes des familles et des politiques d'orientation. Après la mise en place en 1975 du collège unique qui supprime les filières au collège, le choix des langues, des options puis plus tard des sections donne lieu à un jeu de stratégies et d'orientations dans

¹ M. Duru- Bellat et A. Mingat relèvent ainsi que « le collège "produisait" en deux ans plus d'inégalités sociales de résultats que toute la scolarité antérieure ». *Pour une approche analytique du système éducatif*, Paris, PUF : 1993.

lequel les repérages et les stratégies des parents sont fortement indexés sur l'origine sociale. Les stratégies parentales ne sont pas tant fondées sur la recherche du contenu que sur l'anticipation que l'option recherchée soit la plus apte à garantir la scolarisation avec les meilleurs élèves. Ces stratégies ne concernent pas seulement les parents dans la mesure où il apparaît que le système ne traite pas les demandes uniquement à partir du critère des résultats scolaires. D'autre part l'orientation décidée par les conseils de classe tend à entériner des demandes parentales socialement déterminées et à ne pas tirer vers les haut les requêtes prudentes des enfants des catégories socialement défavorisées.

« Au total, les voies d'influence du milieu social d'origine sont donc plurielles »¹ : écarts initiaux, inégalité sociale de réussite, grande inertie de la valeur scolaire, choix, stratégies... et la fréquentation scolaire est en tout cas inapte à réduire les écarts initiaux.

L'école joue-t-elle un rôle crucial dans le modelage des inégalités sociales ? C'est ce qu'ont tenté de valider les recherches sur l'effet établissement, l'effet classe, l'effet maître voire l'effet méthode pédagogique². L'ensemble des résultats sur ces questions est difficile à manier et à systématiser. On constate en tout cas que l'effet-classe semble toujours supérieur à l'effet établissement et que la variable toujours la plus pertinente est celle de la composition des publics, c'est-à-dire celle du *school mix*. A l'inverse des caractéristiques morphologiques des classes et notamment du nombre d'élèves, la mixité autant sur le plan des niveaux scolaires (*academic mix*) que des origines sociales (*social mix*) d'ailleurs en partie corrélés est toujours agissante. Il en résulte que les établissements ont en tout cas une capacité d'action non négligeable dans la composition des classes. Etant donné par ailleurs qu'aucun établissement n'est absolument homogène socialement et que la variation sociale à l'intérieur des établissements est supérieure à celle qui existe entre les

¹ M. Duru-Bellat, *Les inégalités...*, *op. cit.*, p. 94

² C'est l'objet de travail des deux courants dits de « School Effectiveness » et de « School Improvement » peu actifs en France. Cf sur ce point E., Berger N. Bottani, A. Soussi, G. Ostinelli, C. Gauvreau, H. Rhyn, « De l'émergence du courant School improvement et exemples d'applications », *Revue Française de Pédagogie*, 148, 2004, pp. 119-133

établissements, il s'agit bien d'un choix non négligeable de politiques scolaires. Si les élèves progressent d'autant mieux qu'ils sont dans une classe de niveau moyen élevé, il semble que « ce que gagnent les faibles est environ deux fois plus important que ce que perdent les forts »¹, ce qui va dans le sens d'un intérêt général à la mixité et aux classes hétérogènes puisque si l'on en croit ce résultat, le niveau scolaire d'une population répartie en classes hétérogènes serait supérieur à celui de la même population distribuée dans des classes de niveau.

Dans un monde de réflexivité toujours plus grande, on ne devrait dès lors pas s'étonner que les familles accèdent rapidement aux savoirs produits par la sociologie et agissent en connaissance de cause. Les parents, avec des armes évidemment inégales et largement déterminées par leur statut social, recherchent la bonne école et la bonne classe pour leurs enfants et ils savent, comme les sociologues, que les maîtres s'adaptent au niveau de leurs élèves, qu'ils modifient leurs attentes et leurs objectifs en fonction de leur public. Ils savent aussi l'importance de l'école sur les relations entre pairs, ce qu'ils nomment les fréquentations. Ne pouvant pas modifier leur propre milieu social, ce qui est *a priori* une composante externe (les publics) se traduit directement en condition interne (les modes pédagogiques, les programmes, les notes...). Une part importante de la sociologie de l'éducation s'est d'ailleurs recentrée ces dernières années sur les stratégies familiales qui sont fréquemment décrites comme un des obstacles majeurs à la réduction des inégalités sociales à l'école. Mais nous reviendrons sur cette question.

Auparavant il nous faut faire un point sur la pensée des inégalités sociales à l'école. Aujourd'hui la boucle semble en quelque sorte bouclée : après avoir beaucoup insisté sur les facteurs externes et sur le fait que l'école importait en son sein les inégalités que chaque société induit, les travaux se sont massivement portés sur la façon dont l'école amplifie ou même construit des inégalités nouvelles de par sa propre action.

¹ M. Duru-Bellat, *op. cit.*, p. 119.

Lorsque M. Duru-Bellat réexamine le débat entre Boudon et Bourdieu à la lumière des dernières décennies de travaux sur l'inégalité sociale à l'école, elle renvoie dos à dos « la thèse de la prévalence de l'héritage et la thèse de la toute puissance des stratégies familiales », invitant toutefois à « relativiser la place de l'école (E) dans la boucle Origine sociale (O) – Destinée sociale (D) »¹. Il n'est pas négligeable de constater qu'un des chercheurs qui a le plus contribué en France à ouvrir la boîte noire du système scolaire considère que « au total la boucle Origine-Destinée apparaît bien essentielle, et *a priori* relativement indépendante du système éducatif censé participer à sa production »²

On peut citer encore M. Duru-Bellat quand elle invite à s'émanciper des déterminants internes et externes et finalement de ce tropisme sur une manière de considérer les inégalités à l'école : « On peut s'interroger sur la pertinence de ce qui est encore aujourd'hui la problématique dominante des sociologues français, face à l'évolution des problèmes scolaires et des politiques éducatives. Se situant, de fait, dans le cadre de l'idéologie nationale qui donne à l'école un rôle central dans la genèse des inégalités sociales, ils reprennent à leur compte la problématique de l'inégalité des chances, qui n'a de sens que s'il existe une inégalité de conditions, et une compétition pour atteindre les meilleures places. Ceci conjugué à l'évidence insidieuse des thèses de la reproduction, ne les aide guère à penser le changement dans les inégalités existantes, et les dissuade d'envisager autrement qu'à la marge les possibilités d'action propre de l'école à cet égard. Par ailleurs, en se polarisant sur la correspondance entre école et monde du travail, les sociologues retiennent implicitement ou explicitement une seule définition de l'inégalité, mesurée à l'aune des inégalités de carrière scolaire ».

Oui, presque un demi-siècle après le rapport Coleman et trente-cinq ans après Jencks, l'école est encore perçue en France comme le rouage majeur de la reproduction sociale. On n'en finirait pas de compter les occurrences du terme dans la

¹ M. Duru-Bellat, *op. cit.* p. 224.

² M. Duru-Bellat, *op. cit.* p. 224.

littérature consacrée à l'école, qu'elle soit scientifique ou de vulgarisation.

On peut difficilement conclure sur l'inégalité sociale à l'école sans évoquer ce qui vient remettre en perspective ces dernières années des mesures qui étaient jusqu'alors majoritairement construites dans un cadre national : à savoir les enquêtes de comparaisons systématiques entre pays élaborées sous l'égide de l'OCDE et notamment le programme PISA lancé en 1997 et dont la première enquête fut réalisée en 2000¹.

La particularité du programme PISA est d'être centré sur les compétences des élèves, c'est-à-dire non sur les diplômes obtenus ou la connaissance des programmes mais sur des capacités à comprendre et à se repérer dans le monde. Plutôt que de considérer un niveau scolaire donné, l'enquête s'appuie sur la population des élèves de 15 ans, quel que soit leur niveau de scolarisation. Enfin, elle est renouvelée tous les trois ans avec à chaque fois l'approfondissement d'un domaine de compétences (la compréhension de l'écrit en 2000, la culture mathématique en 2003, la culture scientifique en 2006...). Je ne reviendrai pas ici sur les questions méthodologiques qui ont fait couler beaucoup d'encre, peut-être plus en France qu'ailleurs où on a l'impression que la culture française se dissoudrait à l'épreuve des comparaisons internationales, et me limiterai aux résultats de PISA qui relèvent de la mesure des inégalités. Précisons seulement qu'à la lecture des multiples tableaux, le risque probablement le plus important est d'exacerber la différenciation des situations nationales y compris jusqu'à la surinterprétation de résultats non ou à peine significatifs. Comme le dit J. Grenet, « La réification du classement PISA est d'autant plus regrettable qu'elle conduit bien souvent à exagérer les écarts de performance constatés au sein des pays de l'OCDE. »²

¹ L'International Association for the Evaluation of Educational Achievement (IEA) mène depuis les années 60 des comparaisons internationales dans le champ de l'éducation aujourd'hui largement éclipsées par les programmes PIRLS (Progress in International Literacy Study) et PISA Programme for International Student Assessment).

² J. Grenet, « Pisa, une enquête bancale ? », La vie des idées. <http://www.laviedesidees.fr/PISA-une-enquete-bancale.html>

L'enseignement majeur de ces comparaisons internationales de la dernière livraison de l'enquête PISA¹, hormis que la France sans avoir un système éducatif indigne est loin d'avoir la position qu'elle revendique souvent, montre une relation entre le résultat des élèves² et leur milieu socioéconomique particulièrement forte. Ainsi, avec une part expliquée de la variance de la performance des élèves par ce statut supérieure à 20%, elle se distingue nettement de pays notoirement égalitaires comme la Finlande, la Suède, le Japon, la Corée ou le Canada (<10%) mais elle est également plus inégalitaire sur ce plan que le Royaume-Uni (<15%), et même que les Etats-Unis et l'Allemagne (<20%) malgré l'image du premier comme champion des inégalités et du second référée à la sélection précoce mise en œuvre dans son système éducatif. Plus encore, la France ne trouve, au sein des trente et un pays de l'OCDE que la Hongrie et le Luxembourg pour faire aussi mal qu'elle en ce domaine.

L'explication d'un tel résultat n'est pas simple, d'autant plus que la France a une autre particularité dans cette enquête. En effet le lecteur avide de comprendre et qui se reportera aux tableaux qui lui sembleraient pouvoir fournir matière à explication sera-t-il étonné de trouver à de multiples reprises, que « les données ont été exclues à la demande du pays concerné ». C'est le cas concernant notamment la variance intra et inter-établissement et ce point est particulièrement dommageable à une tentative de compréhension car il apparaît que les pays dans lesquels la variance de la performance s'explique le moins fortement par le milieu socioéconomique sont également ceux qui ont la variance inter-établissements (par le biais des filières mais aussi par celui du statut socioéconomique des élèves) la plus faible. Pour des raisons que je ne maîtrise pas, c'est la grande majorité des données relatives aux établissements et donc à la différence entre établissements qui sont manquantes concernant la France. Peut-être le mythe républicain de l'égalité des établissements sur le territoire, pourtant largement écorné

¹ PISA 2006, *Les compétences en sciences, un atout pour réussir*, Volume 1 – Analyse des résultats. OCDE. Pour ce qui concerne les inégalités, cf. en particulier le chapitre 4, « La qualité et l'équité ».

² Il s'agit de la performance des élèves en sciences, objet de l'enquête PISA 2006.

par les enquêtes sociologiques ces dernières années¹ est-il encore vivace ? Peut-être plus encore le constat que cette différence entre établissements est loin d'être sans effet sur les résultats des élèves et sur l'égalité des chances, ce que chaque professionnel sait et que chaque parent sent plus ou moins confusément², pose-t-il encore problème en France ? Comme si le *school mix* plus de quarante ans après Coleman avait encore du mal à exister dans le débat français.

Quoi qu'il en soit, la mise en perspective régulièrement répétée des systèmes éducatifs nationaux et de leurs résultats constitue un fait acquis et c'est une nouvelle ère qui s'ouvre même si les comparaisons internationales n'ont pas commencé avec PISA : on ne peut plus aujourd'hui penser l'école dans un seul pays et, malgré les réticences, nul pays ne peut désormais échapper aux comparaisons. Ceci n'empêche évidemment pas, et c'est tant mieux, les conflits d'interprétation. Si l'on s'accorde volontiers avec la tonalité générale du dernier ouvrage de C. Baudelot et R. Establet³ qui engage à prendre au sérieux PISA et à sortir de l'illusion d'un modèle scolaire français que le monde nous envierait, on constate aussi que c'est souvent au nom du « maintien de l'égalité des chances » et de « la défense du modèle scolaire à la française » que se constituent les mouvements de lutte autour de l'école.

Qui plus est, l'affirmation que « le niveau monte mais les écarts se creusent » que Baudelot et Establet reprennent vingt ans après⁴ tient-elle encore lorsque l'on considère que « dans le domaine des compétences en compréhension de l'écrit, seule épreuve PISA où les scores sont comparables entre 2000, 2003 et 2006, la part des élèves obtenant des scores égaux ou inférieurs à 1 (ce qui correspond à une très faible maîtrise de la lecture) a augmenté : elle est passée de 15% en 2000 à près de 22% en 2006. »⁵ Est-on aujourd'hui bien sûr que la vague de démocratisation et de massification n'est pas terminée et

¹ G. Felouzis, F. Liot, J. Perroton, *L'apartheid scolaire. Enquête sur la ségrégation ethnique dans les collèges*, Paris : Seuil, 2000.

² L. Visier, G. Zoïa, *La carte scolaire et le territoire urbain*, Paris : PUF, 2007.

³ C. Baudelot, R. Establet, *L'élitisme républicain. L'école française à l'épreuve des comparaisons internationales*, Paris : Seuil, 2009

⁴ C. Baudelot, R. Establet, *Le niveau monte*, Paris : Seuil, 1989

⁵ C. Baudelot, R. Establet, 2009, *op. cit.*, p. 32.

continue de produire les effets positifs qui étaient incontestablement les siens dans les décennies précédentes?

De façon parallèle, l'affirmation que recherche d'égalité et recherche d'efficacité dans le système scolaire ne sont pas antagonistes est-elle à la fois globalement juste et l'on connaît les débats idéologiques auxquels a donné lieu cette question ; le choix exclusif de l'une ou l'autre de ces orientations risquant de produire des effets délétères. Pourtant, la liaison entre ces deux termes mérite au moins d'être explicitée. On pourra constater alors que le rapport entre ces deux termes est loin de constituer une évidence. Les compétences en compréhension de l'écrit testées par PISA 2000 montrent ainsi en haut de tableau des pays dans lesquels la faible part d'élèves en dessous du niveau 1 est associée à un taux d'excellence très fort (Finlande) ou limité (Corée du sud) ; en milieu de tableau, ce sont des écarts identiques qui apparaissent entre des pays qui ont une part d'élèves en dessous du niveau 1 comparable mais un niveau d'excellence moyen (Etats-Unis) ou très fort (Nouvelle-Zélande). Dans cette même enquête, c'est la comparaison entre France et Royaume-Uni qui est la plus marquante puisque ces deux pays ont un taux identique d'élèves n'atteignant pas le niveau 1 (4%) alors que la part de ceux qui atteignent le niveau 6 deux fois plus importante chez les britanniques que chez les français.

Dans l'enquête de 2006 sur la culture scientifique, Pays-Bas et Nouvelle-Zélande ont un score global identique mais une configuration plutôt homogène chez les premiers (très faible taux d'exclusion du savoir et taux limité d'excellence) et dispersée chez les seconds (deux fois plus d'exclusion et part trois fois plus importante d'élèves au plus haut niveau).

Autrement dit, au-delà d'un certain seuil qui distingue nettement les pays les plus riches et les plus pauvres, la fabrique de l'excellence et celle de l'exclusion du savoir ne semblent pas mécaniquement liées. Précisons d'ailleurs qu'un modèle qui montrerait une liaison mécanique entre les deux extrêmes serait finalement un modèle de type utilitariste, au sens propre, c'est-à-dire un modèle qui pourrait classer les situations nationales sur une échelle unique en fonction d'un niveau moyen de savoir, qu'on pourrait avoir tendance à assimiler à un niveau de bien-être. En effet, par construction, si la part de la population exclue

du savoir était inversement proportionnelle à la part de la population la mieux formée, la moyenne deviendrait alors l'indicateur de référence.

Précisons encore que PISA tente d'évaluer des compétences et non pas des systèmes éducatifs ni même des connaissances relatives à des programmes. Ce qui signifie qu'on ne doit jamais oublier en lisant ces résultats qu'ils ne sont pas seulement ceux d'un système scolaire mais bien ceux d'une éducation au sens le plus large. Ce n'est pas seulement l'état du collège qui produit ces résultats mais aussi l'état de l'école primaire, de l'école maternelle, de l'action des familles, de la structure familiale, de l'état de la télévision... bref d'une culture, c'est-à-dire d'un arrangement de pratiques sociales. En disant cela, je n'en reviens pas à la critique qui voudrait qu'aucune situation ne soit jamais comparable au nom du principe que « la Finlande n'est pas la France », mais bien à une précaution essentielle qui rappelle que les compétences ne sont pas construites uniquement par le système scolaire.

Concluons sur les comparaisons internationales en précisant d'abord que si personne ne peut dire que les performances françaises sont bonnes, là où certains voient la France comme « le mauvais élève de la classe »¹, d'autres le jugent simplement passable². Mais bien plus qu'un classement entre pays, PISA, comme toutes les comparaisons internationales³ à grande échelle dans le domaine des sciences sociales, non seulement étudie mais contribue à créer une culture commune au-delà des barrières nationales. En cela ce type d'enquête a probablement un effet sur les politiques d'éducation mais aussi sur les différents acteurs⁴

¹ C. Baudelot, R. Establet, 2009, *op. cit.*

² N. Mons, Les nouvelles politiques éducatives. La France fait-elle les bons choix ?, Paris : PUF, 2007.

³ On sait la difficulté à la réalisation d'enquêtes qui soient non seulement « multicentriques » selon le terme utilisé dans le monde de la recherche médicale, mais élaborées et menées conjointement par des chercheurs issus des différents pays concernés.

⁴ L'attitude des syndicats de professionnels de l'enseignement souvent *a priori* critique évolue rapidement. On peut faire l'hypothèse d'un passage d'une phase où les débats face à PISA se résument en Pour ou Contre à une nouvelle phase dans laquelle se construisent des conflits autour de l'interprétation des enquêtes. Cf. L. Figazzolo.

et sur la façon de travailler et les questions posées par les chercheurs, y compris au sein d'un cadre strictement national. En ce sens, la comparaison par les compétences scolaires et non par les connaissances ou *a fortiori* par les niveaux de diplôme atteints en est probablement l'élément le plus novateur et on peut faire l'hypothèse que ce type d'indicateur ne sera pas sans effet à la fois sur les analyses et les modes de pilotage du système scolaire mais peut-être aussi au-delà.

Les inégalités sociales de santé

Historiquement, les définitions de la santé et de la maladie ne sont pas autonomes de considérations sociales. Ainsi l'hôpital reste longtemps le lieu d'accueil des pauvres et pas seulement des malades. Les soins y sont d'ordre au moins autant social que sanitaire. Il s'agit d'abord d'assurer le gîte et le couvert avant de se préoccuper d'un traitement de type médical qui ne devient central à l'hôpital qu'à la fin du dix-huitième siècle¹. L'idée même d'« action sanitaire et sociale » détermine aujourd'hui encore notre organisation administrative contemporaine de la santé (comme en témoignent les DDASS et les DRASS, les Directions de l'Action Sanitaire et Sociale). Le lien entre action sociale et maladie apparaît sous une forme renouvelée au cours du XIX^{ème} siècle sous la forme des assurances sociales qui mutualisent dans un premier temps le risque d'accident du travail avant d'intégrer ce qui est de l'ordre de la maladie, puis au milieu du XX^{ème} de la

« PISA : évaluation dangereuse ? », *Mondes de l'Éducation*, Internationale de l'éducation, 29, mars 2009.

¹ M. Foucault, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris : PUF, 1963.

sécurité sociale¹. La maladie est alors pensée comme relevant des aléas sociaux face auxquels les travailleurs et leurs ayant droits doivent être protégés.

Parler d'inégalités sociales est une des manières les plus directes de considérer la santé comme relevant de l'ordre du social et pas seulement du registre biologique dans un monde où le biologique semble devenu autonome du fait de l'avènement d'un savoir scientifique spécifique relatif à la vie. La santé, les maladies et la mort apparaissent ainsi liées aux différentes facettes du monde social. L'organisation des hommes entre eux, les modes de vie, les habitudes, le rapport à la nature, la définition de ce qui est considéré ou non comme normal, de ce qui peut et doit être traité sont autant d'éléments qui façonnent la santé et qui contribuent à la distribution de celle-ci de façon non uniforme.

On parle d'inégalités sociales de santé pour signifier que selon le niveau d'éducation, le lieu où l'on vit, le métier qu'on exerce, les habitudes de vie..., la probabilité de contracter une pathologie déterminée est différenciée. D'autre part les soins prodigués et l'espérance de vie moyenne peuvent aussi varier selon divers groupes d'appartenance (la profession mais aussi le lieu de résidence, l'appartenance ethnique, le genre).

Les inégalités sociales de santé peuvent ainsi être formulés de façon synthétique : « l'espérance de vie, les maladies, la consommation de soins sont distribués selon des critères sociaux ». Cette formulation lapidaire peut être renforcée par le constat plus radical encore de « l'inscription du social dans le corps des individus ». Ainsi, même des traits physiques aussi élémentaires que la taille et le poids peuvent être corrélés à des appartenances sociales.

La question des effets différentiels des grandes épidémies sur la mortalité des différentes catégories sociales durant l'ancien régime a été largement débattue dans les années 1970. Les enquêtes de démographie historique ont ainsi pu conclure à une

¹ F. Ewald, *L'Etat providence*, Paris : Grasset, 1986.

primauté du critère géographique¹ tout en soulignant le rapport entre mauvaise nutrition et sensibilité aux infections². La question des inégalités de santé est conceptualisée dès la fin du dix-huitième siècle à partir du constat d'une mortalité différentielle suivant les couches sociales. Inspirés de la philosophie des Lumières et permis par le développement de la statistique, des travaux mettent au jour la surmortalité dont sont victimes certaines catégories sociales. En France dès le début du dix-neuvième siècle, le constat de l'inégalité donne lieu à des recherches d'explications. L.R. Villermé, médecin devenu scrutateur de la condition ouvrière, tente de distinguer la pauvreté de l'insalubrité de l'environnement comme facteurs explicatifs des écarts de mortalité au sein de la population parisienne³. L'analyse des causes des inégalités de mortalité, plus faciles à démontrer que les inégalités de santé qui seront analysées plus tard, fait débat dès cette époque. La publication en 1840 de son *Tableau*⁴ donne lieu à la fois à des lectures qui privilégient la dégradation morale des ouvriers et à d'autres qui insistent sur la primauté des conditions de l'industrialisation afin d'expliquer la misère ouvrière et son incidence sur le potentiel physique et la durée de vie des individus.

Les premiers constats argumentés des inégalités de santé se produisent ainsi en regard de l'industrialisation et de son effet sur les corps des individus. Les conséquences concrètes de telles analyses seront d'abord les changements dans la réglementation du travail des enfants. La condition ouvrière - cœur de la question sociale - est ainsi appréhendée par une lecture des corps et particulièrement des corps en développement.

Pourtant, dès cette époque, la lecture des inégalités de mortalité selon la catégorie sociale est plus précoce et plus développée en Grande-Bretagne qu'en France de même que ses effets sur la dénonciation de l'organisation industrielle naissante puis sur les réglementations du travail.

¹ P. Chaunu, Histoire, science sociale ; la durée, l'espace et l'homme à l'époque moderne, Paris : SEDES, 1974

² P.G. Lunn, « Nutrition, immunité et infection », *Annales de démographie historique*, 1989, pp. 111-124.

³ L.R. Villermé, Mémoire sur la mortalité dans la classe aisée et dans la classe indigente, Mémoire de l'Académie de Médecine, Paris, 1828.

⁴ L. R. Villermé, Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie, Paris : Renouard, 1840.

Ce moindre intérêt et ce retard français sur cette question se retrouve jusqu'à ces dernières décennies. On peut l'expliquer par la faiblesse française de la culture épidémiologique et de santé publique¹ mais également par l'organisation d'un système de soins fondé en France sur une politique de remboursement centrée sur l'offre alors que la gratuité en vigueur dans le NHS (*National Health Service*) britannique donne lieu à de multiples études de besoins. Pour ces dernières, des populations cibles sont déterminées afin d'organiser la distribution des allocations de ressources. Sont ainsi mises au jour précocement des inégalités territoriales aussi bien que sociales.

Le *Black Report*², publié en 1980, marque un temps fort de la lecture des inégalités sociales de santé et a des effets bien au-delà de la Grande-Bretagne. Il montre comment, sur le demi-siècle qui vient de s'écouler marqué par un accroissement fort de l'espérance de vie pour toutes les catégories sociales, les inégalités sociales de mortalité non seulement ne régressent pas mais ont tendance à augmenter malgré l'amélioration générale des conditions de vie et l'instauration d'un accès égalitaire au système de soins. Plus encore, les différences de mortalité ne s'observent pas seulement entre les plus pauvres et les autres mais tout au long de l'échelle sociale, dessinant un gradient social de santé. On ne peut donc se contenter d'explications causales fondées sur la précarité des conditions matérielles de vie de la partie de la population la plus déshéritée et l'hypothèse de « la pauvreté absolue » perd dès lors de sa puissance explicative. Les inégalités sociales de santé, pensées désormais comme touchant l'ensemble de la population et non plus seulement des catégories extrêmes, deviennent un mode de lecture du social. Véritable champ de recherche, il donne lieu à de multiples travaux dans le domaine de l'économie, de l'épidémiologie et de la santé publique et seulement en dernier lieu de la sociologie.

¹ On peut se référer sur ce point à l'étude de J.P. Gaudillière sur le développement de la biostatistique après la deuxième guerre mondiale et sur ses rapports avec la santé publique, très différents en France, en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis. « Statisticiens et santé publique : l'invention des facteurs de risque », J.P. Gaudillière, *Inventer la biomédecine*, Paris : Ed. La Découverte et Syros, 2002.

² P. Townsend, N. Davidson, *Inequalities in Health : The Black Report*, London : Penguin, 1980.

La France intègre tardivement ces problématiques et il faut attendre le milieu des années 90 pour commencer à voir apparaître un secteur de recherche structuré autour de cette question. Pour différentes raisons, la dimension sociale de la maladie et de la mort émerge plus difficilement en France que dans le monde anglo-saxon et les pays nordiques. L'idée fautive selon laquelle les progrès médicaux et l'amélioration des conditions de vie se traduiraient mécaniquement par une diminution des inégalités¹ y reste vivace. Non pas que la population française serait épargnée par les inégalités sociales de santé, loin de là, mais la considération de la maladie sous l'angle à la fois biologique et individuel semble freiner longtemps une appréhension collective de cette réalité. Sont invoqués comme obstacles à la prise en compte des inégalités sociales de santé différents facteurs qui expliquent la rupture avec l'hygiénisme du siècle précédent : l'essor du modèle pastorien et d'une médecine fondée sur le curatif plus que sur la prévention qui trouve sa figure institutionnelle dans le modèle hospitalo-universitaire des « machines à guérir » ; la monopolisation par les médecins de la discipline épidémiologique ; le modèle « bismarckien » de sécurité sociale fondé sur les besoins individuels plus que sur les résultats qui caractérisent le modèle « beveridgien » anglais ; le découpage administratif qui sépare production des données publiques (INSEE) et recherche sur la santé (INSERM) ; De plus, selon un sociologue comme P. Aiach, précurseur en France du décryptage des inégalités de santé, la polarisation sur l'exclusion et sur les catégories précaires a donné lieu à des orientations idéologiques qui se sont traduites également en termes de comptage et d'analyse des inégalités longtemps pensées uniquement par rapport à ces populations², constituant là encore un verrou à faire sauter pour mettre en œuvre une lecture plus globale de la hiérarchie sociale et non pas seulement des analyses limitées à quelques populations cibles. On verra

¹ P. Bourdelais note à ce propos, d'un point de vue historique, que « l'amélioration générale peut aller de pair avec une réduction des inégalités (cas du XVIII^e siècle) ou au contraire avec son accentuation (milieu du XIX^e siècle) en fonction de l'évolution économique et sociale qui oriente les conditions de vie des milieux observés ». « L'inégalité sociale face à la mort : l'invention récente d'une réalité ancienne », in A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski, T. Lang (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris : INSERM / La Découverte, 2000, p. 37.

² P. Aiach, « Justice sociale ou égalité : l'exemple de la santé », *Santé publique et sciences sociales*, 2, 1998, p. 10-25.

comment ce débat entre inégalités sociales de santé d'une part et vulnérabilités spécifiques d'autre part continue à irriguer la recherche contemporaine sur ces questions. Toujours est-il que l'heure n'est plus aujourd'hui à l'invisibilité des inégalités sociales de santé. En 1994 le Haut Comité de Santé Publique nouvellement créé mentionne la réduction des inégalités face à la santé comme un des quatre objectifs à moyen terme de la politique de santé. Malgré l'absence de référence à cette question lors des États généraux de la santé en 1998 et en dépit du fait que l'accès au soins soit la seule mention sur cette question dans la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions cette même année, la loi de politique de santé publique de 2004 fait spécifiquement mention des inégalités de santé.¹ En 2008, on peut ainsi affirmer que « la situation française actuelle n'est plus celle d'un pays dans lequel l'existence d'inégalités sociales de santé serait collectivement ignorée. Ces inégalités sont, sinon complètement, du moins assez largement documentées et la question est abordée dans de nombreux lieux, instances politiques, agences ou cénacles où se discutent ou se décident les politiques de santé. L'enjeu est donc d'aller au-delà de la description de ces inégalités et de la mise en évidence de leurs déterminants, et d'avancer des pistes de réflexion pour la mise au point d'interventions et de politiques de santé pour les réduire. »²

Identifier des inégalités sociales de santé, c'est en quelque sorte démontrer que cette dernière n'est pas seulement du ressort du biologique, un fait de nature, mais qu'elle est bien une également une réalité socialement construite. Ainsi l'ouvrage collectif de référence sur les inégalités sociales de santé, issu d'un grand programme de recherche INSERM sur cette thématique, et qui marque le renouveau de l'intérêt français pour ces questions s'ouvre-t-il de la façon suivante : « Le postulat qui est

¹ L'objectif 33 est de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est juste au-dessus du seuil ouvrant droit à la CMU ; l'objectif 34 est de réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires. Ces formulations font apparaître des populations cibles et certaines critiques regretteront que ne soit toujours pas abordée la question des inégalités sous l'angle du gradient social de santé.

² A. Leclerc, M. Kaminski, T. Lang, *Inégaux face à la santé*, Paris :INSERM/ La Découverte, 2008.

au principe de ce livre est donc que les inégalités de santé concrètement mesurées par les taux de morbidité et de mortalité, la fréquence des handicaps moteurs ou des troubles mentaux, l'espérance ou la qualité de vie sont *aussi* des inégalités sociales. Aussi ne signifie pas exclusivement, et le réductionnisme sociologique n'aurait pas plus de sens que son équivalent biologique. La question posée ici porte sur la manière dont les inégalités produites par les sociétés s'expriment dans les corps, dont le social se transcrit dans le biologique »¹. M. Drulhe confirme ce postulat : « La santé relève-t-elle d'équilibres naturels que seuls les spécialistes de l'art médical peuvent favoriser au cas par cas ou bien ces « équilibres naturels » sont-ils généralisables à des groupes de populations qui partagent de semblables conditions d'existence ? Il apparaît que l'alternative est fautive et que la « nature » de la santé est à la fois organique et sociale ».² Il n'en reste pas moins que cette déclaration de bonne entente, marquée par la collaboration entre épidémiologistes et sociologues dans un ouvrage qui est aussi un manifeste, souffre parfois quelques accrocs et que ce « réductionnisme sociologique » a pu parfois faire pendant à un modèle d'exclusivité biologique, peut-être plus aisément encore que ce dernier est fortement dominant. Si la force de l'épidémiologie et de ses modèles quantitatifs interdit à la sociologie toute perspective de domination du champ, les sociologues sont parfois dépassés sur le terrain de l'explication par le social par des épidémiologistes dont les modèles sophistiqués peuvent aspirer à des explications globalisantes qui dépassent largement le domaine de la santé.

Les travaux systématiques entrepris ces dernières années permettent de spécifier toujours plus précisément à la fois la nature des inégalités de santé, leur évolution et les facteurs de causalité qui peuvent leur être associés. Trois entrées majeures donnent à voir l'« inscription corporelle du social » : les inégalités de mortalité, de morbidité et de consommation de soins. Pour chacune d'entre elles, des indicateurs plus ou moins

¹ D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski, T. Lang, A. Leclerc, « Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé », in A. Leclerc et alii, *op. cit.*, p. 14.

² M. Drulhe, « Fin de siècle et inégalités sociales de santé en France : l'amorce d'un débat » in A. Leclerc et alii, *op. cit.*, p. 41.

convergenents permettent d'illustrer le fait que la santé est distribuée en fonction d'appartenances dont la catégorie professionnelle et le niveau d'éducation sont si ce n'est les plus pertinentes en tout cas les plus travaillées.

L'inégalité devant la mort présente à la fois un caractère synthétique car résultant d'un ensemble de déterminants de nature diverse et inextricablement mêlés. Elle réunit les composantes des trajectoires de vie au sein d'un indice brut comme l'espérance de vie (à la naissance ou à tout autre âge) ou la probabilité de décès pour une période d'âge donnée. L'inégalité devant la mort a été historiquement la plus travaillée car elle est la plus aisée à appréhender. Les tables de mortalité présentes dans tous les pays permettent ainsi de référer l'âge de la mort au sexe, à la catégorie socioprofessionnelle voire au niveau d'éducation même si des problèmes de classements et de standardisation peuvent intervenir. L'enquête longitudinale de l'INSEE fait ainsi apparaître la mortalité après trente-cinq ans selon la typologie INSEE des CSP alors que les bulletins de décès sont traités par l'INSERM.

Pour les années 1982 à 1996, les données INSEE font apparaître un gradient social prononcé aussi bien chez les hommes que chez les femmes en terme d'espérance de vie à trente-cinq ans¹ mais des écarts deux fois plus importants chez les uns que chez les autres. Le différentiel d'espérance de vie entre les catégories extrêmes dans la typologie INSEE en six catégories est de six ans et demi pour les hommes et trois ans et demi pour les femmes : « Les hommes cadres et professions libérales vivent en moyenne six ans et demi de plus que les ouvriers. Les femmes cadres vivent trois ans de plus que les ouvrières ». Considérant les deux sous-catégories extrêmes, les hommes relevant des professions intellectuelles et cadres de la fonction publique ont une espérance de vie à 35 ans supérieure de neuf ans à celle des ouvriers non qualifiés. Ce chiffre de neuf ans a été répété à l'envi et a en quelque sorte servi d'étendard à la démonstration des inégalités sociales face à la mort. On souligne

¹ La catégorie « agriculteur exploitant » occupe une place différente chez les hommes où elle est située entre les cadres et les professions intermédiaires alors qu'elle est au niveau des employés chez les femmes.

plus rarement que les femmes ouvrières ont une espérance de vie supérieure à celle des hommes cadres. Relever cet état de fait ne limite en rien la considération d'inégalités sociales incontestablement fortes devant la mort ; il conduit au contraire à penser les inégalités entre catégories sociales et entre genres comme cumulatives et non pas exclusives les unes des autres. En ce sens la production de schémas de compréhension doit pouvoir s'appuyer à la fois sur les unes et sur les autres sauf à considérer que la variable de genre ne serait qu'une variable de sexe. Je reviendrai spécifiquement sur ce point lorsque je m'attacherai à penser ensemble les inégalités en santé et en éducation.

De façon identique, la mortalité dite prématurée entre trente-cinq et soixante-cinq ans est deux fois plus importante chez les hommes ouvriers que chez les cadres, et 1,6 fois plus importante chez les femmes ouvrières que chez les cadres¹. Les indices standardisés de mortalité² en fonction du diplôme font apparaître que « le niveau d'éducation » protège du risque de mortalité. Le risque de mourir entre 35 et 50 ans est ainsi 1,3 fois plus important que la moyenne pour un homme sans aucun diplôme et divisé par deux pour ceux qui ont fait des études supérieures.³

L'évolution de ces inégalités est une question importante et sensible. Les différentiels sociaux sont globalement stables chez les femmes entre les années 1976-1984 et les années 1991-1999. Chez les hommes, l'écart déjà élevé s'accroît encore dans la période du fait en particulier de l'avantage prononcé des cadres par rapport à la moyenne qui est toujours plus important alors que le désavantage des ouvriers reste stable.⁴ La question de l'accroissement ou non des inégalités sociales face à la mort (et plus encore face à la santé de façon générale) est problématique

¹ A. Mesrine, « Les différences de mortalité par milieu social restent fortes », *Données sociales*, La Documentation Française, /INSEE, Paris, 1999, p. 228-235.

² L'indicateur standardisé de mortalité rapporte le nombre de décès réellement survenus au nombre de décès qui auraient été enregistrés si la catégorie concernée avait eu la mortalité par âge de l'ensemble de la population de référence (population masculine par exemple).

³ Cohortes INSEE 1980-1989, G. Desplanques, « L'inégalité sociale devant la mort », *Economie et statistiques*, 162, p. 29-50.

⁴ C. Monteil, I. Robert-Bobée, « Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes », *INSEE Première*, n°1025, Juin 2005.

et peine à être réduite par une formulation synthétique et univoque. L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre hommes ouvriers et cadres a effectivement augmenté d'un an (passant de 6 à 7ans) entre les années 80 et les années 90. Mais il faut préciser que cet écart est dû à une progression spectaculaire de l'espérance de vie chez les hommes cadres (2,5 années sur la période) et constater également qu'une prise en compte de l'ensemble des catégories hommes et femmes fait apparaître une réduction de l'écart entre les hommes ouvriers qui ont l'espérance de vie la plus faible et les femmes cadres qui ont la plus élevée. L'écart dans l'espérance de vie à 35 ans entre ces deux populations est passé de 12 à 11 ans entre les années 80 et les années 90¹.

Quoi qu'il en soit, ces différentiels sociaux de mortalité peuvent être comparés à ceux de pays de niveau de développement comparable et notamment des pays européens. Ils vont ainsi donner lieu à une sorte de classement de la France dans le tableau des inégalités de santé et ce d'autant plus que l'OMS a inscrit en 1985 l'objectif de réduction des inégalités en santé dans sa charte « Santé pour tous en l'an 2000 ». Les comparaisons européennes de mortalité prématurée montrent une mauvaise performance française avec une situation très inégalitaire et le plus mauvais résultat brut des hommes travailleurs manuels pour la mortalité entre 35 et 49 ans dans une comparaison à onze pays. Les non manuels ont en revanche des taux de mortalité très comparables à ceux des autres pays européens à cet âge de la vie². Plusieurs études comparatives sur les inégalités de mortalité prématurée ont conclu dans les années 80 et 90 à une particularité française à l'inégalité alors que la Suède, la Norvège et le Danemark montraient une forte égalité. Ces résultats vont conduire à la conclusion que la France est le mauvais élève de l'Europe du point de vue des inégalités de santé et que celles-ci ne sont pas étrangères à l'invisibilité dans laquelle est restée cette question pendant des décennies. On ne peut

¹ C. Monteil, I. Robert-Bobée, *op. cit.*

² A.E. Kunst, F. Groenhof, J.P. Mackenbach, The E.U. Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health, « Occupational Class and Cause-specific Mortality among Middle-Aged Men in 11 European Countries », *Social Science and Medicine*, 46, 1998, p. 1459-1476.

cependant pas inférer trop mécaniquement des inégalités de santé globales d'un constat relatif à la mortalité prématurée dont les causes sont souvent très spécifiques et liées en grande partie à la consommation de tabac et plus encore d'alcool. Les comparaisons européennes les plus récentes remettent d'ailleurs en partie en cause quelques résultats des années 80 concernant la géographie des inégalités. Ainsi, si les pays d'Europe centrale et de la Baltique montrent des inégalités de santé beaucoup plus importantes que celles qui ont été constatées en Europe de l'Ouest depuis vingt ans, les conclusions couramment admises sur les pays du nord sont pour le moins relativisées : « We also found no evidence for systematically smaller inequalities in health in countries in northern Europe »¹ Du même coup l'hypothèse forte d'une corrélation entre la structure globale des inégalités, le système de sécurité sociale et les inégalités sociales de santé ne paraît plus aussi assurée. L'idée qu'un Etat providence important garantisse de moindres inégalités de santé entre les catégories sociales est ainsi questionnée : « Our results suggest that although a reasonable level of social security and public services may be a necessary condition for smaller inequalities in health, it is not sufficient. »²

Le passage des taux mortalité différentielle aux pathologies ne va pas de soi et on ne peut inférer des premiers la prévalence des secondes. De plus, les données sont toujours plus fiables concernant la mortalité et c'est donc fréquemment les causes de décès qui permettent une approche par pathologie. Un regard orienté sur les inégalités va faire apparaître des pathologies fortement inégalitaires et d'autres très faiblement voire même absolument non socialement sélectives. Les cancers du poumon et plus encore du pharynx appartiennent à la première catégorie, le cancer du sein à la seconde.³ On trouve même des pathologies qui fonctionnent à rebours, c'est-à-dire qui sont distribuées à

¹ J.P. Machenbach, I. Stirbu, A.-J. R. Roskam, M.M. Schaap, G. Menvielle, M. Leinsalu, A.E. Kunst, European Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health, « Socioeconomic inequalities in Health in 22 European Countries », *New England Journal of Medicine*, 358 :23, 2008, p. 2468-2481, p. 2479.

² Op. cit.

³ G. Menvielle, D. Luce, B. Geoffroy-Perez, J.F. Chastang, A. Leclerc, « Social inequalities and cancer mortality in France. 1975-1990. *Cancer Causes and Control*, vol. 16, p. 501-513.

l'envers du gradient social habituel : c'est notamment le cas du cancer de l'utérus ou celui du sida pendant la première période de l'épidémie¹. Si les pathologies en tant que telles n'ont pas de raison d'intéresser le sociologue, elles constituent de fait une voie pour la recherche de chaînes de causalité dans lesquelles le social intervient de différentes manières.

On progresse ainsi dans la compréhension des niveaux d'explication des pathologies dont l'incidence est la plus socialement marquée : les cancers des voies aéro-digestives supérieures, pathologies particulièrement inégalitaires, ont une survenue attribuable massivement aux consommations de tabac et d'alcool mais ces dernières ne suffisent pas à expliquer la totalité du différentiel entre niveaux d'études extrêmes. Même à niveau équivalent de consommation tabagique et alcoolique, les risques de cancer restent deux fois plus importants pour les « manuels » que pour les « non manuels » et dans une large mesure attribuables à des expositions professionnelles. Ce qui signifie que les causes premières et massives d'une pathologie donnée ne sont pas toujours celles qui expliquent la part la plus importante de l'inégalité sociale face à cette maladie. Encore faut-il que la cause identifiée soit inégalement distribuée selon les catégories sociales. Une part importante des pathologies qui montrent une prévalence socialement différenciée est ainsi imputable à deux grands types de facteurs :

D'une part des facteurs liés à l'environnement, relevant de l'exposition à des risques spécifiques, et qui peut être à la fois « physique » et « social ». On peut être exposé à travailler dans des poussières d'amiante mais aussi la nuit, avec des rythmes décalés, dans une atmosphère bruyante ou avec des postures pénibles². On a tendance à intégrer aujourd'hui dans ce cadre des nuisances psychosociales telles que l'insécurité voire le manque de reconnaissance dans le travail.

D'autre part des conduites individuelles dites « à risques » ; la consommation de tabac, d'alcool mais également l'alimentation

¹ L'incidence des cas de sida au sein de la population masculine se déplace se déplace à la fin des années 80 des classe moyennes et supérieures vers les ouvriers et les inactifs. M. Calvez, « Le sida », in A. Leclerc, D. Fassin et alii, op.cit, p.285.

² J. Bourget-Devouassoux, S. Volkoff, « Bilans de santé des carrières d'ouvriers », *Economie et statistique*, 242, 1991, p.83-93.

occupent une grande part dans l'explication des inégalités de santé. Ces comportements ne sont pourtant pas strictement individuels dans la mesure où leur distribution est très fortement corrélée aux catégories sociales. Plus encore, l'identification d'une consommation comme porteuse de risques de santé et les campagnes d'information qui l'accompagnent peuvent avoir tendance à renforcer les inégalités. Ainsi l'information sur les méfaits du tabac se traduit plus fréquemment et plus précocement par un arrêt de la consommation chez les cadres que chez les ouvriers. De même les campagnes d'information pour une alimentation plus riche en fruits et en légumes se traduisent par une différenciation accrue des modes alimentaires selon les catégories sociales encore renforcée par l'aspect économique de cette question.

Pourtant, l'épidémiologie moderne montre de plus en plus précisément que ces facteurs environnementaux et comportementaux n'épuisent pas la question des inégalités devant la santé. Le courant de l'épidémiologie sociale envisage des déterminants sociaux de la santé qui ne se limitent pas à ces facteurs de risque. Le constat qu'une fois contrôlé l'ensemble des facteurs de risque connus, il reste une gradation des états de santé globalement indexée sur celle de la hiérarchie sociale, conduit à considérer non seulement une étiologie physique mais aussi les conditions matérielles et morales de vie des personnes tout au long de la vie, leur revenu économique, leur niveau d'éducation. Elles comprennent le logement, l'alimentation, l'accès aux biens de consommation mais également la place dans la hiérarchie sociale, les loisirs, l'estime de soi¹.... Elles sont d'autant plus difficiles à appréhender qu'elles ont un effet tout au long de la vie. On fait l'hypothèse que les conditions de vie durant l'enfance vont ainsi avoir un effet plusieurs décennies plus tard. Autour de l'enquête Whitehall en Grande-Bretagne qui montrait que les fonctionnaires anglais avaient un niveau de santé étroitement corrélé à leur place dans la hiérarchie et que l'ensemble des facteurs environnementaux et de conduites à

¹ M. Marmot, R.G. Wilkinson, « Psychosocial and material pathways in the relation between income and health : at response to Lynch and al. » *British Medical Journal*, vol. 322, 2001, p. 1233-1236. M. Marmot, « Self-esteem and Health », *British Medical Journal*, vol. 327, 2003, p. 574-575.

risque ne suffisait pas à expliquer cet état de fait, des auteurs comme Wilkinson et Marmot¹ tentent d'élaborer un modèle qui corrèle les inégalités de santé à l'ensemble des inégalités de la vie sociale (revenu, éducation...) plus qu'aux conduites ou aux risques spécifiques aux individus ou aux catégories. Cette épidémiologie sociale va aujourd'hui jusqu'à faire voler en éclats les repères habituels de la discipline lorsqu'elle s'émancipe même de la primauté des questions de santé. Le récent ouvrage de R. Wilkinson², devenue figure de proue d'un mouvement qui revendique l'égalité comme lutte pour le bonheur, vise ainsi à démontrer la congruence des niveaux d'égalité dans tous les domaines, eux-mêmes corrélés à la densité des relations sociales³. Face à une telle montée en généralité, on peut cependant se poser la question que pose W. Kimlicka en recensant ce livre : « How does it “get under the skin” »⁴.

A côté de ces réponses très globalisantes, d'autres interprétations ont été proposées pour expliquer le gradient social de santé ou une part de celui-ci. L'une d'entre elles tend à retourner la question en considérant que la causalité ne va pas de la position sociale vers le niveau de santé mais bien d'un état de santé qui serait premier et serait en état de déterminer au moins en partie la condition sociale des individus. Ainsi des problèmes spécifiques de santé : maladie, handicap, maladie chronique peuvent-ils eux-mêmes constituer un facteur de baisse de revenu, de moindre niveau d'éducation, de métier ou de poste de travail. Cet élément peut se combiner avec les facteurs précédents et agir en chaîne : des conditions matérielles, un environnement physique, des conduites de consommation et un faible niveau de soins déterminent des situations de santé qui peuvent elles-mêmes être cause d'une baisse de statut social ou d'une faible

¹ M.Marmot, R.G. Wilkinson. (1999), *Social Determinants of health*, Oxford University Press. R.G.

² R. Wilkinson, K. Pickett, *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*, Allen Lane, 2009.

³ Cf. D. Fassin, « Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie: analyse critique d'une migration transdisciplinaire », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 51/4, 2003, p. 403-413.

⁴ « First, why is inequality so bad for our health? How does it “get under the skin” to affect the biological processes that determine our physical and mental health? » W. Kimlicka, « the Injustice Gap », *The Globe and Mail*, may 20, 2009

mobilité. Cette hypothèse était déjà mentionnée dans le rapport Black et, sans être complètement invalidée, son effet a été jugé limité notamment à partir des enquêtes qui font état de trajectoires et qui montrent que la position sociale au moment du décès est globalement assez peu différente que celle qui peut être attestée quelques années plus tôt. Le long terme est évidemment plus difficile à appréhender et les effets de certaines pathologies sur la sortie du marché du travail sont avérées. L'exploitation de l'enquête HID (Handicaps, Incapacités, Dépendance) a pu montrer par exemple qu'un chômeur voit ses espoirs de retrouver un emploi réduites de moitié lorsqu'il souffre de lombalgie invalidante.¹

Pour expliquer « un déterminisme social et familial des états de santé », certains auteurs proposent de compléter l'hypothèse des conditions de vie par une hypothèse plus directe « de transmission de santé ». Pour la valider, il faudrait montrer que l'état de santé n'est pas tant liée à la profession des individus, elle-même corrélée au milieu social d'appartenance à la génération précédente, mais qu'il existe une part de lien direct entre santé des parents et santé des enfants qui soit indépendante des caractéristiques du milieu social des uns et des autres. C'est ce qu'ont tenté de montrer dans une recherche récente dans le cadre du programme français sur les inégalités sociales de santé plusieurs chercheurs qui, s'ils concluent effectivement à une part de lien direct entre santé des parents et santé des enfants irréductible aux conditions sociales et aux milieux de vie, ne peuvent trancher entre « héritage génétique ou reproduction des comportements liés à la santé »².

Le dernier grand facteur explicatif des inégalités sociales de santé tient à l'effet du système de soins et de protection sociale. Alors que dans les autres schémas explicatifs, la maladie est en

¹ A. Leclerc, J.F. Chastang, L. Regnard, J.F. Ravaut, « Lombalgie invalidante et situation sociale », résultats issus de l'enquête HID », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2-3, 2007, p. 15-17.

² M. Devaux, F. Jusot, A. Trannoy, S. Tubeuf, « Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents ». *Questions d'économie de la santé*. IRDES, 118, fév. 2007.

quelque sorte un facteur externe que les soins visent à transformer en santé, c'est ici la part du système institutionnel dans la production de la maladie, ou du moins dans la production différentielle de celle-ci qui est envisagée. Rappelons-nous que dans le modèle parsonien, l'individu malade pouvait adopter plus ou moins nettement le rôle de malade selon ses appartenances sociales et culturelles alors que E. Freidson dans un modèle de construction sociale de la maladie insistait sur la place du médecin, et au-delà du système de santé. En affirmant que le médecin ne valide pas seulement la maladie mais qu'il la crée, c'est-à-dire qu'il la rend socialement existante, il accorde au système de soins un rôle fondamental dans lequel les patients peuvent être traités sélectivement en fonction de caractéristiques qui ne relèvent pas uniquement de sa pathologie. La construction sociale de la maladie est conditionnée par l'état des savoirs médicaux mais également par les attentes, les dispositions, les intérêts de l'une et de l'autre parties.

Pourtant aujourd'hui « malgré les différences d'accès aux soins, on ne trouvera pas d'auteur qui soutienne l'idée que le système de soins soit l'élément central susceptible d'expliquer les inégalités sociales de santé ». ¹ Encore faut-il préciser que cette assertion vaut pour les pays développés, c'est-à-dire ceux dans lesquels le système de protection sociale atteint un niveau élevé de sécurité, et dans le cas où ce système n'est pas fondé sur une logique essentiellement libérale.

L'organisation du système de soins et l'accès à celui-ci seraient-ils finalement sans grand effet sur les inégalités de santé une fois atteint un certain niveau de performance et de protection ? La réponse à cette question est loin d'être claire. Elle est d'abord informée par des considérations macro-historiques qui montrent que de nombreuses maladies et causes de décès ont régressé au XVIII^{ème} et au XIX^{ème} siècles sans que les savoirs médicaux n'aient encore une quelconque réponse efficace à leur apporter. L'hygiène au sens le plus large fait plus pour la santé des populations que les révolutions médicales qui ne viendront qu'à la toute fin de la période et au siècle suivant. On assisterait ainsi aujourd'hui à une revanche de l'hygiénisme sur la clinique et

¹ A. Leclerc, M. Kaminski, T. Lang, *Inégaux face à la santé*, Paris : INSERM / La Découverte, 2008, p. 12.

la médecine expérimentale triomphantes durant le dernier siècle et demi, avec le retour de l'épidémiologie et de la santé publique qui, armés de leurs outils biostatistiques renouvelés, seraient en état de montrer que la machine de soins n'aurait finalement qu'un effet limité par rapport à une politique des populations¹ tellement plus performante. La main gauche de la médecine reprendrait un peu d'importance par rapport à sa main droite.

L'impact des soins sur la santé et sur les inégalités est très discuté tant on constate que des différences notables de consommation de soins se traduisent faiblement en différence dans les états de santé. Pourtant un meilleur accès aux soins des populations précaires et défavorisées a effectivement un effet notable sur le niveau de santé attesté dans des travaux américains développés autour de l'accès à Medicaid² et de l'expérience de la Rand Corporation³. On a ainsi constaté que l'ouverture de droits augmentait le recours aux soins et que cet impact était plus marqué pour les populations les plus pauvres. Parallèlement le renoncement à des soins jugés souhaitables est avéré là encore plus nettement pour les populations les plus pauvres lorsque l'aspect économique des soins devient déterminant⁴. Le cas de la santé bucco-dentaire en France est éloquent dans la mesure où une moindre couverture sociale qui laisse à la charge de l'assuré une part importante des coûts des prothèses se traduit par des états de santé très différenciés selon le niveau économique et le type de couverture complémentaire⁵.

Une fois démontré le lien qui unit assez nettement couverture sociale et consommation de soins, il reste à interroger la liaison entre soins et états de santé. Celle-ci est

¹ M. Foucault, Naissance de la biopolitique : Cours au collège de France 1978-1979, Paris : Seuil, 2004.

² J. Currie, « Child Health in Developed Countries », A. Culyer, J. P. Newhouse eds. *Handbook of Health Economics*, 2000, p. 1054-1090

³ L'expérience de la Rand, unique à son genre, a constitué à distribuer aléatoirement dans les années 70 à des familles américaines des contrats d'assurance maladie variables en taux de remboursement et en plafonnement des dépenses annuelles, puis à observer les effets en termes de consommation de soins. Cf. J.P. Newhouse, *Free for all ? Lessons from the Rand experiment*, Cambridge : Harvard University Press, 1993.

⁴ P. Dourgnon, M. Grignon, F. Jusot, « L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? Une revue de littérature », *Questions d'économie de la santé*, 43, 2001.

⁵ C. Vincelet, S. Azogui-Lévy, I. Grémy, « Inégalités en santé bucco-dentaire dans la population francilienne adulte, 2002-2003 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 15, 14 avril 2009. p. 137-141.

méthodologiquement beaucoup plus complexe à établir que la précédente et donne lieu à des débats d'école assez virulents qui ne permettent pas de trancher la question de façon définitive. On sait d'abord que le niveau de consommation de soins n'est pas strictement corrélé à un niveau de santé comme le montrent les comparaisons internationales. L'investissement dans la santé aux Etats-Unis, plus important que dans tout autre pays, ne se traduit pas, loin s'en faut, en meilleurs résultats pour l'ensemble des indicateurs de santé¹. On sait également que la densité médicale ou la densité des structures de soins ne sont pas de bons indicateurs de l'état de santé d'une population² : toute proposition de santé effective est consommée et augmente avec la densité médicale de la zone géographique³. Cette dernière modifie non seulement la quantité mais également le type de soins et le fait par exemple de recourir plutôt à un généraliste ou à un spécialiste⁴. Le mécanisme dit de demande induite⁵ entraîne une augmentation de la production de soins sans que celle-ci soit toujours suivie d'une augmentation du niveau de santé. C'est d'ailleurs essentiellement pour cette raison qu'a été instauré en 1972 en France un *numerus clausus* entre la première et la deuxième année des études médicales afin de réguler la demande par une limitation de l'offre.

Rares sont les travaux qui tentent d'établir directement la relation entre offre de soins et état de santé d'une population. Une étude de 2001⁶ portant sur les données annuelles de mortalité de 21 pays de l'OCDE pendant un quart de siècle montre une corrélation négative entre augmentation de la densité

¹ *Eco Santé OCDE 2009*, Statistiques et indicateurs pour trente pays. Base de données.

² Une fois encore, cette affirmation ne vaut qu'une fois passé un certain seuil qui resterait à définir. Au niveau macro, les pays les plus développés ont effectivement une médicalisation élevée et des niveaux de santé importants.

³ V. Lucas-Gabrielli, N. Nabet, F. Tonnelier, « Les soins de proximité, une exception française ? », *Questions d'économie de la santé*, 39, 2001.

⁴ P. Breuil-Grenier, F. Rupperecht, « Comportements opportunistes des patients et des médecins. L'apport d'analyses par épisode de soins », *Economie et prévision*, 142, 2000, p. 163-182.

⁵ Les économistes définissent généralement la demande induite comme la capacité du médecin à choisir une quantité (ou une qualité) de traitements différente de celle qui serait choisie par le patient si celui-ci était parfaitement informé. T. Rice, « The Impact of Changing Medicare Reimbursement Rates on Physician-Induced Demand », *Medical Care*, 21 (8), p. 803-815.

⁶ Z. Or « Exploring the effects of health Care on Mortality Across OECD countries », *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, 46, 2001.

médicale et taux de décès. De même, en France, la mortalité en 1988 a pu être corrélée avec une plus faible densité médicale avec encore une fois, une relation plus nette pour les personnes dont le revenu est inférieur au revenu médian¹.

On peut donc conclure non pas que le système de soins soit un élément déterminant dans la production ou la réduction des inégalités de santé mais qu'un système ouvert va dans le sens de la limitation de l'inégalité sociale des états de santé. L'instauration de la Couverture Maladie Universelle (CMU) en 2000 vise ainsi, et réussit en partie, à ouvrir le système de santé aux plus défavorisés mais elle est loin de résorber les différentiels d'indicateurs de santé constatés pour ces catégories. Un dispositif réglementaire ne suffit donc pas à produire de l'égalité dans les états de santé des différentes catégories sociales. Chacun s'accorde à admettre aujourd'hui qu'un système de soins accessible et ouvert à tous apparaît comme une condition nécessaire mais non suffisante à la réduction des inégalités sociales de santé. Historiquement, le dispositif de la CMU peut être interprété comme la dernière étape en date d'un long processus qui court tout au long du XX^{ème} siècle et qui ouvre la protection sociale contre la maladie à des catégories toujours plus importantes (assurés, ayants droit, étudiants, prisonniers, chômeurs...) malgré la diversité du système (caisses différenciées). C'est donc un mouvement de démocratisation en même temps que d'unification, rapprochant le système français d'approche par le travail et les catégories professionnelles d'un système universel comme le système britannique, qui est à l'œuvre.

Il s'avère pourtant que l'ouverture du système à tous (ou presque tous) ne suffit pas à produire non seulement de l'égalité dans les états de santé mais d'abord de l'égalité de soins. Il y a plus de trente ans, A. Chauvenet distinguait ce qu'elle analysait comme trois filières de soins et montrait comment l'organisation hospitalière malgré l'unification du système et la création des CHU avec la réforme Debré restait entachée d'une fonction de classement social des malades et établissait un lien entre

¹ F. Jusot, Revenu et mortalité. Analyse économique des inégalités sociales de santé en France. Thèse de l'EHESS, dir. P.Y. Geoffard, Paris, 2003.

spécialisation technique et sélection sociale.¹ Considérant que le type, la quantité et la précocité des soins ont potentiellement des effets sur la santé et la mortalité, il importe de savoir dans quelle mesure la consommation de soins est différenciée selon les catégories sociales. A très gros traits, on a montré depuis les années 80 une différenciation entre une consommation de soins orientée vers les soins ambulatoires, le spécialiste, la prévention, la pharmacie non prescrite, les examens complémentaires, la dentisterie et l'optique qu'on peut opposer à une consommation orientée vers la médecine générale, l'hôpital et la pharmacie prescrite.² Les cadres sont globalement rattachés au premier modèle, les ouvriers au second mais cette distinction est également valide concernant le genre : les femmes étant plutôt orientées vers le premier type de dépenses avec un niveau global plus important, les hommes vers le second. Les dépenses de soin sont réparties, comme les états de santé, selon un gradient social mais, contrairement à une opinion commune, ce sont les cadres qui dépensent le moins et les ouvriers non qualifiés qui dépensent le plus, le différentiel étant exclusivement dû au niveau élevé des dépenses hospitalières chez les ouvriers³. Enfin, le défaut de couverture sociale⁴ complémentaire fait chuter, toutes choses égales par ailleurs, la consommation globale de soins et induit des renoncements ou reports de soins en particulier concernant l'optique et la dentisterie.

Ce constat ne garantit évidemment pas que les ouvriers soient mieux soignés que les cadres mais surtout qu'ils ont plus de pathologies et que celles-ci sont plus graves, ce que nous savons déjà par ailleurs.

Considérant enfin le type de soins engagé à pathologie ou à symptômes équivalents, la question est plus épineuse. Le social joue-t-il à ce niveau le rôle qui a été attesté sur d'autres plans ? Y a-t-il des différences de traitement selon l'appartenance sociale et

¹ A. Chauvenet, *Médecines au choix, médecine de classe*, Paris : PUF, 1978.

² P. Mormiche, « Consommation médicale : les disparités sociales n'ont pas disparu », *Economie et statistique*, 189, 1986, p. 19-38.

³ D. Raynaud, « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », *Etudes et résultats*, DREES, 378, fév. 2005.

⁴ En 2002, selon l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS), 91% des personnes résidant en France bénéficient d'une couverture complémentaire.

si oui comment peut-on les expliquer ? Ces différences sont-elles des inégalités ?

Le choix du lieu de traitement apparaît comme une première variable assez nettement indexée sur le niveau d'études du patient. Plus celui-ci est élevé, moins on est captif de l'établissement de proximité¹. Alors que le système de santé français est ouvert, les trajectoires diffèrent sensiblement selon le statut social et le niveau d'études. Ceci est particulièrement vrai pour certains actes de dépistage que l'on sait corrélés à des risques de mortalité : dépistage du cancer du col de l'utérus, mammographie, frottis² et même couverture vaccinale, quoique les tendances soient plus controversées sur ce dernier point étant donné une résistance à la vaccination dans des groupes issus des catégories supérieures. La prévention secondaire semble donc particulièrement sensible à des écarts selon le niveau d'études.

Concernant les soins hospitaliers, une étude sur les patients hospitalisés pour infarctus du myocarde montre une prise en charge hospitalière égalitaire mais des différences marquées selon les catégories sociales avant l'épisode (explorations coronariennes) ainsi que dans les taux de mortalité préhospitalière et à 28 jours³. Un suivi médical de moindre qualité est également observé chez les patients atteints de diabète type 2 issus des catégories socioprofessionnelles les plus basses : moindre recours à un spécialiste du diabète et plus souvent à un généraliste, moins bon contrôle glycémique, complications macrovasculaires et obésité plus fréquentes. En revanche une hypertension artérielle et une dyslipidémie sont moins fréquemment déclarées « reflétant probablement un défaut de déclaration des médecins et/ou une sous-déclaration par ces personnes »⁴. Ces résultats sont d'autant plus intéressants qu'ils

¹ P. Le Fur, V. Paris, H. Picard, D. Polton, « Les trajectoires des patients en Île-de-France : l'accès aux plateaux techniques », *Questions d'économie de la santé*, 31, 2000.

² F. Beck, P. Guilbert, A. Gautier, *Baromètre santé 2005*, Paris : INPES, 2007.

³ T. Lang, P. Ducimetiere, D. Arveiler, P. Amouyel, J. Ferrières, J.-P. Ruidavets, M. Montaye, B. Haas, A. Bingham, « Is hospital care involved in inequalities in coronary heart disease mortality ? Results from the french WHO-MONICA project in men aged 30-64 », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, 1998, p. 665-671.

⁴ I. Romon, J. Dupin, S. Fosse, M. Dalichampt, R. Dray-Spira, M. Varroud-Vial, A. Weill, A. Fagot-Campagna, « Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, Entred 2001 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, 14. nov. 2006.

concernent une pathologie dont la prévalence dans la population générale est de l'ordre de 3% et qui touche préférentiellement les catégories les plus basses.

L'association entre statut du patient et qualité des soins aux Etats-Unis a été illustrée de façon radicale il y a plus de quinze ans par une étude sur cinquante hôpitaux de l'Etat de New York. Les accidents médicaux graves liés à une négligence ou une faute de l'équipe hospitalière apparaissaient ainsi étroitement corrélés à une variable unique : celle du défaut de couverture sociale¹. Autrement dit ce ne sont ni le sexe, ni l'origine ethnique, ni même le statut professionnel qui sont déterminants mais bien cette « insécurité sociale » liée à un défaut de protection.

Les différences de suivi en médecine ambulatoire sont moins documentés, ce qui ne signifie pas qu'ils soient inexistantes ou négligeables sauf, encore une fois, concernant les actes de prévention. Ainsi les médecins généralistes sont plus impliqués dans la prévention des cancers par examens complémentaires que dans celle qui touche aux conduites individuelles et à la vie sociale des patients. Les questions liées à l'alcool, au tabac et à la nutrition sont faiblement prises en compte par les médecins alors qu'elles sont directement en lien avec les inégalités sociales de santé. Aux « inégalités par omission » liées à la routine du système de soins, P. Lombrail et J. Pascal opposent des « inégalités par construction » qu'ils définissent comme « résultant de l'absence de prise en compte des inégalités dans l'élaboration de certains programmes ou recommandations de pratiques médicales, aboutissant à perpétuer, voire accentuer, des inégalités. » et relèvent en s'appuyant sur les recommandations relatives au traitement de l'hypertension artérielle que « certains dispositifs du fait de leur ignorance de la différenciation sociale des risques dits « individuels », construisent mécaniquement de l'inégalité »².

¹ H. R. Burstin, S. R. Lipsitz, T. A. Brennan, « Socioeconomic Status and Risk for Substandard Medical Care », *Journal of the American Medical Association*. 1992, 268(17), p.2383-2387.

² P. Lombrail, J. Pascal, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les tribunes de la santé*, Presses de Sciences-Po, 8/3, 2005, p.31-39.

Les inégalités dans les trajectoires de soins peuvent être dues encore à un autre type de mécanisme récemment mis en lumière à propos des patients couverts par la CMU : le refus de soins. Si celui-ci paraît *a priori* inenvisageable dans un système ouvert fondé sur les besoins et orienté par les principes de l'éthique médicale d'origine hippocratique¹, il est désormais attesté de façon non marginale. Deux *testing* effectués à trois ans d'intervalle dans le Val de Marne² puis à Paris à la demande du Fonds CMU ont donné lieu à un rapport sévère de l'IGAS³ en 2006 puis à un rapport plus analytique de l'IRDES en 2009. Ils montrent des taux de refus de réception des patients par les médecins imputables à la couverture CMU qui vont de 5% pour les radiologues à 38% pour les dentistes. Ces derniers varient en fonction de deux critères essentiels qui sont, hormis la spécialité médicale, le secteur d'exercice du professionnel⁴ et l'équipement en lecteur de carte Vitale.

¹ La version actualisée du serment d'Hippocrate que les jeunes médecins lisent le jour de leur soutenance de thèse stipule « Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire ». Le code de déontologie médicale, texte de droit contrairement au serment qui n'a aujourd'hui qu'une valeur symbolique, stipule dans son article 7 dit de « non discrimination » (article R.4127-7 du code de la santé publique) : « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. ». Le code dans son article 47 (article R.4127-47 du code de la santé publique) prévoit la possibilité qu'un médecin de refuser des soins à un malade sous des conditions précises : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

² C. Despres, M. Naiditch, , Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle - Une étude par *testing* dans six villes du Val-de-Marne, rapport public, Paris : Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, 2006

³ J.F. Chadelat, *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU*, rapport pour monsieur le ministre de la santé et des solidarités, 30 novembre 2006.

⁴ Les médecins en secteur 1 appliquent des tarifs de consultation indexés sur le remboursement de la sécurité sociale. Les médecins en secteur 2, dit « conventionné à honoraires libres » appliquent des « dépassements d'honoraires » qui peuvent être plus ou moins bien remboursés selon le niveau de couverture complémentaire.

La question des refus de soins de « patients CMU », plus qu'aucune autre, est apparue dans le débat public français ces dernières années comme l'émergence des enjeux de la discrimination et des inégalités sociales dans le monde de la santé sous une forme que chacun ne manque pas de considérer comme intolérable¹ mais sans pour autant que des sanctions, ressort exclusif de l'instance ordinale, n'aient jusqu'alors été enclenchées².

Terminons cette approche synthétique du constat des inégalités sociales de santé en mentionnant une interprétation par la distance culturelle entre le médecin et les patients dont les effets peuvent être évoqués à plusieurs niveaux. Ce courant de pensée, plus fort chez les anthropologues et les sociologues que chez les épidémiologistes, s'appuie sur la considération que la santé n'est pas seulement une donnée objective mais qu'elle est référée à des représentations culturellement et socialement construites. Les travaux des anthropologues montrant comment la perception de la maladie est reliée à l'organisation de la société³, rejoignent une orientation psycho-sociale pour laquelle la maladie traduit non seulement une affection biologique mais également un rapport de l'individu au monde⁴. La relation entre le patient et le médecin est donc une relation profane-professionnel toujours caractérisée par une incommunication essentielle qui peut être renforcée par la distance sociale et culturelle séparant l'un de l'autre. La maladie et la santé ne pouvant être séparées des systèmes interprétatifs des différents acteurs, le sens que donne le profane à sa propre maladie ne peut être identique au sens que lui donne le spécialiste des soins et de la biologie.

¹ On peut se reporter à ce propos au discours prononcé par le ministre de la santé à la remise du rapport Chadelat. www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_061213xb.pdf

² La loi « Hôpital santé, territoire » de 2009 fait mention explicitement dans son article 54 du refus de soins aux bénéficiaires de la CMU et des sanctions auxquelles s'exposent les professionnels de santé. La procédure du *testing*, présente dans le projet de loi initial, a cependant disparu du texte adopté.

³ B. Good, *Comment faire de l'anthropologie médicale ?* Les empêchements de penser en rond, 1998 et à M. Augé, C. Herzlich, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris : Archives contemporaines, 1984.

⁴ C. Herzlich, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris-La Haye : Mouton, 1969.

Cette dimension de la maladie comme interprétation et narration culturellement orientée ne se traduit en inégalité sociale que dans la mesure où l'on considère que les groupes sociaux les plus élevés sont mieux à même de reprendre à leur propre compte les catégories de pensée du système de soins, les catégories médicales.

Un article ancien de L. Boltanski¹ établissait une liaison forte entre construction sociale et culturelle de la maladie d'une part et inégalités de santé d'autre part. Dans une perspective bourdieusienne qui vise à dénaturer le rapport au corps, à la santé et à la maladie, il décrit les différences dans la relation de chaque groupe au corps comme relevant d'un habitus physique, lui-même défini comme une dimension de l'habitus de classe. Cet article a été fréquemment lu et repris comme une analyse culturaliste des sensations morbides (les « cultures somatiques ») et cité comme reconnaissance de la différence culturelle en matière de santé. Pourtant son objet va bien au-delà puisqu'il s'agit de relier ce constat des différences à une analyse des groupes et des classes. Si la santé peut être pensée comme un objet sociologique, c'est non seulement parce qu'il y a un modelage culturel de la maladie mais parce que celui-ci porte des déterminismes sociaux. C'est bien de domination qu'il s'agit et, par l'habitus, le dominé porte en lui les ressorts de sa domination. Dans la définition des besoins du corps, dans les usages de celui-ci, dans la culture somatique et dans le rapport à la compétence médicale, ce ne sont pas seulement des différences mais des inégalités qui sont à l'œuvre. Pour autant, l'application à la santé d'un schéma fondé sur l'habitus et la domination pose un problème qui, s'il n'est pas absent dans d'autres domaines, prend une acuité particulière ici. Lorsqu'il s'agit d'espérance de vie en moins ou en plus, il ne peut pas en être de façon tout à fait semblable à ce qu'il en est en matière de pratiques culturelles ou même d'éducation. Il est bien difficile, même si nous verrons ultérieurement les problèmes que cela pose, de ne pas considérer que la vie - mesurée là par sa durée

¹ L. Boltanski, « Les usages sociaux du corps », *Annales, Economies, Sociétés, Civilisations*, Janv.-fév. 1971, p. 205-231.

mais aussi par sa qualité¹ - ne dépasse pas la distinction entre « besoin populaire » et « besoin cultivé ». Que ce soit dans la consommation médicale, dans l'attention à son propre corps, dans l'identification des symptômes auxquels pourrait être imputée une maladie, dans la considération de la prévention, est-il question de différence culturelle et de domination d'une culture sur une autre ou bien y a-t-il également mobilisation de savoirs qui s'accumulent et qui évoluent et sont loin d'être la seule propriété des spécialistes ?

Je reviendrai sur ce point mais il n'en reste pas moins que cet article ouvre la voie à une sociologie du corps dont le versant le plus positif est sûrement la place qu'elle accorde à la manière dont les individus eux-mêmes définissent et évaluent leur propre santé. La considération de la différenciation culturelle du rapport au corps va effectivement donner lieu à des perspectives moins strictement objectivistes (la santé mesurée par des indicateurs externes) et plus sensibles à la définition des acteurs (la santé estimée et auto-évaluée).

Pour pallier l'imposition d'une norme dominante sur les définitions de la santé et de la maladie, les enquêtes intègrent progressivement une dimension auto-évaluative de la santé, c'est-à-dire que les différences d'états de santé ne sont plus jugées de façon surplombante à partir d'une nosologie médicale mais que chaque répondant détermine un niveau de satisfaction et de limitation par rapport à sa propre santé. Cette dimension apparaît particulièrement importante dans le cas de maladies chroniques pour lesquelles ce n'est plus tant la définition de la pathologie qui est essentielle que le degré d'atteinte sur la vie quotidienne. Elle est aussi en pointe dans le champ du handicap dans lequel la définition sanitaire dominante laisse progressivement place à un regard plus social centré sur la question du désavantage et donc de la relation de l'individu avec l'environnement².

¹ Le calcul de l' « espérance de vie sans incapacité » (ESVI) va dans ce sens.

² Cette évolution est notamment à l'œuvre dans le passage de la CIH à la CIF (classement international du fonctionnement, du handicap et de la santé), mouvement effectué sous l'égide de l'OMS depuis la fin des années 70.

Les comparaisons européennes d'états de santé font ainsi intervenir des questions de santé perçue qui montrent un gradient social marqué dans l'ensemble des pays étudiés mais une perspective entre pays originale : ainsi les inégalités dans l'évaluation de sa santé comme « mauvaise » ou « très mauvaise » apparaissent beaucoup plus modérées en France que dans les pays du nord et *a fortiori* en Grande-Bretagne que ce soit par rapport au revenu et au niveau d'études¹ ; l'Allemagne, l'Italie et l'Espagne² présentant les plus bas niveaux d'inégalité sur ce point. Les traitements établis à partir de l'ESS (European Social Survey)³ en fonction non seulement des pays mais de grands modèles de protection sociale montrent de moindres inégalités déclarées dans les pays ayant adopté le modèle bismarckien (Allemagne et France notamment) que dans les pays du nord. Encore une fois, l'interrogation demeure sur la situation des pays scandinave pour laquelle l'attente d'égalité ne se trouve pas confirmée par ces recherches les plus récentes.

Le genre : repenser les inégalités

Rappelons le : toute différence n'est pas inégalité. Pour qu'elle le devienne, il faut qu'elle implique une hiérarchie et soit ressentie comme injuste. Affirmer des différences d'états et de conduites entre hommes et femmes dans le champ de la santé et celui de l'éducation ne signifie donc pas nécessairement la reconnaissance d'inégalités. En revanche, puisque le genre n'est pas uniquement du sexe, il serait étonnant que les rapports sociaux qui se jouent et qui se donnent à voir dans ces lieux

¹ J.P. Mackenbach et al, NEJM, 2008, *op. cit.*, p. 2477.

² Une importante question de méthodologie fait porter un doute sur le cas de l'Espagne et de l'Italie qui ne sont approchées que par les situations des grandes métropoles et non pas de l'ensemble du pays.

³ T.A. Eikemo, M. Huisman, C. Bambra, A.E. Kunst, « Health Inequalities According to Educational Level in Different Welfare Regimes : a Comparison of 23 European Countries », *Sociology of Health and Illness*, 30/4, 2008, p. 565-582.

soient strictement symétriques et ne fassent pas montre d'effets de domination.

L'inégalité massive entre femmes et hommes dans le niveau des revenus, dans le type de métier occupé, dans la représentation publique et la politique, dans la réalisation des tâches ménagères, dans les violences subies et en mille autre lieux trouve-t-elle un prolongement en santé et en éducation ?

La réponse à cette question est loin d'être claire :

Bien sûr éducation et santé ne sont pas hors du monde. L'école, n'est pas un sanctuaire. La santé traduit l'inscription sur le corps des conduites régulières et répétées et de ce fait elle est aussi un miroir de la vie sociale. Ici comme ailleurs règne une différenciation sexuelle du travail et celle-ci dépasse les professionnels pour intégrer aussi les malades et les élèves. De multiples preuves d'inégalité entre hommes et femmes et de discriminations de genre peuvent être répertoriées. Pourtant on aurait bien du mal à analyser ces deux domaines selon un modèle unique de la domination masculine car l'état de santé et le niveau d'éducation des femmes est globalement meilleur que celui des hommes. En santé comme en éducation, on peut donc parler de paradoxe : mécanismes inégalitaires avérés d'une part et indicateurs plutôt favorables aux femmes d'autre part.

Dans ces deux univers professionnels contrairement à de nombreux autres secteurs d'activité, les femmes sont présentes de longue date. La féminisation y est d'autant plus importante que l'on descend dans la hiérarchie des métiers¹, signifiant là une tendance classique de la division sexuelle du travail qui réserve aux femmes les tâches les moins qualifiées. Pourtant, là comme ailleurs mais là plus encore qu'ailleurs la féminisation gagne progressivement les strates les plus élevées des professions de l'enseignement et de la médecine.

Pour l'enseignement, le constat est particulièrement marqué : quatre cinquièmes des enseignants du premier degré (et même plus de 90% en maternelle), près des deux tiers dans le second

¹ M. Maruani, Les nouvelles frontières de l'inégalité. Hommes et femmes sur le marché du travail, Paris : La Découverte, 1998.

degré et un tiers seulement dans l'enseignement supérieur sont des femmes¹. Les deux tiers des personnels non enseignants de l'Education Nationale sont des femmes et la féminisation est toujours plus élevée dans les catégories les plus basses². Les mêmes tendances sont à l'œuvre en Europe. La féminisation se poursuit dans l'enseignement supérieur mais à un rythme d'autant plus lent que le niveau est élevé³.

En santé, secteur très féminisé dont la tendance s'est encore accrue ces deux dernières décennies⁴, trois quarts des professionnels exerçant dans le champ de la santé sont des femmes. La polarisation traditionnelle du secteur entre quelques professions masculines (médecin, dentiste, masseur-kinésithérapeute) et toutes les autres professions massivement occupées par des femmes, au premier rang desquelles les infirmières (87%) et les aides-soignantes (91%) sans même parler des sages-femmes (99%) évolue lentement : si la place des hommes dans les métiers traditionnellement féminins bouge peu, les femmes conquièrent massivement les occupations masculines. La part des femmes médecins était marginale dans la première moitié du vingtième siècle, elle a atteint un quart dans les années 80 pour dépasser 40% aujourd'hui et la parité, déjà effective dans les couches les plus jeunes de la population médicale est programmée pour l'ensemble de la profession dans une décennie⁵. Cette féminisation du métier est largement débattue au sein même de la profession qui y voit un risque de banalisation et de paupérisation lié non pas tant à la présence des femmes qu'à un mode d'exercice différent de l'activité médicale d'autant plus sensible que la densité médicale va diminuer dans les prochaines années. Autrement dit la féminisation par le

¹ MEN, *Repères et références statistiques*, ch. 9 - Les personnels. édition 2007, p. 277

² La féminisation est à son maximum (92,7%) chez les agents administratifs de catégorie C.

³ Le corps des professeurs d'université comptait ainsi en 2008 moins de 18,5% de femmes (contre 9% il y a vingt ans) et celui des maîtres de conférences 40%. Chez les enseignants chercheurs de moins de 35 ans, la parité est atteinte ou dépassée dans tous les secteurs hormis les sciences. Cf. M. Bideault, P. Rossi, *Note d'information*, MENR, 25 aout, 2008.

⁴ S. Bessière, « La féminisation des professions de santé : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, 1, 2005, p. 19-32.

⁵ La part des filles dans les étudiants reçus au concours de PCEM1 est aujourd'hui supérieure à 60%.

nombre est projetée comme porteuse d'une « féminité » pour reprendre le mot de N. Le Feuvre¹. Dans la continuité des analyses de T. Laqueur², celle-ci propose quatre interprétations de la féminisation des professions d'élite (domination masculine, « virilité, « féminité » ; dépassement du « genre ») dont elle envisage les effets sur la transformation du genre d'une part et sur les pratiques professionnelles d'autre part. Les femmes médecins pourraient ainsi soit se « couler dans les habits neufs de la domination masculine » (et occuper les positions les moins prestigieuses d'une médecine mâle qui lâche ses échelons inférieurs), soit « se comporter comme des hommes » (en médecine, ce serait par exemple devenir chirurgien orthopédiste), soit encore « diffuser des valeurs féminines » (en opposant notamment le « care »³ au « cure » ou en valorisant un exercice moins prométhéen), soit enfin « renverser le genre »⁴ (en sortant des catégories masculin/féminin). Mobilisant les catégories que F. Dubet développe dans sa sociologie de l'expérience⁵, elle rattache cette dernière orientation, et elle seule⁶, à la subjectivation réflexive, les autres étant de l'ordre du jeu stratégique et de l'orientation normative. Sans contester la typologie de N. Le Feuvre non plus que le cadre analytique de F. Dubet, c'est l'adéquation entre les deux qui me paraît plus problématique. En effet, on doit pouvoir trouver dans chacune des manières d'être médecin femme des modalités de stratégie, d'intégration et de subjectivité.

Il n'en reste pas moins que si cette analyse insiste sur le caractère complexe de la féminisation médicale, considérant que « l'augmentation numérique des femmes dans un groupe professionnel constitue un indicateur empirique d'un intérêt très

¹ N. Le Feuvre, « La féminisation de la profession médicale : voie de recomposition ou de transformation du « genre », in P. Aïach, D. Cebe, G. Cresson, C. Philippe, *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques* ; Rennes :Ed ENSP, 2001, p. 197-228.

² T. Laqueur, *La fabrique du sexe*, Essai sur le corps et le genre en Occident, Paris : Gallimard, 1992.

³ Cf. les théories du *care* qui développent une alternative aux théories de la justice. C. Gilligan, *Une voix différente. Pour une éthique du care*, Paris : Flammarion, 1986 (1982).

⁴ On retrouve là la théorie *queer* qui refuse tout essentialisme de sexe ou de genre et qui, bien au-delà d'une promotion de l'égalité, vise à la dissolution de la structure binaire du sexe et du genre.

⁵ F. Dubet, *Sociologie de l'expérience*, Paris :Seuil, 1994.

⁶ N. Le Feuvre précise par ailleurs que cette figure est très minoritaire.

limité pour saisir le sens et les effets de la féminisation du point de vue du genre »¹, ses effets ne peuvent être négligeables en matière de relation entre genre, conception de la santé, organisation et modalités du travail médical. En effet, ce ne sont pas seulement les femmes médecins qui sont concernées mais bien l'ensemble de la profession, touchée par « une distanciation grandissante à l'égard des rigidités temporelles qui étaient au cœur de l'ancien ethos professionnel »². La médecine se féminisant, elle n'adopte pas nécessairement des valeurs féminines mais elle fait éclater les valeurs médicales traditionnelles considérées comme relevant de la virilité.

Une fois précisé le genre des professionnels, y a-t-il un genre de la santé et de l'éducation ? Cette question n'est pas purement rhétorique dans la mesure où la réponse qu'on lui fera pourrait avoir un impact sur la thèse de la proximité culturelle. Autrement et trivialement dit, la santé et l'éducation peuvent-elles être considérées comme des valeurs féminines ? J'envisagerai cette question après m'être préalablement tourné vers l'examen des comportements des hommes et des femmes en santé et en éducation et des effets de ceux-ci sur leur état de santé et leur niveau d'études.

Que sait-on de ce qui différencie les garçons et les filles, et d'ailleurs se différencient-ils vraiment ?³ On sait que la catégorie de sexe a d'abord un mérite essentiel : celui d'être binaire et donc facilement préhensible par l'analyse. Mais c'est aussi parce que « la liaison est significative » comme disent les statisticiens qu'elle est objet d'étude. Enfin, parce que la dimension sexuée est une catégorie de la pratique, ce qui ne signifie évidemment pas qu'elle soit de ce fait objective.

¹ N. Le Feuvre, *op. cit.*, p. 224.

² N. Lapeyre, N. Le Feuvre, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, 1, 2005, p. 59-81, p. 72.

³ Je suis bien conscient que par le fait même de poser cette question, je m'expose aux foudres de quelques uns de mes collègues qui verraient là le postulat d'une différence supposée et donc un renforcement de la performance de genre.

A l'école, les recherches en psychologie et en sociologie sur les différenciations entre garçons et filles sont nombreuses. Elles ont d'abord pour but de s'émanciper des représentations triviales sur la « nature » des uns et des autres mais il est souvent impossible de faire la part du biologique et du social dans les descriptions qui mettent au jour des comportements sexués. Il faudrait pour cela disposer de processus expérimentaux qui permettraient de contrôler toute interaction sociale. Mais la force du genre est tellement prégnante dans les processus de socialisation que de tels dispositifs sont inenvisageables. Faut-il en conclure qu'il n'y aurait pas de différence de sexe qui puisse avoir un effet sur les apprentissages ? On ne voit pas ce qui nous y contraindrait et ce serait probablement faire preuve de naïveté en même temps que d'orgueil sociologique. En revanche rien ne nous permet de présupposer que les différences de sexe aient des prolongements directs en termes d'aptitudes spécifiques des uns et des autres. Autrement dit, lorsque nous constatons des différences significatives entre les comportements de garçons et des filles dans la salle de classe ou face au travail scolaire, il serait oiseux de considérer qu'il y va d'une nature féminine et masculine mais il serait tout aussi hypothétique d'affirmer que tout ce qu'on peut observer est sans rapport avec des contraintes biologiques: socialement construit surement, bâti uniquement sur du social, probablement pas. Nous sommes donc contraints de travailler en admettant qu'une part du matériau dont sont faites les situations qui nous intéressent ne nous est pas totalement accessible et que, de plus, nous ne sommes pas toujours en état de déterminer précisément la part des différentes composantes.

Ce n'est pas seulement en sociologie des sciences que l'on a affaire à des « objets socio-techniques » ou à des « hybrides », le genre est probablement aussi riche et aussi complexe de ce point de vue, mais c'est aussi le cas pour l'apprentissage ou pour la santé.

Ces considérations épistémologiques ne nous rendent pas le travail sociologique impossible sur ces objets, loin de là. Elles impliquent seulement de considérer que le genre n'est pas pure transcription du sexe dans le monde social, pas non plus que le genre serait un objet social autonome du sexe mais qu'il est une manière de produire du social avec du sexe.

Qu'en est-il alors du genre de l'école ?

En premier lieu, l'immense majorité des indicateurs de résultats scolaires comme des compétences montre un net avantage aux filles, et ce dans des proportions certes variables mais selon une tendance commune à l'ensemble des pays développés.

Aujourd'hui, l'avantage aux filles apparaît d'abord dans les indicateurs globaux : meilleure espérance de scolarisation à deux ans (0,7 année supplémentaire pour les filles), taux plus élevé de scolarisation à tous les âges, meilleure fluidité dans les études, moindre redoublement et moindre retard scolaire à tous les âges, orientation moindre vers les filières professionnelles (à 17 ans, 26% des filles sont en CAP-BEP et 37% des garçons), moindre sortie du système scolaire avec un diplôme inférieur au bac (30% de filles et plus de 40% de garçons), meilleur taux de bacheliers depuis une quarantaine d'années (58,5% des lauréats du bac général de 2007 sont des filles et 50,5% du bac technologique), meilleur taux de réussite aux examens (brevet, examens professionnels, bac quelle que soit la section, mention bien et très bien au bac), meilleur parcours scolaire moyen (mesuré par le niveau obtenu dix ans après l'entrée en sixième), moindres difficultés de lecture (14,8% des garçons et 8,7% des filles¹), moindre taux de sans diplôme (15% des femmes et 20% des hommes âgées de 20 à 24 ans ont au maximum le brevet), meilleur taux de diplômés du supérieur (14% d'hommes et 20 % de femmes au niveau BTS-DUT-diplôme paramédical et social ; 23% d'hommes et 27% de femmes au niveau DEUG et supérieur).

Ces résultats ont été permis par l'abolition progressive d'une inégalité essentielle qui consistait à fournir aux garçons des moyens éducatifs sans commune mesure avec ceux dont disposaient les filles. La question de l'accès au système scolaire et à tous les paliers de celui-ci est globalement réglée. Cette ouverture formelle à tous les niveaux et dans toutes les filières n'est pourtant pas synonyme d'un accès effectif dans des proportions équivalentes. Des filières entières restent fortement

¹ F. De La Haye, J.E. Gombert, J.P. Rivière, T. Rocher, « Les évaluations en lecture dans le cadre de la journée d'appel de préparation à la défense. Année 2008 », *Note d'information*, 09.19, MEN.

sexuées aux deux extrémités de la hiérarchie scolaire : en bas des filières techniques et professionnelles encore considérées comme spécifiquement masculines, en haut les filles hésitent à intégrer des filières scientifiques sélectives.

Dans les filières professionnelles CAP et BEP, la production est massivement trustée par les garçons et le tertiaire par les filles. Certaines spécialités restent sexuées à plus de 95% (le génie civil ou la mécanique du côté des garçons, l'esthétique, le sanitaire et social ou le secrétariat pour les filles). Dans les filières universitaires, l'avantage global aux filles est sensible au nombre d'années d'études : il est massif pour toutes les filières dans le cursus licence (excepté en sciences fondamentales et en STAPS où les filles représentent moins d'un tiers de la population) : près des trois quarts des étudiants sont des filles en lettres, sciences humaines et sociales, langues mais elles sont désormais aussi les deux tiers en droit, sciences de la nature et de la vie, médecine et pharmacie. Au niveau master, l'avantage aux filles reste presque entier mais il s'amointrit dans toutes les filières au niveau du cursus doctorat jusqu'à s'inverser dans certains cas : en droit et sciences politiques, en médecine¹ ou même dans certaines spécialités de sciences humaines, les filles perdent la majorité numérique au niveau du doctorat.

En revanche, les filles dont on a vu que les résultats étaient significativement meilleurs que ceux des garçons sont minoritaires dans les classes préparatoires aux grandes écoles et plus nettement encore dans les préparations scientifiques où elles représentent moins d'un tiers des élèves (30,4%) alors qu'elles sont majoritaires dans les préparations économiques et fournissent les trois quart des contingents des préparations littéraires.

Ces tendances se traduisent immanquablement dans les diplômes délivrés : en 2007, les filles ont obtenu 60% des licences, plus de 55% des masters, 62% des diplômes de docteur en médecine, odontologie ou pharmacie, 48% des diplômes de

¹ En médecine, ce n'est pas un renversement de tendance entre l'entrée dans les études et le niveau doctorat mais un effet de génération. L'avantage aux filles n'a aucune raison d'évoluer entre le début et la fin des études puisque le niveau d'évaporation est presque négligeable.

commerce et de gestion mais seulement 42% des doctorats et 26% des diplômes d'ingénieur.¹

Le caractère sexué de l'enseignement supérieur, s'il s'est considérablement amoindri, est loin de disparaître et les bastions de la loi du genre ne faiblissent pas : versant féminin, les formations paramédicales et sociales ainsi que les IUFM ; versant masculin, les écoles d'ingénieur et les formations technologiques montrent une majorité sexuée de plus des deux tiers.

Si des formations basculent du masculin vers le féminin, comme ça a été le cas massivement du droit et de la médecine ces dernières décennies et comme c'est encore le cas ces dernières années des écoles d'architecture ou des écoles vétérinaires², nul n'est en état de prédire si la féminisation des écoles d'ingénieurs³ adviendra un jour.

Face au constat qui vient d'être établi, deux questions se posent : d'une part qu'est-ce qui produit ces meilleures performances des filles dans leur scolarité ? d'autre part qu'est-ce qui explique ce désavantage des filles au plus haut niveau hiérarchique alors que manifestement leurs compétences laisseraient attendre une bien meilleure représentation à ce niveau ? S'agit-il de différences ou d'inégalités ?

Ces questions ne sont pas neuves et des réponses ont été proposées depuis longtemps, probablement plus convaincantes à propos de la moindre pénétration dans les filières scientifiques d'élite que dans l'explication de l'avantage global des filles.

Considérons d'abord la difficulté qui apparaît au franchissement de ce qu'on peut considérer comme le dernier palier dans la conquête historique des fruits de l'éducation par les filles : le plus haut niveau universitaire notamment en sciences et les classes préparatoires scientifiques qui ouvrent aux écoles d'ingénieurs. M. Duru-Bellat dans une vaste revue des thèses

¹ Les chiffres de ces deux pages sont issus de données MEN-MESR, DEPP, 2007 (sauf indication contraire).

² Les filles sont passées de moins de 40% à 53% des étudiants en architecture entre 1990-91 et 2007-2008 ; dans les écoles vétérinaires, de 45 à 71% durant la même période.

³ Les filles sont passées de 20 à 26% des élèves en écoles d'ingénieurs entre 1990-91 et 2007-2008.

traitant de la différence des sexes à l'école¹ a montré comment, malgré l'ouverture progressive des classes aux filles à tous les niveaux du système scolaire, il persistait dans de nombreux registres des attentes très marquées par la différence des sexes. Chez les familles d'abord qui continuent à anticiper des trajectoires scolaires et professionnelles différenciées pour les garçons et pour les filles, mais également à l'école elle-même : chez les maîtres qui, bien souvent à leur corps défendant, produisent et signifient des attentes qu'on qualifierait aujourd'hui de genrées, dans les manuels et les programmes et jusque dans les rapports entre pairs, on est loin d'une situation dans laquelle « chacun aurait droit à tous les possibles ». Pour les enseignants, cette question est invisible : « la question des différences entre les sexes semble incongrue à la majorité des enseignants ; s'ils s'accordent à penser que garçons et filles devraient avoir les mêmes chances en matière d'éducation, ils restent sceptiques quant à l'existence d'inégalités dans le quotidien des classes »² et c'est pour cela que l'auteur en appelle en conclusion à une politique de compensation sous la forme de discrimination positive « aussi libératrice pour les hommes que pour les femmes ».

Si les filles s'orientent moins vers les filières scientifiques, c'est donc parce qu'un ensemble d'éléments de socialisation les conduisent à préférer moins souvent que les garçons, à niveau égal, ce type d'orientation. En ce sens l'objectif gouvernemental, mentionné dans la LOLF, d'atteindre 45% de filles en terminale scientifique S, STI et STL fait figure de désexuation de l'enseignement et se définit comme une politique de justice par la lutte contre l'imposition du genre. Considérant que ces mécanismes d'orientation des préférences produisent un désavantage, alors peut être envisagée une politique compensatoire visant à annuler ou au moins à réduire ce désavantage.

Mais alors, qu'en est-il de l'autre pan du constat : celui de l'avantage des filles en termes de résultats ?

¹ M. Duru-Bellat, « Filles et garçons à l'école. Approches sociologiques et psychosociales », *Revue française de pédagogie*, n° 109, oct-déc 1994 et n° 110, janv-mars 1995, p. 75-109.

² M. Duru-Bellat, 1995, *op. cit.* p. 88.

Précisons d'abord celui-ci. La décomposition des résultats en types de connaissances ou types de compétences fait apparaître une dualisation marquée : les filles obtiennent des meilleurs scores en français (ou en compréhension de l'écrit dans les comparaisons internationales) et les garçons de meilleurs scores en mathématiques. D'autre part et quel que soit l'indicateur utilisé, l'écart est plus important en compréhension de la langue qu'il ne l'est en mathématiques et tend à s'accroître au fur à mesure des trajectoires scolaires.¹ Les comparaisons internationales confirment massivement cette tendance. Dans tous les pays intégrés à PISA sans exception, les filles obtiennent un meilleur score que les garçons sur l'échelle de compréhension de l'écrit et souvent avec une différence significative². En mathématiques, l'écart est dans tous les pays (à l'exception du Qatar) en faveur des garçons avec des écarts moindres qu'en compréhension de l'écrit. Le différentiel entre garçons et filles n'est dans aucune de ces compétences lié au score global de chacun des pays. Par ailleurs d'autres compétences comme celle de la culture scientifique, objet central de l'enquête PISA 2006, sont dignes d'intérêt car elles montrent à la fois une moindre différence des sexes sur la performance globale (les écarts entre garçons et filles sur cette échelle ne sont pas significatifs) mais de nouveau le caractère sexué de certaines catégories lors de la décomposition en sous-domaines de compétences : les filles étant meilleures en identification des questions d'ordre scientifique et les garçons en explication scientifique des phénomènes. Si la culture scientifique est une compétence sexuellement neutralisée, c'est parce qu'elle combine en son sein des compétences dans lesquelles le genre joue de façon opposée.

Ce qui frappe avant tout dans ces tableaux issus de PISA relatifs au caractère sexué des compétences, c'est le fait que si

¹ Les évaluations diagnostiques montrent un écart de 3 points au profit des filles en français à l'entrée en CE2 qui passe à 6 à l'entrée en sixième ; un écart de 2 points au profit des garçons à l'entrée en CE2 qui passe à 4 à l'entrée en sixième. Source : MEN-MESR-DEPP, évaluation diagnostique à l'entrée de CE2 et de sixième en septembre 2006.

² Les écarts vont de 20 à 60 points pour des scores compris entre 400 et 575 points en compréhension de l'écrit avec un écart moyen à 38 points, ils plafonnent à 20 points pour les mathématiques pour un score compris entre 350 et 550 points, avec un écart moyen à 11 points. Source : Base de données PISA 2006 - OCDE.

l'amplitude des mouvements est très variable selon les pays, les tendances sont toujours valables pour l'immense majorité voire la totalité des pays étudiés. Autrement dit l'intensité de chaque tendance est culturellement déterminée mais pas le sens de celle-ci.

Constater que les compétences en compréhension de l'écrit et en mathématiques suivent une répartition sexuée identique quels que soient les situations culturelles et les systèmes scolaires ne suffit pas à conclure à une différence génétique entre hommes et femmes de ce point de vue ; on peut très bien envisager des mécanismes anthropologiques à l'œuvre par delà les différences culturelles. Pourtant, on ne peut pas *a contrario* s'appuyer sur le fait que « les écarts entre filles comme les écarts entre garçons sont, à l'échelle de la planète, d'une ampleur supérieure aux écarts entre filles et garçons dans un pays donnée »¹ pour en déduire que les inégalités ne relèvent pas de la nature. Quant à la conclusion qu' « il ne s'agit pas là d'un effet des inégalités naturelles, mais d'une mauvaise gestion du capital humain, qui défavorise les filles »², on est en droit de s'inquiéter de ce que la sociologie aurait déconstruit l'idée de nature uniquement pour la remplacer par celle de capital humain.

Il n'est pas sur que la détermination de la part du « naturel » dans la différence des compétences entre hommes et femmes soit si déterminante pour notre propos et j'y reviendrai en conclusion de cette partie. Il est en revanche essentiel de déterminer ce que l'on considère comme des différences et ce que l'on définit comme des inégalités à partir des constats qui viennent d'être rappelés. Mais il faut auparavant se livrer à une synthèse identique sur la façon dont le sexe et le genre influent dans la distribution des états de santé.

Certaines inégalités sont mieux connues que d'autres. On sait ainsi depuis bien longtemps que les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes (7 années supplémentaires d'espérance de vie à la naissance en 2007). On sait moins

¹ C. Baudelot, R. Establet, *L'élitisme républicain, op. cit.*, p. 104

² *Op. cit.*, p. 105.

souvent que les femmes présentent des taux de morbidité supérieurs à ceux des hommes, c'est-à-dire qu'elles sont plus fréquemment, mais moins gravement, malades. Surtout, les hommes et les femmes traduisent différemment en états de santé les hiérarchies sociales et celles des niveaux d'études. Ainsi, à titre d'exemple, l'espérance de vie des hommes cadres dans les années 90 est supérieure de sept ans à celle des ouvriers alors que l'écart n'est « que » de trois ans entre les femmes cadres et les ouvrières. La population masculine semble donc beaucoup plus sensible aux inégalités sociales de santé que la population féminine. En raccourci, les femmes constituent un groupe socialement bien plus égalitaire que celui des hommes. Même lorsque l'on précise que le gradient socio-économique n'a pas exactement le même sens chez les hommes et les femmes car les professions occupées ne sont pas les mêmes, que les typologies professionnelles sont elles-mêmes genrées puisque bâties d'abord à propos des emplois masculins, il n'en reste pas moins que, quelque soit le critère retenu, niveau d'études, accès à tel type de biens ou lieu d'habitation, le gradient social de santé chez les hommes reste toujours beaucoup plus marqué que celui que l'on relève chez les femmes.

Quels schémas explicatifs permettent-ils alors de donner un sens à ces différences ? Comme en éducation, plusieurs ordres de données se combinent mais il est vrai qu'il serait difficile en santé d'escamoter complètement la question du biologique¹ auquel sont pourtant loin de se limiter toutes les différences d'états de santé. La part de la différence naturelle des sexes n'est pas plus facile à évaluer en santé qu'en éducation. On s'accorde à reconnaître un léger avantage biologique au sexe féminin, qui serait notamment perceptible dans les taux de mortalité périnatale sur lesquels les considérations sociales paraissent de peu d'effet, mais sans lui accorder un impact déterminant.

¹ Le fait que les femmes développent des cancers du sein et les hommes des cancers de la prostate peut difficilement être rattaché à un schéma de causalité qui s'émanciperait de la différence biologique des sexes. Mais même pour ces pathologies, la prévalence et les taux de mortalité peuvent varier selon différents éléments culturels et notamment selon le dépistage et la prise en charge médicale des soins. Cf. J. Cohen-Scali, *La décision médicale en situation de controverse*, thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine, Montpellier, 2008.

Autrement dit, si les femmes semblent un peu plus résistantes que les hommes, ceci est loin d'épuiser les écarts de mortalité entre les sexes. Les travaux de démographie historique permettent par ailleurs d'illustrer comment l'écart entre mortalité féminine et masculine évolue selon les périodes. Limité en Europe au XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècle, il évolue ensuite selon les pays et les âges. Alors que la hausse de l'espérance de vie profite plus aux hommes qu'aux femmes au XIX^{ème} siècle, ce qui fait dire à D. Tabutin qu'on peut y voir les conditions de vie particulièrement difficiles endurées par les femmes durant cette période¹, elle devient à partir de 1890 plus favorable à ces dernières. L'écart de mortalité se creuse alors entre hommes et femmes. On peut donc parler d'une surmortalité féminine liée à la reproduction d'une part et aux maladies infectieuses d'autre part. Les femmes, plus que les hommes en Europe bénéficient de la transition démographique qui affecte l'ensemble des populations à la fin du XIX^{ème}. Aujourd'hui, c'est d'abord la surmortalité masculine qu'il convient désormais d'expliquer d'autant plus que les comparaisons internationales montrent que si les femmes vivent partout en moyenne plus longtemps que les hommes, le différentiel va du simple au double entre des pays au niveau de développement comparable. En 2006, la Pologne, la Finlande, la France et le Japon ont ainsi des écarts de mortalité entre hommes et femmes entre 1,6 et 2 fois supérieurs à ceux de l'Islande, de la Nouvelle-Zélande, de la Suède ou des Pays-Bas.²

Le passage par les causes de mortalité est essentiel puisqu'il permet de décomposer le différentiel hommes/femmes non pas directement en causes sociales mais en causes biologiques qui permettent d'atteindre plus ou moins directement des expériences et conditions de vie, expositions, comportements. La surmortalité masculine s'explique ainsi par une surreprésentation chez les hommes des cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures, des accidents de la route, des suicides. A cela, il faut ajouter pour les populations les plus jeunes la part des « traumatismes et empoisonnements ». Pour chacune de ces causes de décès, la variabilité entre pays est importante.

¹ D. Tabutin, « La mortalité féminine en Europe avant 1940 », *Population*, 1, p. 121-148

² OECD Health Data 2009 – année 2006 (dernière année présentant des séries complètes).

Examinons maintenant la morbidité dont on a dit qu'elle était globalement plus importante chez les femmes. J'éviterai les controverses de méthodes et d'enjeux relatifs à la façon de recueillir des données sur la morbidité pour admettre avec P. Aiach que « d'une façon générale, le changement de méthode ne paraît pas introduire une différence globale dans le rapport des fréquences de déclaration entre les sexes »¹. Bien sûr, les taux de morbidité rendent compte des déclarations des individus concernés. Ils englobent donc ce qui pourrait être distingué communément comme « être malade » et « se sentir malade ». Pourtant, on sait depuis Freidson combien une définition qui se penserait comme objective, c'est-à-dire évaluée par un expert en dehors de la perspective individuelle du patient² pose problème. L'objectivité nous est en quelque sorte fournie dans le domaine de la santé par les taux de mortalité. D'autre part, c'est bien le rapport entre l'individu et sa maladie qui est approché par les taux de morbidité. Une fois de plus, la voie qui vise à isoler une dimension sociale pure de toute considération biologique est sans issue : les taux de morbidité et les maladies déclarées par les individus dans les enquêtes nous informent sur les pathologies telles qu'elles sont identifiées par les patients.

Ces précisions permettent au demeurant de dépasser des débats entre une explication de la surmorbidity féminine soit par une surestimation des pathologies par les femmes soit par une souffrance plus importante liée à la domination masculine. Ces débats, rarement explicités en tant que tels mais souvent présent en arrière plan ressemblent par trop à une polémique entre justification et accusation qui nous semble de peu d'intérêt sociologique et surtout empêcher de comprendre les ressorts des mécanismes de différences et d'inégalités. La déclaration d'une pathologie fait figure d'indice composite qui nous renseigne à la fois sur la façon dont chaque groupe est touché, sur la manière dont il identifie le mal, et finalement sur la manière dont il va

¹ P. Aiach, « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales », in P. Aiach, D. Cèbe, G. Cresson, C. Philippe, *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes : ed. de l'ENSP, p. 132.

² Le terme « patient » est utilisé ici dans son acception étymologique première de « celui qui souffre (de...) » et non pas dans son sens plus sociologique de « celui qui est en relation avec le médecin ou avec le système de soins ».

agir. Le rapport entre indice de mortalité et indice de morbidité ne peut être pensé de façon normative mais il est essentiel pour saisir l'appréhension de la maladie et la capacité d'action développée à son égard.

Entrons plus précisément dans la composition de la morbidité déclarée. L'examen des maladies indiquées lors de l'enquête décennale INSEE¹ fait apparaître des tendances que l'on retrouve dans toutes les enquêtes de ce type : un plus grand nombre de maladies déclarés par les femmes (la déclaration un jour donné est de 3,2 maladies pour les femmes et de 2,5 pour les hommes²) qui se vérifie à tous les âges de la vie sauf dans la très petite enfance (la réponse étant fournie dans ce cas par un tiers). Sur les 40 classes proposées, deux sont exclusives d'un sexe (maladies de la ménopause, maladies de la prostate), un quart sont plus souvent déclarées par les hommes (avec un *sex ratio* compris entre 1,1 et 1,3, parmi lesquelles la surdité, les caries dentaires et les cardiopathies ischémiques). Les autres sont plus fréquemment déclarées par les femmes. Parmi ces dernières, les pathologies de la thyro ide, la dépression, l'angoisse et anxiété, les migraines-céphalées, les problèmes veineux et les troubles intestinaux sont désignés au moins deux fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes.

Deux phénomènes semblent être à l'œuvre simultanément : d'une part quelques pathologies assez fortement spécifiques (et nettement plus nombreuses chez les femmes que chez les hommes) ; d'autre part une déclaration plus importante des femmes concernant la plupart des pathologies. Sur ce dernier point, qui constitue le noyau de la surmorbidit  féminine, l'interprétation qu'on lui donne s'inscrit dans le débat sociologique et est en mesure d'alimenter des perspectives applicables à d'autres objets. Nous l'envisagerons après avoir résumé les prolongements directs de la morbidité déclarée en termes de consommation de soins.

¹ C. Allonier, S. Guillaume, C. Sermet, « De quoi souffre-t-on ? Etat des lieux des maladies déclarées en France. Enquête décennale santé INSEE 2002-2003. *Questions d'économie de la santé*, n  123, juin 2007.

² L'ensemble des enquêtes disponibles qui montrent un *sex ratio* compris entre 1,3 et 1,5.

Les femmes, à tous les âges de la vie sauf dans les toutes premières années¹ recourent plus aux soins que les hommes. Les dépenses afférentes sont plus élevées en niveau global et sur tous les postes de dépense ambulatoire : que ce soit pour le recours au généraliste comme au spécialiste, en dépenses d'optique ou de soins dentaires, les écarts sont au plus haut niveau entre 16 et 64 ans et s'amenuisent ensuite. La part des soins de gynécologie-obstétrique est loin d'expliquer à elle seule le différentiel de consommation de soins entre hommes et femmes.

Pour ce qui concerne le recours aux soins hospitaliers, la tendance est moins nette : si le nombre brut d'hospitalisations en court séjour est plus important pour l'ensemble des hommes que pour l'ensemble des femmes, l'excédent est expliqué entièrement par l'âge d'une part et les hospitalisations liées à la grossesse et à l'accouchement d'autre part. A âge équivalent, les femmes sont même moins fréquemment hospitalisées que les hommes jusqu'à l'âge de 13 ans et à partir de 47 ans.²

Résumons-nous en disant que les femmes consomment plus de soins ambulatoires que les hommes, et au sein de ceux-ci vont plus souvent chez le spécialiste, et qu'elles sont moins souvent hospitalisées hors obstétrique. La comparaison par sexe n'est pas sans rappeler la comparaison par catégories sociales, les femmes se comportant par rapport aux hommes comme les cadres par rapport aux ouvriers. Si les tableaux issus des recherches sur les inégalités de santé, aujourd'hui nombreuses contrairement aux décennies précédentes, ne rendent cependant pas lisible ce phénomène, c'est parce que "les traditions de recherche séparent habituellement les travaux sur les différences socio-économiques de santé, d'une part, et ceux sur les différences de santé selon le genre d'autre part"³. K. Hunt et S. Macintyre insistent sur la façon dont le genre modèle les inégalités sociales de santé et sur

¹ Deux hypothèses pourraient être formulées pour expliquer cette exception des premières années : soit la considération de « l'indifférenciation sexuelle » des bébés, soit le fait qu'ils ne décident en rien de leurs soins.

² Source: Base nationale PMSI-MCO 2006, DHOS, ATIH, exploitation DREES et estimations localisées de population au 1er janvier 2006 (estimations janvier 2008), INSEE

³ K. Hunt, S. Macintyre, *Genre et inégalités sociales de santé*, in A. Leclerc, D. Fassin et al, 2000, *op. cit.*, p. 363.

la moindre inégalité sociale chez les femmes, nous insistons quant à nous sur le fait que l'inégalité de genre en santé, justement parce qu'elle n'est pas absolument parallèle à celle du milieu social, doit être analysée en combinaison avec celui-ci.

Pour ce faire, il faut préalablement disperser quelques équivoques relatives à la lecture que l'on peut faire du tableau des inégalités de genre tel que je viens de le résumer. La question est d'autant plus difficile qu'elle est politiquement tendue et qu'elle est arrimée à des présupposés normatifs qu'il va falloir mettre en question.

Si les femmes déclarent plus de maladies que les hommes, qu'elles meurent plus tard et consomment plus de soins ambulatoires et moins de soins hospitaliers, la question qui est posée dans le débat sociologique est celle de la domination des femmes. Puisque l'on sait que les femmes font l'objet de discriminations dans le travail, la sphère domestique, la représentation publique, et que l'on affirme d'autre part que le corps peut être pensé comme un précipité de l'ensemble des conditions sociales auxquelles est confronté chaque individu, il va de soi que l'on s'attend à trouver en santé ce qui serait le pendant de ces inégalités: une situation plutôt défavorable dont on aurait à démonter les ressorts à partir de présupposés issus d'autres champs du social. D'autre part la critique de la médicalisation a montré comment le sexe de façon générale et le corps des femmes en particulier¹ faisaient l'objet d'une appropriation² par la technique et les sciences³. Le mouvement des femmes s'est efforcé d'extraire la maîtrise de la sexualité du champ de la santé et d'émanciper le corps féminin d'une essentialisation biologique qui le contenait dans le registre de la nature.

Pour ces différentes raisons, l'asymétrie des relations des hommes et des femmes avec la santé, illustrée par des indicateurs

¹ Y. Kniebihler, «Le discours médical sur la femme, constante et rupture», *Romantisme*, n°113-14, 1976, pp.41-56. Y. Kniebihler, «La nature dans le code civil», *Annales, ESC*, juillet-août 1974, pp. 824-845 ; D. Gardey, I. Löwy (dir.), *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris : Editions des archives contemporaines, 2000.

² I. Illich, *Nemesis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris: Seuil, 1975.

³ B. Ehrenreich, « Gender and Objectivity in Medicine », *International Journal of Health Services*, 4, 4, 1974.

fortement différenciés, est présupposée en congruence avec les formes habituelles de la domination.

Pourtant, si l'on veut bien ne pas prendre pour argent comptant les hypothèses fondées sur une continuité absolue des domaines de la vie sociale et si l'on accepte de considérer des faits discutés sans les enfermer trop vite dans la boîte de la théorie "qui a fait ses preuves", on peut proposer d'autres formulations ou du moins tenter de rendre compte autrement de cette asymétrie.

Les femmes meurent plus tard que les hommes et à tous les âges de la vie le taux de mortalité masculine est supérieur à celui des femmes. Il est difficile de ne faire aucun cas d'une telle différence et comment considérer que ces quatre à huit années de vie qui séparent les femmes des hommes selon les pays devraient être comptées pour quantité négligeable ? Lorsque l'espérance de vie sépare ouvriers et cadres, tout les analystes s'accordent à reconnaître l'importance de l'indication qui nous est fournie. Par cette quantité de vie, c'est un ensemble de données agglomérées qui se donne à voir : conditions d'existence, comportements individuels, exposition aux risques, hasard génétique... J'en appelle ici à de la symétrie dans l'analyse. Si l'indicateur d'espérance de vie constitue une indication socialement valide, et nous avons toutes les raisons de considérer que c'est le cas, alors il doit pouvoir être testé dans toutes les situations et quels que soient les groupes considérés. Il n'est pas besoin de revenir ici sur l'argument de la biologie selon lequel les femmes seraient programmées pour vivre plus longtemps que les hommes. On sait que, sans être totalement infondé, son pouvoir explicatif est considérablement limité par la variabilité culturelle du différentiel d'espérance de vie entre hommes et femmes. Si la différence génétique expliquait à elles seule les différences d'états de santé, il faudrait alors fermer définitivement le chapitre inégalités de la sociologie de la santé.

Ces années de vie qui séparent les uns et les autres doivent donc être prises au sérieux. Différence ou inégalité ? Là encore,

et si l'on admet qu'il ne s'agit pas simplement d'un fait de nature¹, comment éluder l'avantage que constitue une vie plus longue ? Certains s'y essaient pourtant en distinguant nombre d'années et qualité de vie. P. Aiach, examine l'écart grandissant entre espérance de vie des femmes et des hommes au XX^{ème} siècle sous une forme paradoxale: "ce gain de vie, ce bénéfice obtenu par les femmes en termes d'années de vie en plus, aux âges les plus élevés, vécues souvent dans la solitude, la maladie et la souffrance n'est pas vraiment un bienfait. Ce serait même, d'une certaine façon, un mauvais tour que leur aurait joué le destin."² et plus loin : "Peut-être, peut-on y voir une forme de revanche féminine; revanche bien amère ou trompeuse, si l'on songe à ce que cette différence recouvre de souffrances endurées par celles qui survivent douloureusement à leur compagnon de vie".³

Autrement dit les années de vie vécues par les femmes dans le grand âge n'auraient pas la même valeur que d'autres années de vie; elles pourraient même avoir une valeur négative. Cette évaluation est d'autant plus déroutante que les travaux sur la vieillesse montrent les enjeux et les difficultés de la massification de cet âge de la vie caractéristique de nos sociétés développées⁴ et que la notion d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) a justement permis de mesurer en quoi un allongement de la vie n'allait pas de pair avec un déclin de la qualité⁵. On sait aujourd'hui que l'EVSI progresse plus vite que l'espérance de vie⁶ et, sans méconnaître les implications sociales du grand âge qui ont mécaniquement plus d'effet sur les femmes que sur les hommes⁷, on ne peut aussi abruptement décider que les années

¹ La question de savoir si le caractère naturel, ou en partie naturel, d'une différence lui interdit ou non d'être classé comme inégalité est une question classique de philosophie de la justice. Elle sera évoquée à la fin de ce texte.

² P. Aiach, 2001, *op. cit.*, p. 122

³ P. Aiach, 2001, *op. cit.*, p. 143.

⁴ J. Bourdelais, L'âge de la vieillesse, Histoire du vieillissement de la Population, Paris : Ed. Odile Jacob, 1994.

⁵ J. Dupâquier (dir.), L'Espérance de vie sans incapacité. Faits et tendances, premières tentatives d'explication, Paris: PUF, 1997.

⁶ E. Cambois, A. Clavel, J.M. Robine, L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter, *Dossiers Solidarité et santé*, n°2, avr-juin 2006, p. 7-22.

⁷ Le ratio de l'espérance de vie sans incapacité sur l'espérance de vie peut être calculé à chaque âge de la vie et comparé selon le sexe. En 2003, il était à 65 ans pour les hommes de 79% et pour les femmes de 75%. (enquête ESSM, 2002-2003) Cette différence est donc très loin de "compenser" la différence brute d'espérance de vie entre hommes et femmes.

de vie en plus ou en moins vaudraient pour comparer les catégories professionnelles mais devraient être interprétées à l'inverse en ce qui concerne les hommes et les femmes.¹ Au moins faut-il reconnaître à P. Aïach le mérite d'avoir tenté d'établir le passage entre un fait, fût-il contrariant, et une théorie dominante quant il s'agit de penser les inégalités en santé. Trop souvent l'espérance de vie différentielle hommes/femmes constitue un point aveugle des schémas d'interprétation.

Considérant désormais qu'il n'y a aucune raison pertinente qui nous conduirait à rejeter la valeur l'indicateur d'espérance de vie, voyons comment articuler celui-ci à ce que nous savons de la morbidité (dont on rappelle qu'elle est fondée sur l'estimation des individus de leur propre état de santé) et de la consommation de soins qui lui est fortement liée. Et d'abord ces deux indicateurs doivent-ils, peuvent-ils, être compris ensemble ? Là encore, le statut qui doit être accordé à l'un et à l'autre des deux termes ainsi que leur liaison fait débat. Une conception objectiviste défend la primauté du premier alors qu'une perspective accordant à la voix de la personne malade le cœur de l'analyse s'appuie sur le second. Précisons que ce débat traverse la sociologie et traverse également la médecine. Nous verrons plus loin qu'il est loin de se limiter à la santé et que c'est bien une manière d'analyser le monde qui est en jeu et également une façon de penser l'action.

Les tenants de l'objectivité et de la science comme meilleur support de celle-ci insistent sur le fait que la mortalité est un indice sur (même si, comme nous venons de le voir, on lui accorde parfois moins d'importance lorsqu'il ne confirme par les principes de domination qui avaient été anticipés) et il serait bien difficile de ne pas les suivre sur ce terrain. Comment ne pas reconnaître en effet que, même sans sacrifier la vie, on a rarement à notre disposition en sociologie d'indicateur aussi marquant que celui-ci.

Simultanément la perception de la maladie, l'identification de ce qui est ou n'est pas une gêne dans la vie, de ce qui permet ou non de se réaliser, ne peut pas être laissé de côté par la sociologie

¹ Sauf à considérer ingénument, comme la dernière partie de la phrase citée nous y engage, que si la vie des femmes dans le grand âge ne vaut plus grand chose, c'est d'abord parce que les hommes ne sont plus là.

sauf à considérer que nos comptes-rendus n'ont rien à voir avec le vécu des individus et qu'ils n'ont pas à rendre compte des orientations de l'action.

La difficulté tient donc dans la façon d'articuler ces deux ordres de réalité que sont mortalité mesurée et morbidité perçue. D. Fassin, commentant l'article de L. Boltanski sur les usages sociaux du corps, réfute l'idée même de les penser ensemble : « D'un côté, la mortalité objective bien, et de la manière la plus forte qui soit, l'aboutissement des processus par lesquels des conditions et des modes de vie déterminent la mort prématurée des catégories défavorisées. De l'autre côté, en revanche, la consommation médicale n'est aucunement liée à la gravité de l'état de santé, car pour l'essentiel, elle correspond à des symptômes ne mettant pas en cause le pronostic vital : les douleurs de dos, les maux de tête, la tension basse, le mal de ventre, le sentiment d'anxiété, les vertiges, les insomnies sont les troubles qui donnent le plus fréquemment lieu à une consultation. Il n'y a donc pas de sens à mettre en parallèles deux indicateurs qui, par-delà l'apparente similitude qu'en perçoit le sens commun, relevant d'ordre de réalité différents »¹. La sociologie, en s'intéressant à la santé, serait-elle condamnée, comme la clinique de la fin du XVIII^{ème} siècle analysée par Foucault², à comprendre la vie en portant son regard sur la mort ?

En dissociant la mortalité de la morbidité perçue ou de la consommation de soins, peut-on séparer le bon grain du pronostic vital de l'ivraie du malaise existentiel et pour tout dire de la psychologie ? Rien n'est moins sûr car ce n'est que par la considération du symptôme, de la plainte, qu'apparaît la pathologie et surtout parce qu'on perdrait en puissance explicative à ne pas mettre en relation morbidité et mortalité.

Le fait que la différence entre hommes et femmes se joue à la fois sur le terrain de la mortalité et sur celui de la morbidité, à fronts apparemment renversés, ne nous semble ni incongru, ni paradoxal ni anecdotique. Il nous oblige seulement à produire un compte-rendu plus complexe en admettant que mortalité et

¹ D. Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris : PUF, 1996, p. 111-112.

² M. Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris : PUF, 1963.

morbidité ne fonctionnent pas dans le même sens. Il faut donc considérer avec le plus grand sérieux l'assertion : les femmes meurent plus tard et elles sont plus malades que les hommes. Non pas avec commisération (elles seraient plus sensibles à leur corps, autrement dit plus fragiles voire plus faibles), ni avec la condescendance qu'on doit aux dominé(e)s (elles seraient plus dominées, mais d'une domination symbolique qui n'imprime pas sa marque sur les corps en termes de mortalité) ; pas non plus par l'élucidation d'un rapport de causalité qui serait excessif (les femmes mourraient plus tard parce qu'elles sont plus souvent malades, donc plus souvent et plus tôt soignées). Si ce dernier lien est avéré, il n'explique à lui seul qu'une faible part du différentiel de mortalité entre les genres. Il présuppose par ailleurs un impact de la consommation de soins sur la mortalité que la majorité des enquêtes ont plutôt tendance à minimiser.

La mise en relation d'un lien entre mortalité, morbidité déclarée et consommation de soins nécessite de s'extraire de l'idée même de paradoxe en questionnant les termes à mettre en relation. Non, la morbidité déclarée n'est pas l'inverse de la mortalité et l'approche historique en est la meilleure illustration. Depuis le XVII^{ème} siècle l'espérance de vie ne cesse de croître en Europe parallèlement à l'identification de pathologies toujours plus nombreuses. L'écart entre hommes et femmes sur ces deux plans montre à la fois le sens d'une évolution et la place des unes et des autres dans celle-ci. Dans ce mouvement, les femmes sont en quelque sorte en avance parce qu'elles meurent plus tard mais également parce qu'elles déclarent plus de maladies. On oserait presque dire que sur ce plan elles apparaissent plus modernes que les hommes. A la fois plus malades et plus en bonne santé, parce que la santé n'est pas aujourd'hui l'exact opposé de la maladie mais plutôt une manière de vivre avec, de l'aménager en la reconnaissant, la prévoyant et la traitant. Parler de construction sociale de la maladie n'est pas une argutie théorique. Ainsi que le signifiait déjà Freidson dans la continuité de la théorie du *labelling*, la maladie n'existe que parce qu'elle est nommée. A condition de préciser que cette désignation, cette identification, n'est pas le fait du seul professionnel mais d'abord de l'individu qui interprète les signes du corps, qui produit sa propre sémiologie. Comme l'ont abondamment montré A.

Strauss avec le travail du patient à l'hôpital¹ ou N. Dodier à partir de l'expertise des médecins du travail², le travail de l'expert ne s'exerce pas dans une objectivité distanciée du travail du patient.

Le constat des écarts entre sexes sur la mortalité et sur la morbidité déclarée et la consommation de soins a le mérite de nous contraindre à décomposer ce qui est de l'ordre non seulement des effets du social sur le corps des femmes et des hommes mais aussi une part de ce qu'est leur action pour maîtriser ces effets.

En procédant de la sorte, les inégalités de santé qui paraissent largement subies par les individus, que ce soit par des environnements de vie, des expositions, des comportements deviennent aussi des objets d'action. La santé n'apparaît plus seulement comme la marque du social sur les corps mais également comme une manière de s'impliquer dans celui-ci. Le genre apparaît dès lors non pas seulement comme la situation réservée aux femmes ou aux hommes mais également comme capacité à définir le rapport à son corps. Ce n'est pas seulement sur le premier point que l'on constate une asymétrie de genre mais également sur le second. Les femmes apparaissent globalement plus actives dans le travail de maîtrise de leur corps et ce qui est souvent décrit comme une aliénation (au désir de l'homme, à une conformité à un rôle féminin, à l'éternel féminin) et donc une faiblesse devient dans le domaine de la santé une force.

L'autre mérite de la prise compte de la dimension du genre pour travailler les inégalités de santé est de désenclaver le social d'une dimension hiérarchique unique fondée sur la catégorie socioprofessionnelle ou sur le niveau d'études. En effet, si c'est bien un enjeu de la sociologie que d'extirper les catégories d'une définition par la nature, ce n'est pas nécessairement pour les faire rentrer de force dans une grille d'explication hiérarchique et linéaire préalablement définie.

¹ A. Strauss, S. Fagerhaugh, B. Suczek, C. Wiener, *Social Organization of Medical Work*, Chicago and London : The University of Chicago Press, 1985.

² N. Dodier, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris : Métailié, 1993.

Qu'en est-il concrètement pour un indicateur simple comme celui de l'espérance de vie ? Les ouvriers vivent moins longtemps que les cadres hommes qui eux-mêmes sont situés en dessous des ouvrières et des femmes cadres au sommet. Cette représentation graphique n'apparaît pourtant à ma connaissance dans aucun ouvrage même si les chiffres sont disponibles car elle brouille les cartes des inégalités bien comprises¹, identifiées et stabilisées même quand elle font l'objet d'analyses critiques. Les hommes et les femmes continuent à être traités dans des tableaux distincts et ceci d'autant plus quand sont considérées les catégories sociales. Pourtant un individu n'est pas femme ou homme, ouvrier ou cadre ; ses identités (celles-là et bien d'autres encore) se combinent entre elles pour produire une personne concrète. Trivialité ? Certes. Nécessité graphique de présentation des données sous des formes binaires plus aisées à interpréter ? Surement. Pourtant, nous ne pouvons éluder la nécessité de rendre compte de hiérarchies plus complexes même si elles apparaissent moins saisissantes.

Comparer les inégalités

Le XX^{ème} siècle est celui de l'accès, de l'ouverture, de la démocratisation et de l'unification des institutions. Ce qui est vrai pour l'école l'est également pour le système sanitaire. Par vagues successives, l'école et l'hôpital deviennent des lieux accueillant, de façon toujours plus indifférenciée les membres des catégories sociales au sein des mêmes enceintes et des mêmes salles. De même que les filières scolaires s'unifient (1947, 1963, 1975), la sécurité sociale (1945) et l'hôpital moderne (1958) marquent

¹ Les termes utilisés aussi bien en santé qu'en éducation pour parler des inégalités selon le genre font souvent montre d'une éloquente indécision. Deux exemples entre mille autres : « les succès *ambivalents* des filles » (A. Barrere, N. Sembel, *Sociologie de l'éducation*, Paris : Nathan, 1998, p. 54) ; « femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences *paradoxaes* » (P. Aiach, 2000, *op. cit.*)

l'entrée de la santé dans un système unifié où ont été abolies les frontières de classes.

La sociologie, plus précocement en éducation qu'en santé, tente d'élucider dans quelle mesure l'ouverture formelle des institutions se traduit en égalisation des conditions. C'est l'écart à un idéal d'égalité qui devient l'objet du travail sociologique. Après avoir postulé dans la première modernité que les institutions étaient le garant de l'émancipation, le retournement du modèle fait de celles-ci le garant de l'ordre social au prix d'une domination d'autant plus forte qu'elle fait passer le social pour naturel (idéologie du don, ou domination médicale au nom de la lutte contre la pathologie). On ouvre donc la boîte noire et depuis quarante ans les rouages de la mécanique des inégalités sont démontés minutieusement les uns après les autres. Questions d'échelle et de perspective, selon la manière dont se porte le regard, les inégalités face à la santé et face à l'éducation sont jugées considérables ou limitées. Puissance de l'informatique et comparaisons internationales aidant, les niveaux de connaissance et de réflexivité sur les mécanismes à l'œuvre sont toujours plus élevés. Appareil statistique public, sociologues, épidémiologistes et grands organismes internationaux contribuent non seulement à produire mais également à diffuser un savoir argumenté fondé sur une technicité qui s'est fortement accrue en quelques décennies. Désormais nul, surtout s'il exerce dans l'un de ces domaines¹, n'est censé ignorer que le programme institutionnel a des ratés, que la machine qui devait intégrer est pourvoyeuse d'inégalités, bref que le projet intégrateur de Durkheim et de Parsons tenait plus du modèle mythique que de la réalité. Les sciences sociales et la sociologie en particulier jouent là un rôle considérable puisqu'elles se valident par la mise en scène critique de l'objet *inégalités sociales*. Non seulement les inégalités sont effectives et mesurables mais on peut désormais les affecter uniquement à des considérations sociales.

¹ Les Conseillers principaux d'éducation (CPE) ont un programme de concours dans lequel ces questions sont déterminantes, les enseignants y sont formés également, les médecins ont vu depuis 1992 l'introduction d'un programme de sciences humaines et sociales et la rentrée 2010 verra la santé publique ainsi que les bases des biostatistiques enseignées dès la première année des études communes aux futurs médecins, pharmaciens, dentistes et sages-femmes.

La littérature critique sur l'école est considérable, celle sur la santé un peu moins mais les affaires de santé publique¹ ont contribué à montrer que l'emboîtement harmonieux du social sur le biologique n'allait pas de soi et que le social était fait d'intérêts, de pouvoir, de lobbies, de dysfonctionnements... Mais surtout l'égalité attendue n'est pas au rendez-vous. L'accès à tous est loin de garantir la démocratisation escomptée. Le programme institutionnel a-t-il failli ? rien n'est moins sûr mais l'horizon recule à mesure que de nouvelles catégories intègrent le système et qu'il se donne de nouveaux enjeux. Loin de permettre l'égalité de tous, la démocratisation semble au contraire porter en elle-même les germes d'inégalités renouvelées.

On peut trouver des raisons de pencher plutôt du côté de l'optimisme en valorisant les effets de la démocratisation² ou bien se tourner vers la critique en s'inquiétant d'une situation française plus dégradée que celle de ses partenaires³ voire de la fin d'un monde qui aurait été ouvert avec les lumières, mais chacun de constater que les inégalités sont retorses, qu'aucune politique n'en vient à bout... tout en proposant des pistes pour l'élaboration de nouveaux remèdes, c'est à dire de renouer avec un programme dont on estime qu'il serait menacé ou interrompu.

Au-delà de l'évaluation de l'amplitude des inégalités, plusieurs débats traversent simultanément le champ de l'éducation et de la santé concernant à la fois l'identification des lieux de production des inégalités et l'implication des institutions dans la gestion de celles-ci, le statut à accorder aux déterminants individuels et collectifs, le type de compte-rendu qui peut en être fait et finalement les propositions qui en sont inférées du point de vue de l'action. Examinons les successivement en

¹ On peut ranger dans celles-ci des situations aussi différentes que l'affaire du sang contaminé, celle de l'hormone de croissance, la gestion de la crise de l'ESB (vache folle) et celle de la canicule. L'affaire de l'amiante n'est pas celle qui a fait couler le plus d'encre mais c'est à coup sûr elle qui a les effets les plus importants en matière de santé publique et en matière d'inégalités sociales.

² E. Maurin, *La nouvelle question scolaire. Les bénéfices de la démocratisation*, Paris : Seuil, 2007.

³ C. Baudelot, R. Establet, 2009, *op.cit.* ; J. de Kervasdoué (ed), *La crise des professions de santé*, Paris : Dunod, 2003.

mettant l'accent sur les formes qu'ils prennent dans l'un et l'autre domaine.

En santé comme en éducation, la sociologie des inégalités travaille d'abord sur des résultats et traque des effets. Le propos vise donc d'abord à localiser les lieux et à identifier les mécanismes qui conditionnent ces résultats. L'examen de la fabrique des inégalités se concentre selon les époques sur des étapes précises d'un processus de construction qui se potentialise au cours du temps. Mesurer des taux de mortalité ou des niveaux de compétence, c'est approcher à très gros traits les effets cumulés d'une multitude de paramètres qui se succèdent dans la vie des individus. Dans ce travail, les approches de la santé et de l'éducation divergent d'abord du fait du moment historique dans lequel elles prennent naissance. D'un côté, c'est l'école qui est placée sous le feu des projecteurs et auscultée dans ses moindres recoins, de l'autre le système sanitaire, après avoir été désigné comme vecteur essentiel des inégalités de santé dans les années 1970, est rapidement considéré comme part quasiment marginale de la question. Peut-être faut-il voir là un des effets de la lutte menée par la santé publique pour s'imposer au sein du champ médical comme discipline légitime face à une pratique clinique triomphante.

Cette polarisation est lourde d'effets : pendant des décennies, l'école est au centre du débat sur les effets de l'éducation. Dans la continuité du postulat durkheimien de centralité de l'école dans la fabrique du social, la pensée critique ne remet pas en cause ce principe mais inverse la polarité des valeurs. En décomposant les impacts de chaque phase et de chaque aiguillage dans les trajectoires des élèves, c'est encore l'école qui est au cœur de l'analyse. Dans la dernière période, l'école ne perd pas sa centralité mais elle apparaît comme instrumentalisée par des stratégies familiales qui apparaissent dès lors comme facteurs d'une inégalité renouvelée.

Pour la santé, un champ d'études moins constitué et une position moins dominante sépare l'analyse des inégalités de santé en une position de sociologie générale dans laquelle la santé apparaît comme le témoin du caractère inégalitaire des sociétés humaines (« l'inscription du social sur les corps »), et d'autre part

l'identification épidémiologique des causes sociales qui expliquent la prévalence différentielle de chacune des pathologies. Le système sanitaire, sous l'angle de l'inégalité de l'accès et de la consommation de soins, apparaît sporadiquement comme intervenant dans la genèse des inégalités sans jamais acquérir la centralité qui est celle de l'école.

Les débats d'interprétation entre domination et acteur rationnel après avoir fortement polarisé le champ de l'éducation prennent en santé la forme d'une classique dualité entre conditions de vie et comportements, ils trouvent une voie particulière d'expression autour de conduites considérées comme « à risques » après avoir été considérées comme ordinaires voire traditionnelles. En effet, que des conditions de vie, de travail notamment, distinguent les catégories professionnelles et se traduisent en effets majeurs sur la santé, cela ne fait pas débat. En revanche la question devient plus complexe pour ce qui a trait aux comportements dits individuels. La bataille du tabac fait rage entre expression du libre arbitre des individus et comportement culturel. Les savoirs accumulés sur le tabagisme et la liaison de ce dernier avec la survenue de cancers bronchopulmonaires établie depuis les années 50, produisent des effets sociaux en terme de consommation différenciée. La diminution du nombre de fumeurs dans toutes les catégories sociales mais plus forte dans les catégories supérieures apparaît comme un effet induit d'un savoir nouveau. L'étude comparée de la prévalence du tabagisme entre différentes catégories d'âge montre un renforcement du gradient social chez les jeunes générations d'hommes. Chez les femmes, deux tendances sont à l'œuvre simultanément : celle d'un rattrapage des hommes qui se traduit par un gradient social inverse (les femmes des catégories supérieures fument plus) et celle, plus tardive, d'une normalisation sociale avec une diminution plus forte chez les catégories supérieures. La comparaison entre pays européens¹ montre ainsi des phases dans l'histoire de la consommation tabagique puisque l'ensemble du mouvement est aussi très

¹ AEJM. Cavellaars, AE Kunst, JJM Geurts et al, « Educational differences in smoking : international comparison », *British Medical Journal*, 320, 2000, p. 1102-1107.

nettement différencié entre Europe du nord plus précoce et Europe du sud.

Ce débat n'est pas sans lien avec les thématiques des cultures populaires à l'école. Moins efficaces parce que moins performantes en termes de construction du savoir ou parce que dans une moindre connivence avec la culture scolaire ? Pourtant, en santé, ce raisonnement est rarement tenu jusqu'à son terme car le social vient en quelque sorte buter contre le biologique. Il faudrait alors tenir la position de la légitimation d'une vie plus courte par l'appartenance culturelle. C'est toute la question de la polysémie de la notion de capital culturel qui est en jeu ici.

Le deuxième débat qui traverse les analyses de la santé et de l'éducation est celui qui oppose une vision hiérarchique, linéaire et verticale du monde social à une autre, horizontale appuyée sur une représentation discontinue de la société. Il va de soi que l'idée même d'inégalité renvoie au premier terme, dans la mesure où toute analyse de ce type est fondée sur des chiffres, valeurs continues qui permettent de calculer des indicateurs statistiques alors que le terme de justice réfère au second par une caractérisation binaire en juste et injuste. Remarquons cependant que les affirmations préliminaires qui, dans de nombreux articles, défendent la notion de gradient social par rapport à celle d'exclusion, de vulnérabilité ou de précarité, n'empêchent pas toujours les auteurs de construire le raisonnement à partir de l'examen de la catégorie située au plus bas dans l'échelle hiérarchique. Sur ce terrain, des pétitions de principe renvoient à des positionnements théoriques plus souvent qu'à des cadres effectifs d'analyse du réel. Il n'en reste pas moins que, malgré la dominance d'une position fondée sur la continuité des inégalités et sur la priorité à accorder aux causes sociales par rapport à la consommation de soins, c'est bien la prise en compte de la précarité qui donne lieu à l'élaboration du dispositif de la couverture maladie universelle (2000). Les chiffres, pour cette fois, sont mobilisés autrement que pour étayer le gradient social. La distinction des individus selon leur mode de couverture sociale (et en particulier la présence ou non d'une couverture complémentaire) faisant apparaître très clairement une fracture dans le recours au médecin généraliste aussi bien que spécialiste

non plus entre catégories socioprofessionnelles mais à l'intérieur de chaque catégorie entre ceux qui sont bien couverts et les autres¹. En santé, la polarisation sur les inégalités, malgré sa montée en puissance dans la dernière décennie, reste toujours moins articulée sur l'action et les politiques publiques qu'une approche par problèmes voire par populations cibles, mode de pensée caractérisant la médecine clinique et la santé publique.

A l'école, c'est longtemps la thèse de la reproduction qui l'emporte, et elle reste toujours vivace. Par définition, elle s'appuie sur une vision linéaire et hiérarchique : schématiquement, elle tend à confirmer la similarité entre le classement avant l'école (mesuré par la position sociale des parents) et le classement à la sortie du système scolaire. L'illettrisme, l'échec scolaire, le décrochage deviennent certes objets d'études et enjeux sociaux, témoignant d'approches moins linéaires, mais ils ne parviennent jamais à acquérir le statut de questions d'ordre général qui informeraient au-delà d'une population spécifique.

Il faut donc expliquer cette dominance : Choix théorique d'une approche par rapport à une autre ? la réponse par la primauté des déterminismes sociaux sur la rationalité individuelle nous apparaît au final faiblement explicative du succès toujours actif de cette thèse, d'autant plus que, même si on les a beaucoup opposés, il est loin de n'y avoir que des oppositions entre Bourdieu et Boudon sur le statut de l'école². Lorsque ce dernier écrit que « la survie d'un individu dans le système scolaire lui-même ou dans une filière particulière du système scolaire, dépend d'un processus de décision dont les paramètres sont des fonctions de la position sociale ou position de classe. De par leur position, les individus ou les familles ont une estimation différente des coûts, risques et bénéfices anticipés qui s'attachent à une décision »³, est-on si loin de l'habitus ? La distinction de l'explication par l'héritage culturel d'une explication par la position sociale est loin d'être négligeable mais on peut faire l'hypothèse que ce n'est pas à partir de là que peut être compris le succès de la thèse de la reproduction qui est d'abord une thèse

¹ Enquête sur la Santé et la Protection Sociale (ESPS) 1992-1995, INSEE.

² La parenté sur ce point entre Bourdieu et Passeron d'une part et Boudon de l'autre a été relevée notamment par J.M. Berthelot, *Le piège scolaire*, Paris : PUF, 1983.

³ R. Boudon, *L'inégalité des chances*, Paris : Hachette, 1984, p. 117.

du classement. Ce qui est premier dans ces analyses, qui les unit au-delà de leurs différences et qui continue à dominer à la fois le champ sociologique et les analyses ordinaires sur le système scolaire, c'est que l'école, tel un énarque ou un polytechnicien à l'issue de son cursus¹, devrait d'abord être pensée, évaluée, notée en fonction du classement de sortie qu'elle produit.

L'analyse par le classement, et uniquement par le classement, se trouve toujours en porte-à-faux lorsque plusieurs types de catégories se croisent. On a ainsi vu comment la prise en compte du genre, mais il en irait de même pour la variable ethnique, interroge les modes d'interprétation des inégalités. Une théorie de la domination masculine peine à rendre compte des meilleurs résultats scolaires ou des meilleurs indicateurs de santé des femmes alors que la théorie de l'acteur rationnel explique difficilement le hiatus entre le niveau scolaire des filles et leur faible représentation dans les filières scientifiques prestigieuses ou la surmorbidity déclarée des femmes par rapport aux hommes.

Le troisième débat est plus lourd car il engage la définition même de l'objet et le statut qui est accordé au social. A ce titre il conditionne les autres débats et fait des inégalités l'enjeu d'un conflit d'orientations entre acteurs. Il nous est donné à voir de la façon la plus nette à propos de la constitution de la santé publique comme mode original de lecture de l'action en santé mais c'est un schéma identique qui peut être appliqué pour comprendre la place accordée aux inégalités dans le champ de l'éducation. C'est donc un regard sur la santé qui me permettra de proposer une lecture originale du champ de l'éducation.

On a vu comment les inégalités sociales de santé sont devenues récemment un objet de recherche et comment c'est la santé publique, autour de l'épidémiologie et des biostatistiques, qui le fait émerger. Si on fait porter l'analyse non plus sur le contenu des travaux et donc sur la mesure des inégalités, mais sur les formes de légitimation d'un domaine de recherche, il

¹ Il est peut-être encourageant que le classement de sortie de l'ENA soit supprimé à partir de 2009.

apparaît que la thématique des inégalités sociales de santé accompagne le développement de la santé publique moderne et qu'elle en constitue même un des appuis. On connaît les racines de cette discipline naissante qui puisent à l'hygiénisme et à la médecine sociale du XIX^{ème} siècle et l'on sait comment l'avènement de la clinique et de la thérapeutique ont marginalisé cette hygiène sociale au XX^{ème}. La critique de la médecine qui se développe au début des années 1970 à partir de travaux sociologiques potentialisée par la puissance de calcul contenue dans la biostatistique moderne va ouvrir le champ à un regard sur la santé qui s'émancipe de l'individu malade, du corps, et du soin pour valoriser les notions de santé et de population.

Il faut cependant se garder d'une critique trop hâtive de la santé publique qui se fonderait sur les notions de contrôle social¹, d'eugénisme² ou d'utopie³. Recourir à la notion de biopouvoir est sans aucun doute légitime pour analyser l'émergence et la recomposition de la santé publique, mais diaboliser toute politique de dépistage ou repérer à tout va des propensions totalitaires relève plutôt de l'exercice de style. L'idéal de santé publique n'est plus aujourd'hui indexé sur une morale conservatrice, il s'oppose même fréquemment à cette dernière : on peut ainsi parler de victoire de ce qui devient un impératif lorsque en 1984 est autorisée la vente libre de seringues et mis fin à l'interdiction de publicité sur les préservatifs. Si les vieux habits d'une médecine des populations courent toujours le risque d'être de nouveau endossés, les modes de raisonnement se sont profondément modifiés. On suivra D. Fassin quand il identifie les orientations de la santé publique contemporaine comme une manière d'effectuer des choix moraux et qualifie la

¹ P. Lecorps, J.B. Paturet, *Santé publique. Du biopouvoir à la démocratie*. Rennes : ed. de l'ENSP, 1999.

² La figure d'Alexis Carrel illustre cette dérive. Chirurgien et biologiste, il reçoit le prix Nobel en 1912 et publie en 1935 un ouvrage qui restera célèbre dans lequel il développe des thèses eugénistes qu'il associe au catholicisme : « substituer des concepts scientifiques de la vie aux anciennes idéologies ; développer harmonieusement dans chaque individu toutes ses potentialités héréditaires ; supprimer les classes sociales et les remplacer par des classes biologiques, la biocratie au lieu de la démocratie ; rendre les hommes aptes à se conduire rationnellement : la fraternité, la loi de l'amour ; le but de la vie n'est pas le profit ». *L'homme, cet inconnu*, Paris : Plon, 1935, p. 235.

³ L. Sfez, *La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*, Paris : Seuil, 1995.

discipline de « pragmatique »¹ ; en revanche, il nous paraît moins sur qu'elle doive être considérée essentiellement comme une « rhétorique ». Toujours est-il que la santé publique est par définition une discipline organisée autour du bien, de la bonne santé de tous. Les inégalités sociales de santé constituent pour cette discipline un point de force face à la médecine clinique et à la thérapeutique. Donner à voir ces inégalités, c'est démontrer que l'investissement considérable investi ce dernier demi-siècle dans le traitement de la maladie et donc dans la médecine curative ne réussit pas à garantir la protection que nos Etats providence avaient promise. Si le traitement du biologique par les sciences de la nature ne peut à lui seul assurer cette protection, c'est qu'il faut lui adjoindre une ressource d'une autre nature et qui ne peut être réduite aux sciences de la vie : le social.

Les inégalités sociales de santé deviennent ainsi un objet construit par la santé publique avec l'aide de la sociologie.

Préoccupée aujourd'hui de lutte contre les discriminations, d'exclusion, d'humanaire, de répartition équitable des ressources, la santé publique s'oppose à la médecine clinique par trois de ses caractéristiques : son objet (risque *vs* maladie), son public (intérêt général *vs* intérêt particulier) et le temps de son action (prévention *vs* traitement). Tirant sa légitimité de la défense de l'intérêt général, elle allie aujourd'hui à la force argumentative une puissance institutionnelle notamment avec la mise en place des agences de santé ces dix dernières années. Portée par ce mouvement, la préoccupation des inégalités de santé se voit aujourd'hui clairement identifiée à tous les niveaux de l'action publique ; ce qui ne signifie pas que des modes d'action efficaces pour réduire celles-ci aient été clairement identifiés² ni qu'ils le seront un jour.

¹ D. Fassin, « Au cœur de la cité salubre. La santé publique entre le mots et les choses », *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris : Balland, 2001, p. 47-73

²A. Leclerc, M. Kaminski, T. Lang, 2008, *op. cit.*, Le chapitre 15 « réduire les inégalités sociales de santé , les interventions » montre que, si les propos programmatiques ont souvent souligné le retard de la France dans l'identification des inégalités sociales de santé, les pays habituellement définis comme les plus avancés de ce point de vue montrent aussi une grande faiblesse dans leur capacité à réduire effectivement ces inégalités. De même JP Mackenbach, conclut-il ainsi après des années de recherche sur les inégalités en Europe : « The persistence of large health inequalities in all countries with available data, including countries with long-standing social, health care and other

Est-ce un mécanisme si différent que celui que la théorie de la reproduction fait en quelque sorte subir à l'école ? L'éducation est certes déjà pensée comme un processus social et on a vu comment Durkheim avait intégré les enjeux psychologiques, pédagogiques et sociaux mais c'est une étape supplémentaire qui est franchie au milieu des années 1960 par l'analyse de Bourdieu et Passeron qui font de l'école une réalité exclusivement sociale. L'école elle-même importe d'ailleurs peu et ce qui compte d'abord dans cette analyse, c'est que le social devient un niveau d'analyse exclusif de tous les autres qui fonde une sorte de sociologie totale. On sait le sort qui est réservé à ceux qui en appellent à des changements ou des alternatives pédagogiques : par le fait même qu'ils pourraient faire accroire qu'il y a une voie de sortie de l'analyse vers d'autres horizons, ils participeraient activement au processus de reproduction. Ce n'est pas tant que l'école reproduise qui constitue l'originalité du propos. Aujourd'hui comme il y a quarante ans, peut-on d'ailleurs s'en étonner ? Non, ce qui est déterminant, c'est que l'école ne fasse que reproduire et que c'est là sa fonction unique.

L'enjeu de cette théorie, qui doit être vue comme un véritable coup de force, c'est donc bien l'appropriation de l'école par une théorie du social. Face aux enseignants, aux formateurs, aux pédagogues, aux politiques, le message est clair : l'école est du social, elle n'est que du social et le social est plus fort que tous les autres registres d'analyse : plus englobant, il incorpore sa propre critique et désamorce par avance toute alternative.

Ce mouvement ne se situe pas seulement dans l'espace analytique. Si on lui applique ses propres catégories d'analyse, on peut dire qu'il vise, et réussit dans une large mesure, une prise du pouvoir symbolique sur l'école. Désormais l'école devra être pensée à l'aune de la reproduction.

policies aimed at creating more equality in welfare, underscores the fact that these inequalities must be deeply rooted in the social stratification systems of modern societies. It warns against unrealistic expectations of a substantial reduction in health inequalities within a short period of time, and using conventional policies and interventions. » J. P. Mackenbach, *Health Inequalities: Europe in Profile*, Project : "Tackling Health Inequalities: Governing for Health", European Commission, London : 2006.

Comme le dit B. Latour à propos de ce qu'il nomme la sociologie critique : « elle ne se contente pas de limiter l'enquête à la dimension sociale des phénomènes, comme les sociologues ordinaires, mais elle va jusqu'à *remplacer* l'objet étudié par un autre *constitué* de relations sociales. »¹ En l'occurrence, c'est bien le remplacement de l'objet *Ecole* par l'objet *Reproduction* qui est en jeu.

En poussant le raisonnement à son terme, on pourrait dire que cette prise de pouvoir, ce remplacement a fonctionné à plein jusqu'à imposer aux théories alternatives ses propres catégories d'analyse. Encore une fois, si *L'inégalité des chances* de R. Boudon soutient des thèses qui sont en de nombreux points opposées à celle de *La reproduction*, l'école n'y apparaît cependant que par le versant du classement, seul utile à tester des hypothèses sur la mobilité sociale. Il faut reconnaître cependant que, à plusieurs reprises, R. Boudon mentionne le fait que la polarisation de l'école sur une fonction de mobilité sociale illusoire risque de la détourner de sa fonction de formation qui apparaît ainsi, même marginalement, dans cet ouvrage.

Pourquoi établir un parallèle entre le mouvement de la santé publique face à la médecine et celui de la sociologie critique vis-à-vis des professionnels de l'école ? Dans un cas comme dans l'autre, les conflits de perspectives sont aussi et peut-être avant tout des conflits de territoire, la revendication de scientificité est constante mais c'est plus encore cette définition si particulière d'un social surplombant les catégories ordinaires de la pratique qui rapproche les deux mouvements qui ne peuvent s'imposer qu'à partir du moment où ils gagnent des adeptes à l'intérieur même des groupes dont l'action est soumise à la critique. Autrement dit, l'intérêt analytique des questions posées et des manières d'y répondre est débordée par leurs usages sociaux. Même si elle est faiblement mobilisable dans l'action des médecins comme des enseignants, l'identification d'un social agissant en amont de l'action des individus inspire une forme de mauvaise conscience. A défaut d'identifier des mécanismes par lesquels une action pourrait être envisagée, on peut alors en

¹ B. Latour, *Changer de société – Refaire de la sociologie*, Paris : La découverte, 2006, p. 18.

référer à des structures ou à des « facteurs distaux »¹ dont on affirme qu'ils ne sont jamais suffisamment pris en compte.

Peut-on dès lors continuer à parler de modernité, ou de programme institutionnel ? La phase critique est-elle une rupture ou une continuité, la question n'est pas nouvelle. A la lumière de notre comparaison de deux domaines, c'est sans conteste une continuité que nous observons. Loin d'en rabattre sur les enjeux classiques de la modernité, c'est au contraire à un élargissement que procède ce mouvement. De même que la santé publique ne signifie pas la faillite de la médecine², la sociologie critique ne sape pas le système éducatif. Dans un cas comme dans l'autre, on peut même diagnostiquer un élargissement du programme. Pour être pleinement abouti, celui-ci devrait aussi combattre les inégalités sociales. Cette phase critique ne s'oriente ni vers la démedicalisation ni vers la déscolarisation mais vers une hyper prise en charge des questions sociales par un système éducatif et un système sanitaire élargi. Précisons d'ailleurs que d'autres types de critiques, comme celle menée par I. Illich³, sont possibles à cette époque, qui connaîtront une gloire plus éphémère en prônant une rupture plus radicale avec le programme institutionnel.

On a vu comment les inégalités sociales à l'école occupent la sociologie depuis bientôt un demi-siècle alors qu'elles n'apparaissent en santé comme objet d'étude que vingt ans plus tard en Grande-Bretagne et plus récemment encore en France. On est dès lors en droit de se poser la question de l'impact de leur élucidation sur leur évolution. La production de la visibilité est elle une condition (nécessaire ? suffisante ?) de l'évolution de

¹ En santé publique, on distingue facteurs proximaux et facteurs distaux. Les seconds sont largement mobilisés dans les références analytiques de la discipline mais les moyens d'action sur ceux-ci sont en général hors de portée. C'est pourquoi s'opère un repli vers l'action sur les causes proximales.

² Quoique la littérature médicale développant cette thèse soit importante. Cf. P. Shrabanek, *La fin de la médecine à visage humain*, Paris : Odile Jacob, 1995.

³ I. Illich, *Pour une société sans école*, Paris : Seuil, 1971, *Nemesis médicale*, Paris, Seuil : 1975.

la pratique ? C'est l'utilité sociale de la sociologie¹ qui est ainsi questionnée.

En éducation, c'est peu de dire que l'activité qui consiste à « vendre la mèche » est en permanence réitérée sous toutes les formes possibles : l'inégalité des chances à l'école est devenue en France un marronnier pour les magazines. En 2009, on cite toujours *Les héritiers* comme l'ouvrage essentiel à l'appui de la démonstration du caractère toujours aussi inégalitaire de notre école². Et la « cécité aux inégalités sociales » qui était évoquée en conclusion de cet ouvrage est reprise aujourd'hui concernant la santé afin de justifier une approche du secteur par les inégalités sociales. Le dévoilement apparaît encore et toujours comme le préalable non seulement à la compréhension mais à l'action.

Je ne réglerai pas ici la question complexe et récurrente des effets et des usages sociaux de la sociologie. Toutefois, en matière d'inégalités, il me semble que ceux-ci peuvent être classés en deux grands registres :

D'une part celui de politiques publiques toujours plus ciblées et connectées aux travaux de la recherche. Toute émergence d'une « question sociale » nouvelle (au sens de nouvellement établie) donne lieu à rapports, évaluations et plans qui se traduisent en recommandations, avis, conventions... à la fois au plan national et au plan international.³

D'autre part celui d'une réflexivité croissante qui fait de chaque individu un sociologue en puissance, plus ou moins informé des travaux de recherche et de leurs implications en termes d'action. Les questions d'inégalité deviennent, comme bien d'autres, des questions ordinaires sur lesquelles chacun peut simultanément porter un jugement moral et s'efforcer de les

¹ B ; Lahire (dir), *A quoi sert la sociologie ?* Paris : La Découverte, 2002.

² A titre d'exemple, cf « Le tableau noir de l'égalité des chances », *Télérama*, n° 3102, 27 juin 2009. Trois ouvrages sont cités : deux qui viennent de paraître et *Les héritiers*.

³ Citons à ce titre La Convention pour l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes, dans le système éducatif et l'objectif 20% de filles en plus en 2010 dans les terminales séries scientifiques, la mission pour la réduction des disparités de santé et ses douze recommandations ; au niveau européen le programme Determine (action on the socio-economic determinants of health) fait suite à Closing the Gap -Strategies for Action to Tackle Health Inequalities" (2004-2007).

décrypter pour s'orienter en leur sein de la façon la moins désavantageuse possible en fonction des ses caractéristiques culturelles et de ses ressources sociales et économiques.

La sociologie n'échappe pas aux cheminements et aux réseaux de diffusion des savoirs quels qu'ils soient. L'analyse des effets des campagnes de santé publique¹ nous permettent aujourd'hui de mieux comprendre que l'émission de messages de prévention tels que « manger cinq fruits et légumes par jour » a un effet plus direct et plus rapide sur les catégories dont le niveau d'études est le plus élevé et a globalement un effet plus important sur ceux qui en ont le moins besoin². On peut faire l'hypothèse pessimiste que, hormis sa traduction en politiques publiques d'une part et son usage strictement professionnel de l'autre, la sociologie donne souvent des arguments, des repères pour l'orientation dans le monde à « ceux qui en ont le moins besoin ».

Lorsque l'on montre que tous les collègues ne sont pas équivalents, que l'obésité est socialement différenciée ou que les cadres choisissent leurs soins, les catégories les plus élevées sont plus réceptives à de telles informations et sont en capacité de les intégrer. Si ce mécanisme n'est pas propre à la sociologie, il n'est pas de raison de penser que cette dernière échapperait à des régularités qui valent pour les connaissances de façon générale.

L'usage différencié selon les ressources sociales des catégories nouvelles du savoir peuvent être illustrées par deux exemples : la courte histoire du sida montrent comment la distribution sociale atypique des débuts de la pathologie dans les pays développés s'est trouvée rapidement modifiée sous les effets de l'évolution des savoirs en un gradient social des plus habituels. La production et la diffusion des connaissances, en matière de transmission, de risque et de protection et à un rythme jamais atteint jusqu'alors ont ainsi contribué à renforcer l'inégalité sociale face à la maladie. La « parenthèse logique » se referme et le sida peut désormais être pensé à partir du milieu

¹ A. Sitbon, B. Maresca, *L'évaluation des campagnes de prévention du Sida*, CREDOC, Département « *Évaluation des politiques publiques* »

² P. Lamoureux, « Campagnes de communication en santé publique et éducation à la santé », *Sève*, Presses de Science-Po, Hiver 2005, p. 37-42.

des années 1990 dans des termes ordinaires de question sociale¹. Paradoxalement L'information sans pareille délivrée à propos de cette pathologie, dans une perspective générale de prévention et de déstigmatisation donne inmanquablement lieu à une inégalité sociale qui va rapidement devenir sensible². Nul n'est besoin de faire intervenir des mécanismes de domination pour comprendre ce qui s'est produit avec le sida et qui se déroule systématiquement avec la prise en compte progressive de savoirs nouveaux. L'inégalité sociale apparaît donc également comme un effet des modifications induites par les changements. Sauf à considérer que les changements dans les savoirs s'imposent d'eux mêmes dans une temporalité brève, il faut bien admettre le temps de latence, celui de la diffusion à l'ensemble de la société de la nouvelle construction des savoirs (qu'ils soient sociologique, de santé publique ou autre) est hautement sensible à ce que les économistes nommeraient l'asymétrie d'information. En ce sens la lutte contre les inégalités n'est pas seulement une lutte contre un fait statique qu'il faudrait faire apparaître pour le dénoncer mais aussi contre les effets différenciés de la production humaine des savoirs. Nos sociétés réflexives produisent donc des inégalités spécifiques en même temps qu'elles doivent se mettre en demeure de les combattre.

Il n'est aucune raison de considérer *a priori* que la connaissance sur les inégalités produise mécaniquement des effets qui iraient dans le sens d'une réduction de ces dernières. Dans le débat sociologique, c'est la question du dévoilement qui est posée. En admettant même que la fonction de la sociologie consisterait à dévoiler des réalités sociales auparavant cachées, peut-on pour autant avancer que cette opération de dévoilement conduise à rendre possible l'action sur ces mécanismes. Et si le dévoilement ne produit pas d'effets, que doit-on en conclure ? En éducation plus qu'en santé, les inégalités ont été non

¹ N. Dodier montre comment cette « normalisation » de l'épidémie oblige les acteurs à un regard rétrospectif sur l'histoire de l'épidémie. N. Dodier, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Editions de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris : 2003.

² Ce qui n'implique évidemment pas que ces programmes doivent être évalués négativement ni que l'on doive juger que l'investissement sur le sida a été disproportionné.

seulement positionnées au cœur de l'analyse du système mais ensuite scrutées, analysées, disséquées. La boîte noire ne l'est plus tout à fait mais elle montre une grande constance dans son fonctionnement en même temps que d'immenses inflexions : là où l'accès était fermé, l'ouverture a donné des résultats considérables (la scolarisation des filles ; celle des enfants d'immigrés ; l'accès au soins des plus démunis). Nul ne peut plus dire dès lors que la persistance des inégalités tiendrait à leur invisibilité. S'il est difficile de comparer des années de vie et des niveaux de compétences, les inégalités de réussite à l'école restent aussi importantes que les inégalités de santé alors qu'elles sont mieux documentées et depuis bien plus longtemps. Elles restent également, et de très loin, les plus commentées et les plus analysées. On peut bien sûr évoquer de multiples raisons pour expliquer cette persistance : intérêt de catégories bénéficiant d'avantages sociaux, hypocrisie générale consistant à regretter d'un côté ce que l'on favorise de l'autre, ambiguïté fondamentale de la méritocratie et caractère utopique de l'égalité des chances. On peut aussi admettre provisoirement que le système scolaire et le système de santé semblent, au-delà de leurs différences de fonctionnement et de principes qui sont immenses et en particulier de la notion de mérite sur laquelle on va revenir, incapables de résoudre les inégalités sociales autres que celles qui sont liées à l'accès à ces systèmes et au traitement (et elles sont nombreuses et loin d'être toutes réglées).

Pourtant l'école et la santé publique annoncent, dans leur programme, qu'elles peuvent résorber, ou au moins se mettre en demeure de le faire, un ensemble d'inégalités bien plus importantes qui relèvent de tous les domaines de la vie sociale, c'est-à-dire continuer le travail d'émancipation et d'arrachement de la nature mené par la médecine et par l'école dans la phase précédente. C'est dans ce décalage entre cet effet d'annonce et des capacités d'action pourtant loin d'être négligeables qu'apparaît la crise du programme institutionnel.

Pour tenter d'en préciser les contours et le sens, il faut maintenant se tourner vers une sociologie moins objectiviste.

Je tenterai ainsi de saisir au nom de quel attente de justice sont évalués les systèmes de santé et d'éducation et d'en tirer quelques conclusions quant à la définition du social.

III. JUSTICE

De l'égalité à la justice

L'égalité

La sociologie peut-elle être définie comme une activité qui vise à évaluer l'action des hommes selon le degré d'égalité qu'elle produit ? Surement en partie. Le débat autour de l'égalité est trop ancien et trop riche pour être retracé ici mais la sociologie a évidemment partie liée avec un monde qui s'émancipe des privilèges et des différences et annonce un programme dans laquelle l'égalité est au premier plan. Mais on sait la question qui vient compliquer le propos : Egalité de quoi ? Aucune des grandes propositions de la philosophie politique contemporaine ne s'émancipe complètement de la notion d'égalité et chacune répond différemment à ce qu'il est nécessaire d'égaliser pour être juste. Parallèlement, on peut affirmer sans grand risque qu'il n'est pas de sociologie sans référence à l'égalité. De fait cette référence n'est pas suffisante à définir un mode de justice, pas plus qu'elle n'engage une modalité particulière d'activité sociologique. En revanche le type d'indicateur mobilisé, le choix de l'élaboration des données, la valorisation d'indicateurs statistiques ou de comptes-rendus humains, la construction des variables et celle des tableaux mobilisent des acceptions différentes de l'égalité et de ses applications.

Les démarches objectivistes que nous avons évoquées dans la partie précédente requièrent à la notion d'égalité de deux façons principales :

D'abord, dans en montrant comment les résultats de santé et d'éducation sont différenciés en fonction de la catégorie sociale d'appartenance, du genre, de l'origine, le référent est l'égalité de résultat, aune à laquelle sont jugés des écarts. Pour qu'il y ait une situation égalitaire, les résultats de chacun des groupes sociaux devraient être égaux. Ce qui ne signifie pas une égalité au niveau individuel. En effet il est admis (en santé) et même attendu (à l'école) que les résultats varient selon des caractéristiques ou des actions individuelles.

Les tableaux montrent, d'un point de vue strictement statistique, non pas que les inégalités constatées sont entièrement conditionnées par le social mais que le social joue une part non négligeable dans leur formation. Le principal objectif de ce type de démarche a pour but de valider le social, de le faire exister. Objectivé, mis en tableau, il devient une part de la réalité qui existe face au biologique ou face à l'éducatif.

Ensuite, dans ce qu'on peut qualifier de microphysique sociale des inégalités, en identifiant les lieux et les procédures dont on fait l'hypothèse qu'ils constituent une part de l'explication du constat établi précédemment : on cherche cette fois à comprendre où et comment les comportements et les traitements diffèrent en fonction d'une catégorie d'appartenance. On atteste ainsi une multitude de relations dont chacune explique une part de la variance constatée entre catégories sociales. On va se placer ici encore du point de l'égalité, mais celle-ci peut concerner les résultats (effet établissement ou service) aussi bien que les conduites (demandes d'orientation, comportement dit à risque), l'accès (à une filière, à un spécialiste) ou le traitement (temps passé, modes d'intervention).

Le principe d'égalité est aussi fréquemment mesuré en regard de deux principes concurrents que sont les besoins et le mérite. Lorsqu'on compare les modes de traitement d'une pathologie donnée selon les caractéristiques sociales des individus, l'égalité est ainsi référée au besoin qu'est censée constituer la maladie.

Parallèlement, lorsque l'on compare des orientations proposées en conseil de classe pour des individus qui ont obtenu des notes équivalentes, c'est cette fois-ci au mérite qu'est associée l'égalité. On ne cherche pas à savoir si les orientations sont égalisées dans l'absolu, ce qu'exigerait l'égalité de résultats mais si elles sont égalisées à mérite équivalent.

Il faut donc examiner plus précisément ces deux principes qui interviennent comme principes de justice en éducation et en santé.

Le mérite

Érigé en principe positif ou dénoncé comme illusion, le mérite est un passage obligé de toute pensée de l'éducation alors qu'on y recourt *a priori* plus faiblement en santé. Il n'en est pas pour autant aisé à définir et on est forcé de reconnaître son caractère polysémique. Somme des efforts, des talents, des habiletés, il se caractérise toujours par une dimension exclusivement individuelle (présumée). Reconnaître l'individu à la mesure de ses capacités propres et lui attribuer des résultats en fonction du travail fourni relève de la priorité du principe de mérite.

On voit bien la force du mérite dans ce qu'il permet de mobilisation, de motivation individuelle de reconnaissance de sa propre action, de civilisation même par l'orientation vers l'action. On en connaît aussi les limites recensées aussi bien dans le cadre de la philosophie morale que dans celui de la sociologie. D'abord son caractère mouvant et composite : entre les talents et les efforts, il y a plus qu'une nuance. Si ces derniers relèvent de la volonté individuelle, du travail produit, les talents peuvent être acquis mais aussi bien innés, naturels et relever du don ou de l'héritage social. Le mérite réfère donc à la capacité personnelle à produire des réalisations mais sans distinction sur la nature de cette capacité. Ensuite il est, et c'est là la principale critique sociologique, toujours simultanément individuel et collectif. Autrement dit, il est à la fois une aptitude attachée à la personne et un ensemble de dispositions fournies par son environnement, sa socialisation primaire et même les conditions concrètes de l'exercice de l'activité. Cette critique peut prendre comme on l'a vu une forme radicale en abolissant toute dimension individuelle au profit des conditions sociales de son exercice. La référence au mérite agirait alors comme un tour de passe-passe, consistant à faire passer pour des attributs individuels des caractéristiques relatives au groupe de référence qu'est la famille. On peut dès lors distinguer trois modes de définition du mérite (effort individuel / combinaison dans des proportions probablement impossibles à élucider de travail individuel et de dispositions sociales / pur héritage social) entre lesquels existe une distance conceptuelle non négligeable. L'analyse peut cependant

s'appuyer sur le sens commun : prétendre que le travail individuel n'a aucun effet sur les résultats est aussi illusoire que de croire en une absolue proportionnalité des mérites et des efforts indépendante des caractéristiques des individus.

Le mérite apparaît en monde scolaire comme un principe toujours impur mais auquel on reconnaît une impérieuse nécessité pratique. F. Dubet traduit cette nécessité de recourir au mérite tout en ne méconnaissant pas sa composition hybride, de « fiction nécessaire »¹ et M. Duru-Bellat souligne également cette dimension paradoxale lorsqu'après avoir relevé que « l'origine de ce mérite est marquée par les aléas de l'héritage », elle convient qu'« on ne saurait toutefois se passer de la logique méritocratique, dès lors que l'école est censée orienter vers des emplois inégaux des élèves formellement égaux : il faut bien donner un peu de légitimité à cette tâche dont les enjeux ne sont pas minces. »² Bien curieuse notion, il faut le reconnaître dont le sens est à la fois porteur d'ambiguïté, qui n'existe pas vraiment ou plus précisément qui n'existe jamais isolée d'autres dimensions et qui est pourtant tellement nécessaire au fonctionnement de l'école. Serions-nous tous – élèves, enseignants et chercheurs – défenseurs acharnés d'une idéologie dont nous saurions le statut de leurre. Ou bien est-ce un hommage (mesuré) à Bourdieu : le mérite est bien une illusion, même s'il faut s'empresse d'ajouter qu'on ne peut y échapper. L'école serait-elle schizophrène ? Il faut donc tenter de proposer un mode de résorption crédible de cette question. Pour cela, la décomposition du principe de mérite est essentielle. En effet, je suis aisément les auteurs qui ont montré en quoi le mérite tenait de la fiction. Je reconnais également que l'action pédagogique ne peut agir sans recours à l'implication individuelle et donc au travail, à l'effort. Pourtant ces deux prémisses ne me semblent pas référer à la même acception du terme *mérite*. Autrement dit, je fais l'hypothèse que la part du mérite qui est illusoire n'est pas la même que celle qui est nécessaire au travail des enseignants et des élèves. De plus je postule que les enquêtes qui retracent les sentiments des uns et des autres doivent permettre de saisir ce hiatus. Le travail sociologique est en mesure non pas de donner le sens objectif du vécu des individus et de leur action mais il doit permettre une

¹ F. Dubet, 2004, *op. cit.*

² M. Duru-Bellat, 2006, *op. cit.*, p. 42.

mise à plat de celle-ci, de les déplier¹ et ainsi faire apparaître une autre cartographie du réel

Que savons-nous de ces situations scolaires qui font intervenir le mérite ?

D'une part, que l'implication personnelle de l'élève est effectivement requise et qu'elle est indispensable. Il est à peine nécessaire de discuter ce point tant il paraît consensuel. Du côté des enseignants, que ce soit sous l'angle de la motivation, de l'autorité ou du plaisir, c'est la mise au travail qui est visée et qui détermine même la qualité du professionnel. Le bon prof est celui qui sait mettre l'élève au travail. Du côté des élèves, la valorisation du travail et de l'effort n'est pas moins importante et si les rapports aux savoirs, les modes d'exercice du métier d'élève se différencient, il n'y a jamais de dénégation de l'engagement individuel même si il y a du découragement, du repli, de l'abandon ou du surinvestissement. Même si c'est sous une forme instrumentale que l'on retrouve chez tous les élèves, c'est-à-dire selon un jeu de calculs qui permet d'obtenir la note, de « passer », mais aussi de se motiver et de s'organiser, les lycéens étudiés par A. Barrère non seulement travaillent, souvent beaucoup, mais valorisent l'idée du travail. Ce sont ceux qu'elle nomme dans sa typologie les « fumistes » qui illustrent paradoxalement le mieux cet engagement puisque s'ils sont les seuls à ne pas travailler, ils affirment qu'il suffirait de se remettre au travail pour réussir. En se protégeant de l'échec, c'est-à-dire d'un travail non suivi de résultats, ils confirment dans une forme d'hyperconformisme déviant la centralité du travail et de l'effort.²

D'autre part nous reconnaissons tous (encore une fois, il s'agit bien des professeurs, des élèves et des chercheurs réunis) qu'il y a des résultats et que ceux-là sont, dans une certaine mesure, objectifs. Certes la sociologie de l'éducation a montré comment cette objectivité était relative. Il existe des *curricula* cachés, des modalités et des niveaux de notation différents selon les établissements et les classes, des erreurs de notation même.

¹ L'expression est de B. Latour, *Changer la société...*, *op.cit.*

² A. Barrère, *Les lycéens au travail*, Paris : PUF, 1997. Dans la typologie proposée, les *forçats* et les *touristes* montrent un plus grand désajustement entre travail et résultats mais n'en remettent pas en cause pour autant la valeur du travail.

Le fait même de reconnaître les effets de l'établissement, du maître, du *school mix* sur les résultats et la part d'inégalité que ces déterminants renforce, contribue à objectiver ces résultats¹. Finalement, c'est bien l'individu qui est porteur de compétences, par exemple celles que mesurent ces dernières années les comparaisons internationales.

Considérer donc qu'à l'école, il y a bien du travail et des résultats et que ni l'un ni l'autre de ces deux termes n'est négligeable ne nous contraint en aucune manière à considérer que le résultat mesure le travail effectué, l'effort consenti et seulement celui-ci. Nous savons que si la compétence acquise est relative à l'effort consenti, elle ne l'est pas de façon identique pour chacun et probablement pas non plus pour chaque situation. Pourquoi alors « faire comme si » ?

Il n'est pas sûr d'ailleurs non seulement que chacun croie, mais même qu'il fasse mine de croire à cette indexation des résultats sur le travail. Les illustrations sont innombrables de témoignages du désajustement entre travail et résultats : F. Dubet et D. Martuccelli relèvent ainsi à propos des collégiens que « tous acceptent l'évidence du talent »² et relatent des récits étayant l'inégalité fondamentale dans le travail requis par les uns et les autres pour aboutir à une performance scolaire équivalente. D. Martuccelli, retraçant « l'empreinte scolaire » à partir de récits d'adultes précise que « tout semble indiquer que les individus sont davantage soupçonneux que véritablement adhérents soit à la thèse d'une école garante de la méritocratie, soit à celle d'une école cache-sexe de la domination. »³ Il faut dès lors se demander quelles sont les raisons qui font qu'il serait nécessaire de garder l'illusion d'une égalité entre tous les élèves quant à la relation

¹ On pourra encore objecter, en se référant à des théories économiques comme celle du filtre ou du signal plutôt qu'à une perspective en termes de capital humain que ces compétences souvent n'en sont pas et que leur seule fonction tient à leur pouvoir de classement dans le monde du travail. Je me cantonne ici à considérer l'école dans son fonctionnement interne.

² F. Dubet, D. Martuccelli, *A l'école. Sociologie de l'expérience scolaire*. Paris : Seuil, 1996, p. 162.

³ D. Martuccelli, *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*, Paris : Armand Colin, 2006, p. 64.

entre travail et performances scolaires¹. J'en identifie pour ma part deux de registres très dissemblables :

D'une part une hypertrophie de la morale de l'effort qui transforme l'énoncé « en travaillant, on peut escompter des résultats » à « si on veut vraiment, on peut toujours y arriver ». C'est un effet de gradation qui fait transformer un argument avéré en un autre manifestement excessif.

D'autre part, le recours au principe d'égalité appliqué aux capacités. Il prend la forme ici de l'affirmation : « tout individu a les mêmes capacités ».

Le premier argument développe une perspective prométhéenne de l'Homme (et de l'école par la même occasion). Il s'inscrit dans le droit fil de la perspective durkheimienne de l'éducation : arrachement, libération, dépassement de soi, quitte à forcer le trait et à fixer des objectifs manifestement inatteignables.²

Le deuxième argument est à la fois plus fort et plus problématique que le premier. Si aucun enseignant ni aucun élève ne pense que chacun est également doué et si tous le déclarent relativement facilement lors de discussions de groupe³, rappelons-nous qu'il ne s'agit pas d'y croire vraiment mais de promouvoir un principe. Ce qui est en jeu ici est bien une fiction de l'égalité des compétences et des capacités qu'il faudrait maintenir coûte que coûte malgré les savoirs empiriques. Comme s'il y avait toujours un risque, en reconnaissant que l'inégalité des performances n'est pas seulement une inégalité des efforts fournis, d'en rabattre sur l'égalité fondamentale des individus et de basculer dans des errements réactionnaires voire dans un quasi darwinisme social. Tout au plus serait-on en droit de reconnaître que l'inégalité des conditions sociales pourrait

¹ Il s'agit bien au sens propre de productivité, c'est-à-dire du rapport entre la quantité de biens produits et les moyens mis en œuvre pour les produire. La part du mérite que nous évoquons ici est celle du « postulat d'égalité productivité ». On imagine difficilement utiliser ce terme en milieu scolaire du fait de son acception industrielle et de ce qu'il renverrait trop aisément à la théorie du capital humain.

² D. Meuret, Gouverner l'école. Une comparaison France/ États-Unis, Paris, PUF : 2007.

³ Cette inégalité peut aussi prendre la forme de l'inégalité de compétences entre disciplines chez un même individu alors qu'il fournit ou qu'il a le sentiment de fournir des efforts équivalents.

entraver le juste exercice de la mise en concurrence de capacités présumées égales. Il suffirait alors de vérifier que le traitement que l'école applique aux élèves est bien égalitaire.

Parvenu à ce point, il importe de se poser la question non pas de l'origine de ces inégalités initiales mais du statut qu'occupe cette origine dans la manière de penser le mérite et dans sa mobilisation à l'école. On pourrait penser que le fait que les inégalités soient naturelles ou sociales, quand bien même on serait en état de le déterminer¹, n'a pas une grande importance dans le raisonnement que nous tenons. Mais paradoxalement la critique de « l'idéologie du don », en socialisant les inégalités face à l'éducation contribue à les faire disparaître ou à amoindrir leur portée. Parce qu'elles sont présumées comme sociales, les inégalités apparaîtraient si ce n'est moins importantes toutefois plus aisément réductibles. Il y a là un présupposé qui nous semble référer directement à une sociologie durkheimienne de l'autonomie absolue du social radicalisée encore par la thèse de la reproduction. Puisque le social s'explique par le social, il pourrait être aussi réglé par le social. Autrement dit, si les inégalités naturelles sont irréductibles, il suffirait en quelque sorte de le décider, de « faire ce qu'il faut » pour que les inégalités sociales soient résorbées. (et son corollaire : si les inégalités persistent, c'est qu'on ne fait pas vraiment ce qu'il faut, qu'on ne veut pas vraiment les résoudre). C'est pourquoi l'opération qui consiste à démontrer le caractère strictement social des inégalités à l'école nous semble paradoxalement contribuer à limiter l'étendue de l'action qui peut être entreprise pour les résoudre. De plus, la définition de l'école par sa fonction de classement, donc contingente, et non par sa fonction de formation, essentielle, rajoute encore à cet affaiblissement de l'urgence des tâches de l'école et à la considération qu'elles sont moins substantielles.

Ce point essentiel de considération du statut du social me semble particulièrement éclairé par une mise en perspective de l'éducation par la santé, c'est pourquoi j'y reviendrai en considérant ensemble les deux domaines.

¹ Ce qui n'est évidemment pas le cas mais qui ne nous conduit pas à postuler pour autant que les inégalités soient purement sociales.

Revenons maintenant au fil du raisonnement : on comprend mieux désormais pourquoi l'impossibilité de prendre en compte ces différences entre individus implique l'incapacité de mener une action fondée sur ces différences. On verra en considérant la discrimination positive que cette fiction nécessaire du mérite a un impact essentiel sur la mise en œuvre de politiques.

Ce souci d'égalité que l'on peut trouver éminemment positif (ne s'agit-il pas de réaffirmer toujours y compris contre le réel un idéal intangible, une utopie ?) est surtout susceptible de se retourner contre les acteurs de l'école dans un processus de brouillage entre ce qui est vécu et ce qui peut être énoncé. Les recherches sur le sentiment de justice des élèves ont abondamment montré que les passages d'une sphère¹ ou d'une cité² à l'autre sont l'objet d'un fort ressentiment des élèves. Plus encore que l'égalité dans l'évaluation, c'est le fait que la notation ne soit pas retranscrite en jugement de dignité ou d'indignité qui apparaît comme garant de la justice. Bref que la personne ne soit pas réduite à sa performance. Le mauvais enseignant est ainsi celui qui fait transiter trop facilement les biens entre les différents univers de jugement. Ne devrait-on pas en déduire que l'égalité fondamentale nécessaire au bon fonctionnement de l'école relève d'une égalité de droits et de dignité mais pas le postulat d'une égalité de capacités dont on sait qu'elle ne peut être qu'un trompe l'œil ?

Le postulat de l'égalité de capacités pose enfin un dernier type de problème et non des moindres. L'échec ou la contre-performance dans un monde régi par ce principe ne peut être attribué qu'à l'individu lui-même, au manque de travail ou à la mauvaise qualité de celui-ci, à une mauvaise gestion de son temps, bref à un échec personnel. L'individu est sanctionné pour un défaut de volonté et non pour un défaut de capacité. Puisque les talents sont supposés égaux entre individus, seul l'effort peut être convoqué pour interpréter les différences de résultats.

¹ M. Walzer, *Sphères de justice*, Paris : Le Seuil, 1997

² L. Boltanski, L. Thévenot, *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris : Gallimard, 1991.

Ce point a été relevé et analysé comme inhérent à ce qu'on pourrait nommer un paradoxe démocratique : lorsque l'inégalité n'est plus attribuable à des inscriptions sociales qui interdisaient d'accéder à un niveau ou à une filière, l'individu doit assumer la responsabilité de ses positions. Dans un mécanisme propre à la modernité réflexive¹, l'individu internalise des contraintes auparavant déterminées socialement et doit faire face à l'échec comme une situation personnelle face à laquelle aucune autre instance ne peut plus être mise en cause.

Mais ce processus a des effets également sur l'institution puisque si on considère que les résultats des élèves traduisent globalement le niveau d'effort qui a été consenti, alors rien ne s'oppose à ce que, par un système de gratifications ordinaires, les efforts soient récompensés et que, par exemple, les filières qui requièrent des niveaux plus élevés de performance scolaire soient mieux dotées. Le principe de mérite par son présupposé d'égalité des capacités contient ainsi un risque élevé d'inégalité qui a été relevé et largement critiqué. La fable de M. Young², exposé de science-fiction sociale et anti-utopie à la manière du *Meilleur des mondes* ou de *1984*, en est l'expression la plus célèbre et on lui doit le néologisme de méritocratie. M. Young signe là une charge politique forte mais il est aussi sociologue et s'inscrit dans un courant de la sociologie anglo-saxonne consacré à l'étude la mobilité sociale. C'est essentiellement dans ce cadre que le thème du mérite a été exploré et critiqué, comme une part du mythe américain et l'idéologie du *self made man*.³ De ce point de vue, le principe de mérite a été analysé dans ses effets souvent délétères sur les modes de gouvernement, la ségrégation, ou l'assèchement des catégories populaires de leurs membres les mieux formés. La thématique de la méritocratie traite essentiellement de l'ajustement entre performances scolaires et monde du travail, mais s'intéresse moins à ses effets propres sur l'école.

¹ A. Giddens, *Les conséquences de la modernité*, Paris : L'Harmattan, 1994. U. Beck, *La société du risque*, Paris : Flammarion - Champs, 2003.

² M. Young, *The Rise of the Meritocracy, 1870-2033 : An Essay on Education and Equality*, London : Penguin Book, 1958.

³ Pour un panoramique des études américaines de sociologie consacrées à la mobilité sociale. Cf. P. Massa, « La sociologie américaine : sociodécrite ou science critique ? Le cas de la mobilité sociale ascendante », *Revue d'histoire des sciences humaines*, 19, 2008/2, p. 161-196.

Pour le système scolaire le postulat de l'égalité des capacités se traduit quasiment mécaniquement en inégalités de traitement. L'obtention de résultats médiocres conduit non seulement à être considéré comme ayant produit de moindres efforts mais également à être scolarisé dans de moins bonnes classes puis dans de moins bonnes filières. On a vu par ailleurs le caractère multiplicateur d'inégalités de départ faibles qui se potentialisent au fil des trajectoires. Dans cette acception, le postulat du mérite, même comme fiction, revient à redistribuer à l'envers du principe classique de redistribution : le mérite consiste ainsi à donner plus à ceux qui ont plus. L'exemple le plus marquant de cette redistribution à rebours est celui, souvent relevé, de la dotation des classes préparatoires aux grandes écoles comparée à celle des universités alors même que le recrutement social des unes et des autres est fortement marqué ; mais on doit étendre la comparaison, ce qui est moins fréquemment souligné, à la population qui ne fait pas d'études supérieures, socialement encore plus typée, pour laquelle aucune dotation n'est effectuée.

Effectuer cette critique ne signifie en rien en rabattre sur la prise en compte des résultats ni sur la valorisation de l'effort individuel. La perspective adoptée ici est celle de l'identification de ce qui, au sein de cette notion polysémique de mérite, produit des effets sensibles à la fois sur l'organisation du système scolaire et sur le sentiment de justice des individus. Je relève donc ce qui peut apparaître comme un paradoxe : le postulat de l'égalité de rendement des efforts a toutes les chances de se traduire institutionnellement en inégalités de traitement au détriment des plus désavantagés au départ. Rappelons que si le raisonnement n'a aucun besoin de considérer la nature des inégalités de départ et leurs causes profondes ou superficielles, la définition de celles-ci comme d'origine strictement sociale tend à renforcer encore le processus.

On a donc de fortes raisons de penser que la reconnaissance effective du rendement différencié des efforts selon les individus se traduirait par une toute autre politique. Pour envisager cette option, il faut revenir un instant au monde de la santé qui adopte une perspective fondamentalement différente de celle que je viens de tenter d'éclairer.

Le besoin

Si le mérite est une notion *a priori* étrangère à la relation du patient avec le système de soins, le principe de justice majeur mobilisé dans le champ de la santé est celui de besoin. Nulle nécessité ici de se référer à la théorie des besoins et des motivations qui a fait flores dans le domaine du marketing et de l'organisation du travail ou à la célèbre pyramide de Maslow qui hiérarchise les grands types de besoins humains. Le besoin est mobilisé ici comme principe générique de justice distributive au même rang que ceux de libre échange et de mérite chez M. Walzer¹. A partir d'une étude européenne visant à approcher la hiérarchie des principes de justice sur un mode comparatif M. Forsé et M. Parodi s'appuient sur les trois principes d'égalité, de besoin et de mérite montrant à la fois l'importance et le caractère non exclusif de chacun d'eux ainsi qu'une hiérarchisation² identique dans tous les pays étudiés entre le principe de besoin majoritaire, celui de mérite et enfin le principe d'égalité³.

La mobilisation du principe de besoin en santé signifie que la plupart des biens médicaux sont (doivent être) attribués en fonction des nécessités du corps telles qu'elles sont évaluées par un professionnel. On se rappelle les développements de Parsons concernant cette évaluation et en particulier la dimension universaliste qui réfère au savoir scientifique tel qu'il est constitué dans un moment historique. Du point de vue de la sociologie classique, le besoin peut être défini comme l'objet de l'évaluation professionnelle définissant ce qu'il est convenu de faire sur la base d'une mobilisation des connaissances scientifiques et se gardant de l'intervention de toute donnée subjective. Si le besoin est pensé sous une forme objective, ce n'est cependant que par la médiation du professionnel qu'il acquiert sa véritable définition.

¹ M. Walzer, 1997, *op. cit.* p. 46-53.

² Ce qui est recherché dans ce propos c'est un ordonnancement des principes à la manière de l'ordre lexical de la *théorie de la justice* de J. Rawls.

³ M. Forsé, M. Parodi, « Justice distributive. La hiérarchie des principes selon les Européens », *Revue de l'OFCE*, n° 98/3, 2006, p. 213-244. Dans l'enquête Européenne sur les Valeurs (ESVS, 1999) sur laquelle ils fondent leur propos, le principe de besoin est abordé à partir de la garantie des besoins de base pour tous.

Le besoin dans ce cas n'est pas un critère qui réfère seulement à la nature mais également d'une part au savoir relatif à celle-ci (les sciences biologiques) et d'autre part à l'action professionnelle qui produit une évaluation, un diagnostic fondé sur les connaissances à partir de l'interrogatoire, de l'examen clinique et des examens complémentaires. De fait les besoins de santé ne sont pas constants dans le temps et l'évolution des savoirs conditionne leur définition. On sait ainsi comment une part importante de la nosologie médicale contemporaine relève de constructions récentes élaborées à partir de nouvelles ramifications des sciences biologiques (biologie moléculaire, génétique, neurosciences, immunologie ...).

Relatifs aux connaissances, les besoins sont également conditionnés par l'offre de soins et dépendants de la quantité, de la proximité et de la disponibilité des professionnels.

Ils sont enfin forgés pas les individus eux-mêmes. Nous avons vu comment la morbidité autodéclarée ne recouvrait pas parfaitement une morbidité objectivée par des savoirs considérés comme absolument neutres. Cet aspect n'est qu'une conséquence de ce que la maladie et ce que nous nommons le besoin de santé relève d'abord de l'individu et ne peut être appréhendé que par la plainte, c'est-à-dire ce que l'individu dit de sa maladie et particulièrement ce qu'il en dit au professionnel de santé. Comme le dit Canguilhem dont toute l'œuvre valorise la norme de vie non pas en tant que production scientifique mais comme évaluation par le malade : « mon médecin, c'est celui qui accepte, ordinairement, de moi que je l'instruise sur ce que, seul, je suis fondé à lui dire, à savoir ce que mon corps m'annonce à moi-même par des symptômes dont le sens ne m'est pas clair. Mon médecin, c'est celui qui accepte de moi que je voie en lui un exégète avant de l'accepter comme réparateur. »¹

De ce fait le recours aux professionnels de santé est relativement indépendant de l'état de santé d'une population. Le niveau de ce recours est ainsi plus informatif des besoins ou de

¹ G. Canguilhem, « La santé : concept vulgaire et question philosophique », *Écrits sur la médecine*, Paris : Seuil, 2002, p. 64.

ce que les économistes nomment la demande de soins, que de ce que M. Grmek nomme la pathocénose¹.

Après avoir précisé que le besoin de santé n'est pas seulement la traduction d'un état de nature, interrogeons-nous sur les raisons qui président à sa définition comme ressortissant de la catégorie des besoins et sur les modalités par lesquelles il agit comme principe de justice car, comme le dit M. Walzer, « le besoin engendre une sphère distributive particulière, à l'intérieur de laquelle il constitue lui-même le principe distributif approprié ».²

On ne règle pas la question en affirmant que la santé relève de l'urgence ou de la nécessité vitale. La sociologie de la santé a ainsi montré depuis près d'un demi-siècle que la figure dominante de la maladie était passée de l'aigu au chronique³. Qui plus est, les maladies infectieuses qui sous leur forme épidémique détachaient du monde des vivants ceux qui étaient touchés par le mal⁴, appartiennent à un répertoire ancien du moins dans le monde développé.

Il n'empêche que l'avènement des systèmes de protection sociale contre la maladie est concomitant des grandes révolutions diagnostiques et thérapeutiques qui suivent elles-mêmes le moment dans lequel la médecine clinique a permis à l'Homme de se constituer simultanément comme sujet et comme objet de connaissance⁵. Et c'est bien dans cette période que la santé devient un besoin. L'amélioration de la santé apparaissant comme un objectif à portée de l'action humaine devient solvable avec la mutualisation du risque et à partir de la relation médecin-malade. Le besoin de santé peut donc être résumé comme l'association entre la production de savoirs techno-scientifiques permettant d'augmenter la quantité et d'améliorer la qualité de vie de la population d'une part, la plausibilité économique et

¹ Dans le but de théoriser une histoire des maladies, M. Grmek a forgé ce néologisme pour qualifier l'état d'équilibre des maladies à partir de leur fréquence et de leur distribution à un moment donné de l'histoire et dans une société donnée. M. Grmek « *Préliminaire d'une étude historique des maladies* », *Annales E.S.C.*, 24, 1969, pp. 1437-1483.

² M. Walzer, 1997, *op.cit.*, p. 53.

³ A. Strauss, et al, 1985, *op. cit.*

⁴ C. Herzlich, J. Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1991.

⁵ M. Foucault, 1961, *op. cit.*

sociale de cette action pour la plus grande partie de la population d'autre part, et enfin la rencontre concrète entre un patient qui consulte et exprime sa plainte et un médecin reconnu comme professionnel.

Comment la définition de la santé comme relevant des besoins se traduit-elle dès lors en principe de justice ? La logique du besoin a pour spécificité de devoir être abondée tant qu'elle n'est pas assouvie. Autrement dit, le besoin de santé existe tant que la santé n'est pas advenue. Comme chacun le sait, la définition de cette dernière est non seulement relative à l'individu mais surtout extensive. La définition de l'OMS¹, aussi généreuse qu'impropre à produire des orientations concrètes, a pour mérite de désenclaver la santé de sa seule composante médicale et démontre *a contrario* l'impossibilité de tenir une référence autre qu'utopique. Il n'y a donc aucun espoir de déterminer une position stable ou même évolutive qui borne des besoins inextinguibles dès lors que les objectifs s'éloignent à mesure que des besoins sont remplis, qu'évoluent les modes de vie, que se développent les connaissances et que des pans entiers de la vie quotidienne intègrent ce registre de pensée et d'action².

Il va de soi qu'un système qui laisse aux acteurs impliqués dans une transaction (dans laquelle les enjeux économiques et les coûts sont loin d'être minces) l'autonomie dans la définition de leurs objectifs est inflationniste. Les moyens n'étant pas définis *a priori*, c'est le volume de l'exercice des professionnels, lui-même conditionné par la demande des patients et la réponse qui leur est fournie, qui détermine l'investissement qu'une société

¹ Il s'agit de la définition du préambule de 1946 à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé: « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

² La médicalisation des problèmes sociaux constitue ainsi un vaste domaine de recherche en même temps qu'une thématique ambiguë. On précisera seulement ici qu'une question n'est pas soit sociale soit médicale, mais sociale parce que médicale. Encore une fois, c'est d'une définition du social qu'il en va. La progression de l'emprise de l'expertise dans nos sociétés contemporaines est au demeurant incontestable et partie prenante de notre modernité. Cf. P. Conrad, « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, 18, 1992, p. 209-232 ; P. Aiach, D. Delanoë, *L'ère de la médicalisation. Ecce Homo Sanitas*, Paris : Economica, 1998.,

accorde à ses soins de santé. De plus, comme le financement est pour la part la plus importante mutualisé, c'est le collectif qui assume la charge de ce financement et non pas les demandeurs. Sans entrer dans des considérations économiques qui dépassent mon propos, il importe de constater le caractère absolument atypique de la situation qui caractérise l'association du principe de besoin et de celui d'égalité. Ici, l'investissement consenti par la collectivité est globalement lié à l'accord de gré à gré entre les acteurs : patients, médecins mais également toute la chaîne des intervenants liés à la prescription médicale.

Le principe de justice mis en œuvre ici s'appuie donc sur la considération que le bien de santé n'est pas équivalent à tous les autres biens et qu'il doit être distribué d'une façon particulière. Précisons que ce statut n'a pas un caractère d'évidence et qu'il est remis en cause par exemple par le courant libertarien. R. Nozick, répondant à B. Williams réfute la spécificité du besoin de santé en défendant qu'il ne diffère pas de tout autre besoin¹ (il le compare d'ailleurs au besoin de coiffeur ou au besoin de jardinier qu'aurait la pelouse... ou plus sérieusement au besoin de nourriture qui, pour être vital, n'en est pas pour autant assuré par un financement de la collectivité) et surtout remet fermement en cause l'idée que la société devrait répondre aux besoins importants de tous ses membres. La théorie libertarienne considère ainsi que le besoin de santé n'ayant pas été occasionné par une activité humaine qui l'aurait constitué comme inégalité, n'a en aucune manière à être assumé par la collectivité pour l'ensemble de ses membres car elle implique alors de mobiliser le travail de certains individus dans des buts qu'il n'auraient pas choisis. Citer Nozick ici n'a certainement pas pour but de défendre une position libertarienne qui n'est d'ailleurs soutenue à peu près par personne en France. Mais, si l'on veut bien se rappeler que *Anarchie, État et Utopie* est le pendant de *Sphères de Justice*, qu'ils constituent chacun la part d'un cours donné en 1987, et les remerciements croisés des deux auteurs dans leurs ouvrages respectifs, on considérera que les arguments libertariens doivent être pris au sérieux dans les développements qui font intervenir la philosophie morale. C'est d'autant plus vrai dans le

¹ R. Nozick, *Anarchie, État et utopie*, Paris : PUF (1974) 1988, p. 287-289.

cas d'espèce que le système de santé américain est largement fondé sur ce privilège absolu accordé à la liberté, même si la liberté y occupe de fait la portion congrue dans son fonctionnement habituel contemporain. Plus encore, on peut penser que ce type d'argument est profondément ancré et pas seulement de l'autre côté de l'Atlantique, qu'il a en quelque sorte une portée anthropologique et que, s'il est faiblement requis pour dénier le besoin de santé, il peut contribuer à ne pas accepter l'idée de besoin d'éducation. Ce type d'argument permet paradoxalement de confirmer que ce n'est pas une raison naturelle qui conduit à considérer la santé selon un principe de justice différent de ceux qui sont mobilisés dans de nombreux autres domaines. La sociologie a ici toute sa place pour démontrer la construction de la santé comme un idéal social particulier. Non pas en déniant toute composante biologique, ce qui serait assez ridicule mais reste cependant une tentation présente en sociologie de la santé, mais en admettant que la pâte sociale est impure, non pas faite de social seulement mais faisant du social avec toute sortes de matériaux.

Une fois posés ces préalables à la considération du besoin comme principe de justice en santé, on peut désormais poser la question du vécu du sentiment de justice des individus en ce domaine. On ne s'étonnera pas, dès lors que le médecin en tant que professionnel a le pouvoir de faire exister la maladie comme fait social en la nommant et que c'est lui qui est mandaté pour évaluer le besoin, que les questions de justice prennent une forme particulière à l'intérieur du couple médecin-malade, même si elles débordent largement de ce cadre.

Longtemps la parole du malade sur son expérience de la maladie et du traitement a constitué un point aveugle de l'analyse sociologique. Qui plus est l'injustice est d'abord analysée comme liée à la maladie et relevant d'un regard anthropologique ou psychologique. Le malade, impuissant face au mal qui l'affecte doit trouver un sens que l'interprétation médicale n'épuise pas. On a vu comment, à l'hypothèse d'un malade en quelque sorte défini entièrement par le médecin et le système qui l'englobait, succédait une vision plus critique dans laquelle le patient se

trouvait de fait en conflit de perspective avec un professionnel de santé qui cherchait à imposer ses catégories de pensée en même temps qu'une autorité socialement fondée.

Les approches interactionnistes se situent en décalage face à un débat entre autorité et domination. Les patients sont de fait acteurs dans une perspective comme celle d'A. Strauss. Loin d'être une revendication, le travail de la maladie est largement commandé par la situation, en particulier par la situation hospitalière. Le but de la sociologie consiste alors rendre compte de la division sociale du travail et à faire émerger, rendre visible, ce travail spécifique du patient. En faisant du patient un travailleur, celui-ci devrait pouvoir acquérir une voix, un statut, la reconnaissance de ses compétences. Le patient ne devrait plus dès lors être considéré comme celui sur lequel s'exerce le soin mais bien comme un acteur d'un processus complexe et organisé.

La considération du malade comme un acteur et pas seulement comme une victime se fait en sociologie essentiellement sous l'angle de la maladie chronique et l'on comprend bien pourquoi. Alors que les pathologies aiguës sont propices à une suspension de l'organisation habituelle, des identifications, des modes de vie et à une sujétion à la contrainte forte mais provisoire du traitement, la chronicité du seul fait du temps long qu'elle implique engage non pas à suspension mais à modification, aménagement, orientations¹. La logique médicale qui tend à s'imposer dans l'aigu (et plus encore en cas de pronostic vital comme sur la table du bloc opératoire par exemple) fait figure dans la chronicité d'une contrainte parmi d'autres. La sociologie a, depuis Goffman² il y a un demi-siècle, fait de la maladie chronique un objet d'analyse majeur et un véritable champ de recherche³. Dans la maladie chronique, l'individu est malade mais il n'est pas que cela. Il est individu en

¹ La définition célèbre de G. Canguilhem de la maladie comme « autre allure de la vie » prend ici un sens spécifique. G. Canguilhem, *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, Paris : PUF, 1943.

² E. Goffman, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris : Ed de Minuit, 1968

³ cf. M. Bury, « The Sociology of Chronic Illness : a Review of Research and Prospects », *Sociology of Health and Illness*, 4, 1982, p. 167-182 et U. Gerhardt, « Qualitative Research on Chronic Illness : the Issue and the Story », *Social Science and Medicine*, 30 (11), 1990, p. 1149-1159.

étant malade. La maladie constitue ainsi une rupture biographique¹ dans laquelle sont remise en cause la conception de soi comme la conception du corps². Le besoin de santé n'apparaît désormais plus uniquement comme un besoin de médecine, un besoin médical.

Pourtant, ce n'est pas dans la chronicité que la santé va trouver une hypervisibilité sociale et politique. Dans sa phase d'émergence, le sida a toutes les caractéristiques de la maladie aiguë. Propagation sur le mode de l'épidémie, dissémination rapide, urgence vitale, fantasmes de malédiction, désignation de boucs émissaires, mobilisation face au fléau : tous les ingrédients du modèle ancien semblent réunis au début des années 1980 pour rompre avec la figure chronique qui semblait s'imposer après les victoires sur les maladies infectieuses. C'est sur cette configuration que le sida va imposer d'autres faces de définition des besoins des malades.

Peut-être parce que son histoire est courte, le sida illustre en raccourci les mouvements qui impriment leur marque sur le monde de la santé et qui débordent au-delà de cette pathologie. Le plus important d'entre eux du point de vue qui est le nôtre est sans conteste le statut que vont occuper les malades. Loin d'une perspective classique dans laquelle les patients demandent à leur médecin qu'ils leur fournissent les moyens de lutter contre la maladie, la mise en mouvement de l'action antisida fait exploser ces cadres. La scène du sida place au centre une nouvelle médecine fondée sur la recherche en train de se faire et sur les essais randomisés³. Les associations de malades⁴, après une première phase d'action intense mais ordinaire, se placent au début des années 90 sur ce terrain de la recherche et revendiquent non seulement une parole mais une véritable

¹ M. Bury, « Chonic illness as biographical diruption », *Sociology of Health and Illness*, 4, 1982, p. 167-182.

² J. Corbin, A. Strauss, « Accompaniments of Chronic Illness : Changes in Body, Self Biography and Biographical Time », *Research in the Sociology of Health Care*, 6, 1987, p. 249-281.

³ On parle à ce propos de médecine par les preuves ou médecine des preuves, traduction de *Evidence Based Medicine (EBM)*.

⁴ J. Barbot, *Les malades en mouvement, La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris : Balland, 2002.

implication jusque dans les protocoles¹. C'est ainsi au cœur même de la nouvelle médecine² que se positionne cette militance d'un modèle nouveau. Les malades ne se définissent pas comme patients (dans leur relation avec la médecine et le système de soins) mais comme malades (acteurs de par l'expérience de la maladie) contrairement aux associations de patients telles qu'elles existent avant l'avènement du sida ; la *Ligue contre le cancer* bâtie sur le modèle ancien de l'association pour les patients (et non pas de patients) référant à la clinique et aux évolutions scientifiques caractéristiques de la phase précédente³.

A propos du sida, ce sont les besoins qui sont redéfinis en même temps que les moyens de les remplir. Les acteurs militants reconfigurent le réseau dans lequel le médecin traitant n'est plus seul à exercer la médiation entre la production des connaissances et la maladie. Et surtout, ils participent à une élaboration en situation des règles éthiques qui régissent l'ensemble des relations entre acteurs : malades, médecins, chercheurs, laboratoires, Etat, associations. Ainsi l'impératif éthique qui portait auparavant plutôt sur le bras actif d'un essai se déplace désormais vers le bras placebo.

Dans son aspect critique et du fait d'un certain nombre de caractéristiques spécifiques⁴, le sida dans sa phase aiguë, semble avoir joué un rôle de potentialisateur des changements. Justement parce qu'il apparaît comme situation critique, il cristallise les évolutions de nos sociétés contemporaines dans le champ de la santé. Le sida semble donc montrer *a contrario* que la chronicité n'est pas nécessairement la perspective la plus pertinente pour voir à l'œuvre les reconfigurations des relations entre social et biologique. Les changements sociaux n'apparaissent pas là où l'enjeu de l'urgence vitale est le moins contraignant mais au contraire dans l'articulation avec cette

¹ S. Epstein, *Histoire du sida. T.2 : La grande révolte des malades*, Paris : Les Empêcheurs de penser en rond / Le Seuil, 2001.

² N. Dodier parle à ce propos d'« enclavement de la modernité thérapeutique », 2003, *op. cit.*

³ P. Pinel, *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France. 1890-1940*. Paris : A.M. Métailié, 1992.

⁴ On peut citer parmi celles-ci : l'âge moyen des personnes atteintes, leur niveau culturel, la contamination par voie sexuelle, la liaison avec le mouvement homosexuel.

pression, avec le savoir biologique et la statistique, avec la production de la science. Le mouvement antisida ne joue pas sur les marges de la science et de la médecine, il s'inscrit en son centre comme irruption de l'individu malade dans des réseaux d'action eux-mêmes en voie de recomposition. Ce constat à propos du sida n'est pas sans incidence sociologique. Loin de considérer qu'un objet est social ou biologique, il apparaît là qu'il est social parce que biologique. Ce sont les modalités de conduite des essais, d'expérimentation, de production des preuves, bref de faire de la science qui sont mises en cause par le mouvement antisida.

Des marges au centre¹, les effets du sida échappent à cette pathologie et redistribuent les orientations de santé : l'Etat se repositionne avec la création des agences, la médecine se reconfigure entre clinique et EBM, les malades desserrent l'étau de la définition hétéronome de leurs besoins². Ce déplacement de l'individu malade dans le tissu des relations de production du savoir scientifique et médical initié avec le sida ne se cantonnera pas aux situations critiques et va déborder l'action militante pour occuper l'ensemble du champ de la santé. C'est ainsi la vénérable *Ligue contre le cancer* qui est le fer de lance en France à la fin des années 90 du projet d'Etats Généraux des malades, sur le modèle des jurys citoyens allemands ou américains, qui ouvrent une scène aux témoignages d'individus malades et à l'expression de leurs besoins hors des médiations médicales.

Participation, relation entre la personne malade et les médecins, information, prévention, accès aux soins apparaissent comme des enjeux forts du point de vue des malades eux-mêmes. En France, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des

¹ Le cancer devient au début des années 2000 la première cause de mortalité dans la plupart des pays développés et devrait dans les prochaines années devenir la première cause de mortalité dans le monde.

² Il faudrait ajouter les laboratoires pharmaceutiques qui, avec le sida, sont apparus comme un acteur majeur et donc également un objet de contestation. Le financement de la formation médicale continue par les laboratoires ainsi que « l'affaire du *Vioxx* », antiarthritique commercialisé à partir de 1999 et retiré du marché en 2004 après démonstration d'effets induits de pathologies cardiovasculaires graves, montrent les laboratoires comme un acteur ambigu et fortement prescripteur d'orientations de santé. cf. P. Urfalino, *Le grand méchant loup pharmaceutique. Angoisse ou vigilance ?* Paris : Ed. Textuel, 2005

malades et à la qualité du système de santé, dite Loi Kouchner, traduit en termes législatifs cet impératif de démocratie sanitaire¹. Cette dernière s'inscrit dans un mouvement qui dépasse le cadre national et redéfinit les rôles accordés aux malades et aux professionnels de santé. Ainsi l'accès au dossier médical personnel est désormais ouvert à chaque malade alors que le consentement libre et éclairé doit être recueilli pour tout acte médical, constituant un cadre profondément renouvelé à la relation médecin-malade. Cette loi majeure s'intègre dans un dispositif institutionnel qui n'est pas réductible aux clivages politiques : de multiples plans opérationnalisent l'impératif de santé publique en même temps qu'ils déclinent en différents domaines la redistribution des rôles entre acteurs : Plan de lutte contre la douleur (1998), Plan de développement des soins palliatifs (1999), Plan Cancer (2003) qui donne lieu à la création de l'Institut National du Cancer (INCa), Plan pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007)... Dans chacun des cas, la position centrale du patient est réaffirmée et la priorité accordée à la qualité de vie vient compléter si ce n'est concurrencer ou remplacer l'objectif de maintien de la vie.

Est-ce à dire que le malade aurait éclipsé le professionnel ou qu'il aurait renversé le pouvoir médical² ? que la vérité sur la maladie succéderait au mensonge médical³ ? ou pour le formuler en termes plus strictement sociologiques le patient parsonien aurait-il succombé aux assauts de la démocratie sanitaire ? l'autonomie socialement déléguée au médecin afin de définir les besoins liés à la menace que fait peser la maladie est-elle en voie d'être transférée au malade ? Rien n'est moins sûr pourtant et il

¹ On peut voir dans différents dispositifs législatifs et réglementaires depuis la fin des années 1970 les prémices de la formulation de 2002 : en particulier la charte du patient hospitalisé (1974, 1995), la loi de 1979 qui prévoit un droit de communication des informations à caractère médical par l'intermédiaire d'un médecin désigné par le malade et la loi de 1988 sur la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales.

² P. Hassenteufel, « Vers le déclin du pouvoir médical ? Un éclairage européen : France, Allemagne, Grande-Bretagne », *Pouvoirs*, 89, 1999, p. 51-64.

³ S. Fainzang, *La relation médecins-malades : information et mensonges*, Paris, PUF, 2006. Dans cet ouvrage, l'auteur fait une lecture du mensonge médical fréquent comme préservation du pouvoir médical.

faudra se préoccuper non seulement de changements de l'ordre du droit mais aussi du caractère effectif des mutations de cette relation pour envisager quelques éléments de réponse à ces questions. Pourtant une part de ceux-ci étaient déjà fournis par les témoignages issus des Etats Généraux. Les revendications exprimées par les malades apparaissaient alors à la fois fondamentales et bien tempérées, pouvant apparaître comme une définition minimale de la justice : que l'information puisse être délivrée lorsque le malade en fait la demande, que l'accès aux soins soit garanti, que la personne hospitalisée ne soit pas considérée comme un incapable majeur, qu'aux atteintes de la maladie ne se rajoutent pas des difficultés d'emploi, d'assurance, d'organisation... bref, que l'imposition d'une sphère d'activité occasionnée par la maladie ne vienne pas recouvrir l'ensemble des domaines d'activité du malade. Arrivé à ce point, on peut difficilement ne pas faire le lien avec le sentiment de justice des collégiens revendiquant de ne pas être déduits de leurs résultats scolaires.

Pourtant, on ne méconnaît pas que c'est justement en assimilant l'individu à la maladie que le modèle classique de soin pensait, et pense encore largement (comme nous tous probablement) qu'il est possible d'éduquer comme de soigner. En ce sens les modèles holistes, qui se revendiquent de la personne globale et qui s'appuient sur la domination de la composante psychologique nous paraissent plus comme une tentative de sauver un modèle ancien que comme une perspective novatrice¹.

Plus encore, on peut faire l'hypothèse que la réduction de l'individu malade à sa maladie, loin d'être un détail ou une

¹ Je rangerais assez aisément dans les modèles holistes les référents médicaux d'une « médecine de la personne » souvent d'inspiration psychanalytique ainsi que la conception de la personne globale défendue par les élites infirmières. Les théories du *care* dans leurs formulations les plus récentes mériteraient plus ample examen. J'aurais tendance à faire l'hypothèse qu'elles ne sont pas homogènes et qu'elles sont clivées entre conservation du modèle classique d'une part, et formulation d'une alternative de justice d'autre part. Cf. C. Gilligan, *Une voix différente. Pour une éthique du care*, Flammarion, 2008 et M. Jouan, S. Laugier, *Comment penser l'autonomie*, Paris : PUF, 2009.

caractéristique seconde du modèle classique de soin, en constitue un fondement. C'est parce que l'individu est sa maladie que les besoins induits par cette dernière doivent être entièrement satisfaits. Si cette configuration nous paraît par bien des aspects difficile à soutenir aujourd'hui (qui revendiquerait la figure d'un malade ignorant se livrant au savoir scientifique personnifié ?), sa disparition ne risque-t-elle pas de faire disparaître toute possibilité d'assumer collectivement la santé définie comme un besoin ?

Les choix des individus : acteurs ou consommateurs ?

Comment ne pas voir que dans les modèles classiques de socialisation, les individus sont fonctionnellement, si ce n'est absents du moins peu à même d'exercer des choix ? Le domaine d'activité importe peu ; pour être soigné comme pour être éduqué, l'individu est livré à une institution qui, par son emprise, est censée le libérer des aliénations naturelles que constituent l'ignorance ou la maladie. Il s'agit évidemment là d'un modèle tout théorique et il va de soi que, de fait, l'individu n'est pas une pâte molle et une part non négligeable de la sociologie en santé comme en éducation a consisté à montrer que l'élève et le malade ne sont pas entièrement agis. Ils participent au travail institutionnel, ils réalisent même une part centrale de celui-ci. Les notions de métier d'élève¹ ou de travail du patient² relèvent de cet engagement de l'individu dans l'action institutionnelle. Ils

¹ P. Perrenoud, *Métier d'élève et sens du travail scolaire*, Paris : ESF, 2004.

² Pour A. Strauss, le patient est impliqué dans tous les types de travail qu'il a répertoriés comme caractérisant l'activité hospitalière travail : machine work ; safety work ; comfort work, sentimental work, articulation work

montrent qu'une part de ce travail est invisible aux professionnels qui tendent à le minimiser. Autrement dit, même dans l'école de la troisième république ou dans l'hôpital des années 50, la considération que l'élève et le malade devraient seulement se conformer aux attentes des professionnels et agir selon les exhortations institutionnelles est plus idéologique qu'empiriquement vérifiable.¹

Il n'en reste pas moins que la mise à distance de la subjectivité du collégien ou celle du patient fait partie intégrante du programme institutionnel. La sociologie de l'éducation, dans sa version la plus classique comme dans sa version critique insiste sur les décalages entre socialisation familiale et socialisation scolaire. Qu'elle soit formulée en terme de violence symbolique comme expression d'une distance et d'une domination d'une culture sur une autre, comme différence dans les aspirations de chacune des catégories ou comme inégale capacité à élaborer des orientations stratégiques, l'élève est toujours pris en tenaille entre l'école et la famille. La sociologie rend ainsi compte de la dispute entre l'école et les parents et souligne que toutes les familles ne jouent pas à armes égales. Les unes, mieux dotées en ressources et compétences du fait de leur plus grande proximité culturelle, se jouent de cette dispute soit en maîtrisant les règles soit en les contournant, alors que les autres, mal équipées pour cette épreuve en font les frais en croyant se conformer aux attentes qu'elles ont cru pouvoir déduire. Plus encore, la sociologie tente de saisir les mécanismes qui conditionnent cette inégale répartition des capacités et propose régulièrement des pistes de résolution de ce dilemme : si des philosophes ou des essayistes défendent la perspective de l'égalisation des conditions par l'intensification de la séparation entre école et familles, cette position trouve bien peu d'échos chez les sociologues dont le paradigme inclut l'équivalence entre l'affirmation de la neutralité et la production des inégalités. En

¹ Pour une vision plus réaliste du lycée au XIX^{ème} : cf. A. Thiercé, « Révoltes de lycéens, révoltes d'adolescents au XIX^{ème} siècle », *Histoire de l'éducation*, 89, 2001, p. 95-120. L'hôpital pour sa part a été pendant longtemps un lieu dans lequel celui qui y trouvait le gîte, le couvert et quelques soins devait participer par son travail à la bonne tenue du lieu voire à une production de type artisanal.

tenant à distance les familles, l'école ne fait qu'entériner une inégalité structurelle et favorise la reproduction.

Choisir son médecin

Qu'en est-il en santé ? La littérature sociologique relative au rapport entre l'individu malade et ses appartenances d'une part et le système de soins d'autre part est bien moins considérable que celle consacrée aux rapports école-familles. Ce constat constitue à lui seul un fait marquant si l'on admet qu'il n'y a aucune raison de considérer que les décalages avec la culture médicale ne sont ni moindres ni moins actifs que ceux qui ont été relevés, analysés, interprétés avec la culture scolaire.

C'est moins la réalité sociale qui est en jeu ici que le travail sociologique et le choix de ses objets.

On a vu comment dans le modèle classique le malade n'était plus tout à fait une personne dans la mesure où la perte d'une part de ses moyens le plaçait dans une situation de régression, infantilisé, diminué

. Qui n'a assisté à la scène où, dans un hôpital un membre du personnel soignant s'adresse à la troisième personne à un hospitalisé alité, ne peut saisir la portée empirique et pas seulement métaphorique de ce modèle. Et c'est d'abord face à cette asymétrie que la sociologie de la santé s'insère. Que ce soit pour la théoriser comme nécessité pour l'instauration du rapport thérapeutique ou pour la mettre en cause comme forme abusive d'un pouvoir social qui se revendique de sa compétence biologique, justice et injustice se jouent dans le rapport entre le malade et le professionnel.

Ce postulat initial, très peu érodé jusqu'à aujourd'hui, consiste à faire de la catégorie *malade* une catégorie sociale à part entière. Certes ce malade peut être décliné et prendre des affiliations multiples (employé, femme, immigré, adolescent...) mais ces dernières apparaissent comme secondaires dans l'analyse. Même sous sa forme critique, la majeure partie de la sociologie de la santé (comme d'autres domaines de la

sociologie ?) tend à faire de ses propres constructions des catégories premières. Autrement dit, il s'agit de regarder le monde à travers le filtre de ce que nos sociétés reconnaissent comme maladie et comme malade et non pas de saisir comment la maladie s'applique à des catégories prédéfinies dans d'autres champs. Cela va-t-il à l'encontre d'une sociologie générale ? Certainement si l'on considère que les catégories sont descendantes et que, construites préalablement, on devrait en vérifier la bonne tenue dans chacun des mondes sociaux ; peut-être pas si l'on admet que le fait d'être ou non malade est aussi structurant que d'être ou non employé ou cadre.

Bien sûr, cela n'empêche en rien d'analyser comment se décline la relation au système sanitaire selon la catégorie professionnelle ou le niveau d'étude et de constater que, comme en éducation, il y a bien une appropriation différenciée des catégories liées à la maladie que ce soit sur la mention de symptômes, sur les maladies déclarées ou sur la consommation de soins. Certes il est toujours loisible dans une perspective parsonienne d'interpréter ces différences comme l'adoption sélective du rôle de malade en fonction du niveau d'éducation mais la théorie doit être au moins amendée car contrairement à la situation de l'après-guerre, les catégories les plus élevées ne consomment pas plus de soins ; de même une interprétation par la violence symbolique peine à rendre compte de différences de recours aux soins qui ne reproduisent pas entièrement les inégalités sociales et qui obligent à reconsidérer l'inégalité de genre ; reste la mise au jour de capacités stratégiques par les sociologues des organisations qui ont fait de l'hôpital un terrain privilégié de recherches, revendiquant le terme d'usager comme référant à une capacité d'action. F.X. Schweyer énonce ainsi cette perspective : « Parce qu'il possède des ressources organisationnelles, et qu'il peut maîtriser des incertitudes pertinentes, le malade est un acteur du système hospitalier. La première ressource dont il dispose est la liberté de choix. L'usager vote avec ses pieds et s'adresse à l'établissement de son choix comme le lui permet le système. Ces choix sont plus ou moins médiatisés par les réseaux d'adressage des médecins traitants mais ils ne s'y réduisent pas, car le malade peut, en principe, changer de médecin comme il change d'établissement

de soins. Il met en concurrence directe le secteur public et le secteur privé, mais aussi les hôpitaux publics entre eux ».¹

Nul n'est besoin d'adhérer à la perspective théorique qui inspire ce propos pour reconnaître la centralité de la question du ou des choix. Comment considérer le malade ou l'élève dans une perspective actionnaliste sans faire une place à cette détermination qui, dans la mesure où l'élève et le malade sont en grande partie contraints par le système, constitue une des rares possibilités d'action qui lui sont concédées. En ce sens relire la citation précédente en remplaçant les termes *malade* et *hôpital* par *élève* et *école* est un exercice digne d'intérêt.

La question que je souhaite poser ici est double : quelles possibilités de choix le système sanitaire et le système scolaire octroient-ils à leurs publics ? quel statut la sociologie de l'école et celle de la santé accordent-elles aux choix des publics ?

En matière de santé les choix de l'individu sont d'abord ceux du professionnel et du lieu de soins. Le code de santé publique stipule ainsi que « le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire »². Cet aspect du système de santé français est si intégré qu'il est même rarement rappelé. Depuis une soixantaine d'années que les hôpitaux publics ont cessé d'être le lieu de soin des pauvres et des indigents³ en s'ouvrant à l'ensemble des malades⁴ et que la sécurité sociale a commencé à rendre les soins accessibles à une grande part de la population, le modèle français combinait une ouverture à tous de l'ensemble des structures de soins, un financement largement mutualisé et un exercice en partie libéral de la médecine. Dans ce

¹ F.X. Schweyer, « Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public », in G. Cresson, F.X. Schweyer, *Les usagers du système de soins*, Rennes : Ed de l'ENSP, 2000, p. 37-54, p. 43.

² CSP- article 1110-8

³ C. Maillard, *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment la santé est devenue une affaire d'Etat*, Paris : Dunod, 1986.

⁴ La sortie d'un modèle de partition entre système public pour les plus pauvres et système privé pour ceux qui étaient en état de financer leur soin a constitué un grand enjeu de l'entre deux guerres. La création des Centres de Lutte contre le Cancer (CLCC) dans les années 1920 s'est ainsi heurtée à l'opposition des médecins libéraux qui refusaient que la médecine moderne qui s'y élaborait soit ouverte à toutes les catégories sociales. .

modèle, si le patient peut théoriquement choisir son médecin, l'hôpital, et même le service dans lequel il va être soigné, le médecin quant à lui ne dispose pas d'un choix tout à fait équivalent vis-à-vis du patient puisque, s'il peut pour des raisons personnelles refuser de soigner un patient, il doit s'assurer de la continuité des soins et l'adresser à un confrère. La symétrie entre médecin et patient repose donc plutôt sur le fait qu'en choisissant son médecin, le patient se livre en quelque sorte à celui-ci. Au libre choix de l'un répond le pouvoir de l'autre. Ce libre choix est pourtant limité du fait d'une densité médicale relativement faible mais surtout parce qu'il constitue d'abord le support d'un exercice libéral de la médecine¹. Pendant longtemps, le choix de la clinique ou de l'hôpital public mérite à peine d'être pensé comme un choix tant il est indexé sur les caractéristiques sociales et plus encore économiques des malades.

Le libre choix du médecin et de la structure de soins change de statut avec l'avènement de ce qu'il est convenu aujourd'hui d'appeler la démocratie sanitaire. Ce choix n'est plus seulement un principe fondateur ou le vestige d'une distribution sociale ancienne mais aussi la marque d'un nouveau rapport aux soins. Alors qu'il garantissait le statut du médecin, ce droit au libre choix devient un droit du malade et participe de ce mouvement de démocratisation : si l'urgence, la multiplicité des intervenants à l'hôpital, l'organisation des services ou l'agrément lié à certains régimes spéciaux de sécurité sociale ne facilite pas ce choix, il n'en est pas moins formulé comme tel et le code de déontologie médicale stipule même que « le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit »². Le refus de soins, mis au jour ces dernières années par des opérations de *testing*³ et dénoncé par les structures militantes constituées autour des

¹ Cf. l'article 162-2 du Code de la sécurité sociale : « Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin »

² Code de déontologie médicale, article 6.

³ La pratique du *testing* comme élément probant de démonstration du refus de soin était mentionnée dans une rédaction initiale de la loi *Hôpital, Patient, Santé, Territoire* mais a disparu du texte adopté en juin 2009.

enjeux de santé¹, contrevient manifestement à ce droit et fait à ce titre l'objet d'actions militantes.

Le droit au choix apparaît à ce titre comme consubstantiel à la nouvelle matrice qui encadre la relation des malades avec le système de soins. Reconnaître aux patients des droits : d'accéder aux soins, de ne pas être discriminé, d'être informé, éclairé, de consentir ou de refuser, c'est aussi lui reconnaître le droit de choisir le professionnel qui le soigne et la structure qui l'accueille. Avant de poser la question de la figure analytique qui peut rendre compte de cette évolution, il faut évoquer quelques cas dans lesquels ce principe de choix s'est trouvé mis en cause : j'en relèverai ici deux de nature très différente.

En 2003, suite à ce qu'on a nommé «l'affaire du voile», est composée à la demande du Président de la République, la commission de réflexion sur l'application du principe de laïcité dans la république (dite commission Stasi) qui va auditionner pendant quatre mois un nombre considérable de grands témoins d'horizons très divers. A l'issue de ces auditions la commission rendra un rapport qui fera couler beaucoup d'encre et qui donnera lieu l'année suivante à la promulgation de la loi sur les signes religieux dans les écoles publiques² reprenant une partie des propositions contenues dans le rapport. Si les travaux de cette commission se sont centrés sur l'école, deux autres secteurs sont envisagés nommément : la justice et l'hôpital. Le constat qui est fait à propos de la situation hospitalière est alarmant :

«L'hôpital avait déjà été confronté à certains interdits religieux, tels que l'opposition à des transfusions par des témoins de Jéhovah. Plus récemment se sont multipliés les refus, par des maris ou des pères, pour des motifs religieux, de voir leurs épouses ou leurs filles soignées ou accouchées par des médecins de sexe masculin. Des femmes ont ainsi été privées de péridurale. Des soignants ont été récusés au prétexte de leur confession supposée. Plus généralement, certaines préoccupations religieuses des patients peuvent perturber le fonctionnement de

¹ On peut citer en particulier le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) créé en 1996 et qui regroupe une trentaine d'associations de malades et de consommateurs autour des thématiques de santé en particulier de démocratie sanitaire.

² Loi n°2004-228 du 15 mars 2004 encadrant, en application du principe de laïcité, le port de signes ou de tenues manifestant une appartenance religieuse dans les écoles, collèges et lycées publics.

l'hôpital : des couloirs sont transformés en lieux privatifs de prière ; des cantines parallèles aux cantines hospitalières sont organisées pour servir une nourriture traditionnelle, au mépris des règles sanitaires.»¹ et les préconisations qui en sont tirées sont en proportion de l'alerte : « A l'hôpital, les patients se voient garantir la libre pratique de leur culte et la manifestation de leurs convictions religieuses. Le modèle de Charte du patient, proposé par le ministère comme modèle aux établissements de santé indique ainsi qu'« un patient doit pouvoir suivre dans la mesure du possible les préceptes de sa religion ». En revanche, il ne peut, par son comportement, remettre en cause le fonctionnement du service. Refuser de se faire soigner par un médecin de l'autre sexe, ou de respecter les règles d'hygiène et de santé publique, n'est pas acceptable. Le législateur a, en mars 2002, consacré les droits des malades au sein du système de soins hospitalier. Il faut éviter que cette avancée législative ne favorise en même temps le développement d'attitudes exclusivement consuméristes. Elle pourrait se doubler d'une traduction dans une loi des obligations que les patients doivent respecter. Seraient précisés le respect des obligations sanitaires, des règles indispensables au bon fonctionnement du service public, et l'interdiction de récuser un agent.»²

On peut relever d'abord que c'est par une sorte de transposition des problématiques scolaires sur l'hôpital qu'est construit un enjeu nouveau. Ainsi cette affaire qui n'avait jamais auparavant défrayé la chronique hospitalière, et dont il faut bien dire qu'elle ne le fera plus après, hormis durant les quelques semaines qui suivent la parution du rapport, nécessiterait rien moins qu'une nouvelle loi, pendant de celle du 4 mars 2002, qui rétablirait l'équilibre des plateaux de la balance en précisant les devoirs des patients. Dans le monde de la santé, des voix s'élèvent pour relever l'excès et rappeler le caractère essentiel du droit des patients au libre choix du professionnel de santé : C. Evin, qui fut ministre de la santé déclare : «Le législateur, depuis plus de dix ans, a toujours insisté sur le libre choix du médecin, y compris à l'hôpital. Dans la réalité, il y a des patientes qui préfèrent être suivies par une femme, ou l'inverse, pour des

¹ Commission de réflexion sur l'application du principe de laïcité dans la république rapport au président de la république remis le 11 décembre 2003, p. 42.

² *Op. cit.*, p. 61

raisons qui n'ont rien à voir avec des questions religieuses. Il est dommage d'enfermer le principe du libre choix dans la seule problématique religieuse. Il est clair qu'en situation d'urgence, ou bien lorsque cela remet en cause l'organisation du service hospitalier, le patient ne peut pas exercer son choix. Pour le reste... »¹.

Si le rapport de la commission Stasi ne donnera pas lieu à une transcription législative de ses propositions pour l'hôpital, il démontre une vive inquiétude par rapport au modèle classique de soins. La logique des droits des patients est-elle bien tenable et ne risque-t-elle pas d'occasionner des conflits inextricables ? Au-delà du religieux, ce sont « les attitudes exclusivement consuméristes » qui sont dénoncées. Le mot est lancé : les droits ne peuvent-ils faire du patient autre chose qu'un consommateur ? Avant d'envisager plus sérieusement cette question en pensant ensemble hôpital et école, je voudrais mentionner ici une autre situation dans laquelle la question du choix du médecin est posée dans des termes tout à fait différents.

Dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, et conformément à une préoccupation de longue date des médecins généralistes de constituer le pivot de l'orientation des soins, le dispositif du parcours de soins coordonné fait du médecin traitant le *gate keeper* du système, comme c'était déjà le cas de longue date en Grand-Bretagne ou en Suède et depuis 2004 en Allemagne. En France à partir de 2005², tout patient de plus de seize ans est invité à établir une déclaration dans laquelle il fait nommément le choix de son médecin traitant qui l'orientera en cas de besoin vers un spécialiste. Cette déclaration n'est pas obligatoire mais conditionne le remboursement optimum des frais médicaux. Hors parcours de soins coordonné, le remboursement de la sécurité sociale s'effectue sur une base plus faible, le spécialiste ayant la possibilité de procéder à dépassement alors que les mutuelles n'ont pas la possibilité de couvrir la différence. Cette réforme controversée qui vise à lutter contre le nomadisme médical ne réduit pas formellement le choix du médecin puisque c'est le patient qui décide, par

¹ « L'hôpital sous le coup de la loi laïque », *Libération*, 19 décembre 2003,

² Après la mise en application effective de la section 1 du titre I de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie portant sur le parcours de soins coordonné.

déclaration du nom de son médecin traitant mais il n'a plus complètement la maîtrise de son accès au spécialiste s'il souhaite éviter les pénalités de remboursement. D'autre part, il doit procéder à une nouvelle déclaration s'il souhaite changer de médecin traitant. Le mécanisme conditionne ainsi une couverture optimale des frais de santé à une limitation de l'exercice du choix du médecin. La responsabilisation des patients, maître mot du dispositif, consiste à mettre en balance les gradations dans le libre choix du médecin et le remboursement des soins.

Cette association entre choix du patient et logique de responsabilisation prend des formes diverses ces dernières années selon les pays et les modèles de couverture sociale de la maladie qui les régissent. Ainsi la Suède et la Grande-Bretagne qui relèvent d'un système Beveridgien de pilotage étatique et de pilotage par l'égalisation des résultats¹, ont mis en place des politiques d'élargissement du choix du patient. La Suède, avec une forte tradition de médecine de secteur, prend cette orientation dès le début des années 1990 sans qu'elle semble produire de changement majeur². En Grande-Bretagne, après la radicalisation de l'ère Thatcher et la réduction drastique des dépenses publiques du système de santé considéré comme « un puits sans fond », le choix du *General Practitioner*³ est de nouveau signifié dans le plan initié par le *New Labour* en 2000⁴ et renforcé encore en 2005 comme un des moyens de développer la responsabilité des patients dont il est attendu une meilleure efficacité du système⁵. J. Newmann et E. Kuhlmann⁶, comparant deux modèles aussi différents que la Grande-Bretagne et l'Allemagne, concluent à des évolutions croisées du patient consommateur dans un processus de modernisation des modes

¹ S. Rameix, « Théories de la justice et systèmes de santé », in JM. Mouillie, C. Lefevre, L. Visier, *Médecine et sciences humaines. Manuel pour les études médicales*, Paris : Les belles lettres, 2007, p. 496-514.

² U. Wimblad, « Do Physicians Care about Patient Choice », *Social Science and Medicine*, 67/10, nov. 2008, p.1502-1511.

³ Le GP anglais a un rôle d'orientateur plus affirmé que le médecin généraliste français et est souvent à la tête d'une structure plus importante comprenant une équipe de professionnels de santé.

⁴ I. Greener, « Towards a history of choice in UK health Policy », *Sociology of Health and Illness*, Vol. 31, n° 3, 2009, p. 309-324.

⁵ R. Lewis, « More Patient Choice in England's National Health Service », *International Journal of Health Service*, 35/3, 2005, p. 479-483.

⁶ J. Newman, E. Kuhlmann, « Consumers enter the political stage ? The modernisation of health care in Britain and Germany », *Journal of European Social Policy*, 17 / 2, 2007.

de gouvernance.

Dans ces situations comme dans bien d'autres, la perspective d'un patient acteur de ses choix est intégrée à celle d'une nécessaire régulation des dépenses et d'une amélioration de la qualité du système ; ce qui peut conduire à affirmer que « la construction d'un consommateur de soins légitime une politique de régulation par la demande dont les effets sont pour le moins discutables »¹. L'individualisation du patient comme sujet de droits serait-elle un leurre masquant la puissance de la logique économique ou de l'administration triomphante du secteur ?

D. Tabuteau répond à cette question en distinguant deux niveaux : « la gestion par l'individu de son « capital santé » n'a rien à voir avec l'illusoire et contestable « responsabilisation » qui se borne à limiter la demande de soins par l'augmentation du ticket modérateur et plus largement par l'accroissement du « reste à payer » par le malade. Elle doit reposer sur un processus d'éducation pour la santé, sur un parcours individuel de prévention et de suivi tout au long de la vie, sur une information régulière des nécessités et des coûts de l'assurance maladie.² (...) Simples « usagers » aujourd'hui, ils doivent être reconnus comme des acteurs directs de sa gestion, avec les obligations et devoirs que ce rôle impose. » Autrement dit, il y aurait une responsabilisation leurre à laquelle on pourrait opposer une action positive du patient exigeante et informée. Aux devoirs anciens du patient définis par la soumission à l'autorité professionnelle, se substitueraient des obligations nouvelles nécessitant un engagement individuel. C. Le Pen quant à lui relève que ni les économistes ni les médecins ne jugent tout à fait raisonnable la participation active des patients aux décisions techniques et économiques relatives à la santé du fait du manque d'information d'une part et du « brouillage de la raison » qu'occasionnerait la maladie³. Il en appelle à la considération de la « personne malade » et non pas seulement du « patient »,

¹ P. Batifoulier, J.P. Domin, M. Gadreau, « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française », *Revue française de socioéconomie*, 1, 2008, pp. 27-46, p.43

² D. Tabuteau, « Les autres défis de l'assurance maladie », *Les tribunes de la santé*, n°4, 2004/3, p. 111-125, p. 119-120

³ C. Le Pen, « « Patient » ou « personne malade » ? Les nouvelles figures du consommateur de soins », *Revue économique*, 60 /2, 2009, p. 257-271, p. 258.

considérant en tant qu'économiste qu'il y a bien là une « nouvelle donne » même si les conflits de position entre les financeurs et les producteurs de soins, parlant chacun au nom de l'utilisateur, ont occulté longtemps la montée en puissance de la demande de soin par la « personne malade ». Dans ce mouvement, s'il va de soi que personne en tout cas en Europe ne propose un modèle de « responsabilisation financière » qui s'exonérerait de toute mutualisation des dépenses, l'équité est avant tout une question d'information : « Il est devenu banal de constater que l'inégalité devant l'accès à l'information sur la qualité des soins devient plus importante que l'inégalité d'accès devant les soins eux-mêmes »¹, même si sur certains territoires, la domination du secteur 2 dans quelques spécialités fait peser une disjonction toujours plus importante entre dépenses de soin et niveau de remboursement.

La représentation tutélaire du patient laissant la place à un « malade sécularisé », qui plus est pour les maladies chroniques qui laissent la capacité d'agir bien au-delà du cadre de sa maladie, le malade est bien aussi un consommateur. Pourtant, le réduire à ce rôle relève d'un parti pris théorique qui rabat toute action humaine sur une rationalité instrumentale de type économique. D'un point de vue sociologique, les enquêtes valident peu la domination d'une action strictement consumériste. Les malades apparaissent au contraire osciller entre plusieurs modalités d'action : sont ainsi constatés des va-et-vient entre délégation passive des choix au médecin et action réflexive², des formes d'engagement des patients spécifiées selon le degré d'homogénéité que le patient attribue au savoir médical³, observance et non observance, qui sont loin d'être réductibles aux caractéristiques sociodémographiques des patients et souvent mieux expliqués par des facteurs contextuels⁴.

¹ C. Le Pen, *op. cit.*, p. 264.

² D. Lupton, « Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter », *Social Science and Medicine*, 45/3, 1997, p. 373-381.

³ J. Barbot, N. Dodier, « L'émergence d'un tiers public dans la relation malade-médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH », *Sciences sociales et santé*, 18/1, 2000, p. 75-120.

⁴ N. Moumjid-Ferdjaoui, M.O. Carrere, « La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale », *Revue française des affaires sociales*, 54/2, p. 73-88.

Nombre d'analystes qui s'essaient à une redéfinition de la relation malade-médecin contemporaine insistent sur la continuité autant que sur la rupture : modèle de la décision partagée dans lequel le médecin est le « parfait agent du patient »¹ ou paternalisme tempéré (le « décider pour ») imbriqué dans un libéralisme mesuré du fait de l'asymétrie des positions², vulnérabilité assumée au sein de l'individualisme démocratique³. Si la primauté du principe d'autonomie sur le principe de bienfaisance⁴ est largement admise (bien qu'on a vu avec l'exemple de la commission Stasi, la difficulté à admettre le choix du genre du médecin), bien peu se hasardent aujourd'hui à analyser cette relation sur un strict modèle de marché.

Alors que la judiciarisation de la médecine considérée un temps comme un fléau qui empêcherait un exercice serein de l'activité médicale et risquerait de faire périr certaines spécialités sous les primes des assureurs semble aujourd'hui bien limitée⁵, cette polarisation sur l'aigu (et en particulier sur l'acte chirurgical), semble largement contrebalancée par les dimensions liées à la chronicité telles le *care* et la qualité de vie.

¹ C. Charles, A. Gafni, T. Whelan, « Shared decision-making in the medical encounter : what does it mean ? » *Social Science and Medicine*, 44/5, 1997, p. 681-692.

² A. Jaunait, « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », *Raisons politiques*, 11, août 2003, p. 59-79.

³ J.P. Pierron, « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé*, 25/2, juin 2007, p. 43-66.

⁴ T. Beauchamp, J. Childress, *Principes d'éthique biomédicale*, Paris : Les Belles Lettres, 2008.

⁵ D. Thouvenin, « Est-il pertinent de parler d'une judiciarisation de la médecine ? », in J.M. Moullie, C. Lefevre, L. Visier, *Médecine et sciences humaines, Manuel pour les études médicales*, Paris : Les Belles Lettres, 2007, p. 462-468. Cf. également Observatoire des Risques Médicaux (ORM), *rapport 2005-20006*, Paris, 2007.

Choisir son collège

Après avoir envisagé les enjeux sociaux du choix du médecin et du lieu de traitement ainsi que le statut accordé au patient dans celui-ci, c'est maintenant le choix de l'établissement scolaire qui va constituer mon propos et qui sera abordé par l'exemple du collège, palier le plus étudié et le plus sensible puisque c'est à l'issue de celui-ci que la grande majorité des élèves va être soumise à ses premières orientations. Le choix du collège, contrairement au choix du médecin fait l'objet d'une importante littérature sociologique et constitue un enjeu politique¹.

Les enquêtes sociologiques enchaînent depuis les années soixante les constats de fortes inégalités sociales du système éducatif français. Comme on l'a vu dans le chapitre 2 l'hétérogénéité amenée par la massification conduit les analyses à s'orienter vers la différenciation des contextes et des environnements, et à prendre en compte les effets de ces contextes sur les parcours. L'existence d'une ségrégation sociale et ethnique dans certains établissements scolaires, qui engendrerait des difficultés spécifiques, est reconnue officiellement avec la création des Zones d'Éducation Prioritaires (ZEP) en 1981. Le mouvement de concentration des populations scolaires, qui résulte de l'accentuation de la concentration dans l'espace urbain des populations en difficulté et de la fuite des populations plus favorisées des espaces populaires, devient une des préoccupations essentielles des politiques scolaires. Dès lors, est posée la question de la place qu'occupent les choix par les familles du collège de scolarisation de leur enfant dans ce mouvement ? La carte scolaire qui, dans une optique de rationalisation de l'offre, distribue depuis 1963 les élèves dans les collèges publics favorise-t-elle la mixité sociale et partant l'égalité ? En effet, la sectorisation établit un lien mécanique entre ségrégation urbaine et ségrégation scolaire. Non seulement elle fait correspondre passivement des espaces sociaux et scolaires

¹ La campagne présidentielle de 2007 a ainsi vu des positions tranchées s'opposer à propos de l'avenir de la politique de sectorisation, appelée communément « carte scolaire ».

mais on sait qu'elle initie dans certaines zones urbaines les dynamiques résidentielles des familles.¹ Découpage de la carte scolaire, gestion des dérogations, politiques des établissements, offres d'options spécifiques visant à garder ou à attirer quelques élèves de milieu favorisé², classes de niveau, « colonisation » par les parents dans certains établissements³. Les analyses des sociologues sont nombreuses sur la fabrique par les établissements de la ségrégation.

Aujourd'hui tout comme à la fin des années 80, environ un enfant sur dix est scolarisé dans un collège public hors secteur, et deux sur dix dans un collège privé. Si rien au niveau national ne permet d'affirmer une augmentation des stratégies d'évitement du collège public de secteur par les familles, l'existence d'une ségrégation sociale très marquée dans certains établissements contraint aujourd'hui à se poser la question de ses effets. Quelles sont les incidences de ces expériences différenciées de scolarisation ? Plus particulièrement existe-t-il un effet de la mixité sociale sur les parcours scolaires, effets de pairs, du quartier, du voisinage ?⁴ La composition de la classe, de l'établissement, du quartier affectent non seulement les normes des élèves mais également les attentes, système d'évaluation et objectifs des enseignants. Les enquêtes démontrent des effets de la qualité des contextes sociaux, spatiaux, sur les parcours scolaires et sur les socialisations. Ces analyses soulignent que les effets sur les parcours scolaires ne se limitent pas à l'établissement fréquenté, mais incluent l'influence de la communauté environnante, plus ou moins mobilisée autour de l'école, fournissant aux adolescents des modèles identificatoires. Autrement dit, la ségrégation urbaine entretient et reproduit ce que les économistes appellent des externalités négatives. La mixité sociale à l'école peut alors être interrogée comme ressource d'une politique d'égalité des chances mais l'évaluation de l'influence propre à la composition sociale de la classe sur les résultats des élèves est difficile. S'il est admis que ces effets sont

¹ B. Maresca, G. Poquet, J. Courel et al. *Les Articulations entre le système éducatif et la division sociale des espaces résidentiels en Ile-de-France*. Paris : DREIF, 2002.

² J.P. Payet *Collèges de banlieue, ethnographie d'un monde scolaire*. Paris : Klincksieck, 1995.

³ A. Van Zanten, *L'école de la périphérie. Scolarité et ségrégation en banlieue*, Paris : PUF, 2001.

⁴ E. Maurin, *Le ghetto français. Enquête sur le séparatisme social*. Paris : Seuil, 2004.

moindres que ceux de l'origine sociale de l'élève, ils augmentent avec le temps lorsque l'élève reste dans le même contexte.¹

On a vu comment le rapport Coleman montrait dès 1966 que tous les élèves faibles ont avantage à fréquenter une école au public plutôt favorisé. Pour lui, les ressources apportées par le *school mix*, la composition sociale et scolaire du public d'élèves, s'avèrent supérieures à celles venant de l'école même : financement, maîtres, pédagogie. La concentration d'élèves faibles ou de milieu défavorisé tend à affaiblir la performance de tous les élèves. Certains auteurs affirment que cet effet collectif de la tonalité sociale ambiante sur les performances est parfois presque aussi fort que l'effet individuel de l'origine sociale²

La quantité et la qualité de l'enseignement dispensé en classe sont modulées par la composition sociale du public ; selon le type de quartier, les enseignants présentent des profils différents, les enseignants développent, en regard des difficultés présumées des élèves, des attentes différenciées qui peuvent agir comme des prophéties autocréatrices, englobant l'ensemble des publics scolarisés dans des lieux très défavorisés. Ces attentes plus ou moins exigeantes s'expriment concrètement dans les évaluations des enseignants, qui sont plus indulgentes dans les établissements populaires³ et qui visent plus à encourager l'effort qu'à sanctionner des résultats⁴. Au final, on peut conclure à une « exposition aux apprentissages » moins intense, à une couverture des programmes moins complète, une clarté des règles moins nette⁵.

Il est certain que l'on n'éprouve pas la même expérience d'élève ou de professionnel selon la couleur sociale des établissements. Les conséquences de la ségrégation scolaire, lorsqu'elles quittent le terrain du condamnable pour s'orienter

¹ M. Duru-Bellat, M. Danner, S. Landrier-Le Bastard, C. Piquée *Les effets de la composition scolaire et sociale du public d'élèves sur la réussite et les attitudes des élèves : évaluation externe et explorations qualitatives*, Rapport pour le Commissariat Général au Plan, IREDU-CNRS, Cahier de l'IREDU n°65, 2004.

² S. J. Caldas, C. Bankston, Effect of school population socioeconomic status on individual academic achievement. *Journal of educational research*, 90/ 5, 1997, pp. 269-277.

³ M. Duru-Bellat et A. Mingat. Le déroulement de la scolarité au collège : le contexte « fait des différences ». *Revue française de sociologie*. XXIX., 1988, p. 649-666.

⁴ A. Van Zanten, 2001, *op. cit.*

⁵ D. Meuret, L'efficacité de la politique des zones d'éducation prioritaires dans les collèges, *Revue Française de pédagogie*, N°109, 1994, p. 41-64.

vers celui plus concret de la mesure des préjugés, sont souvent énoncées très prudemment. Si ces préjugés paraissent difficiles à mesurer, c'est pour des raisons techniques sans aucun doute, mais il semble que des raisons idéologiques ou structurelles expliquent largement cette inhibition : le système scolaire français n'est pas officiellement inégalitaire, et les établissements scolaires offrent sensément la même qualité de service public.

Puisqu'il a été montré que le gain des plus défavorisés à la mixité sociale est plus important que ce qu'y perdent les plus favorisés, la mixité sociale entraîne donc un bénéfice en termes d'intégration et de cohésion sociales. Certains auteurs préconisent donc d'engager les publics à renoncer à une partie de leurs avantages au nom de l'intérêt général.

Le rapport entre la ségrégation sociale et les stratégies parentales est souvent analysé sous la forme d'un conflit entre intérêt général et stratégies individuelles, selon lequel la « bonne » mixité apparaît comme le contraire du « mauvais » penchant naturel de la nature humaine.

Il est vrai que ce cadre de réflexion n'est pas tout à fait nouveau. Une première vague de travaux sociologiques a, depuis les années quatre-vingt¹ défini les comportements des parents à l'école comme consuméristes. D'autres travaux, essentiellement à Paris ou en région parisienne, explorent aujourd'hui la clôture sociale ou l'entre soi² appartenant aux classes moyennes ou supérieures, fuyant la différence sociale et ethnique, certaines familles organisent de fait des situations d'« apartheid scolaire »³. C'est dire à quel point les analyses se déploient principalement en termes de classes et d'identités sociales, l'hypothèse centrale étant celle d'une logique sécessionniste. Pour expliquer ces logiques, c'est aussi bien l'intentionnalité de la ségrégation qui occupe le centre des débats que l'identité des protagonistes. Par exemple M.

¹ Les travaux pionniers sont ceux de R. Ballion. Ils ont été suivis par beaucoup d'autres. R. Ballion, *Le choix du collège : le comportement "éclairé" des familles* », *Revue Française de Sociologie*, XXVII, 1986, p.719-734.

² A. Van Zanten, B. Darchy-Koechlin, « La formation des élites », *Revue internationale d'éducation*, n°39, 2005. M. Oberti *L'école dans la ville. Ségrégation - Mixité - Carte scolaire*. Paris : Les Presses de Sciences Po, 2007.

³ G. Felouzis, J. Perrotton, F. Liot, *L'apartheid scolaire. Enquête sur la ségrégation ethnique dans les collèges*. Paris : Seuil, 2005.

Oberti ne remet pas en cause le caractère plus ou moins intentionnel de mise à distance de certains groupes sociaux par d'autres groupes, mais débat plutôt sur l'identité des responsables des processus ségrégatifs : ici les classes sociales supérieures¹, alors que ce sont les classes moyennes pour A. Van Zanten ; E. Maurin défendant quant à lui l'idée d'un processus généralisé de sécession². Une des conséquences de cette centration des débats - accentués soit sur les responsables³, soit sur le caractère intentionnel de l'action - est que la carte scolaire n'a pu qu'apparaître, dans ce contexte moral, comme une politique vertueuse du moindre mal face aux désordres que provoquerait sa disparition.

Peut-on sortir de ce cadre de réflexion critique alors que la spécialisation des établissements scolaires ainsi que les stratégies des parents sont incontestables ? Pourquoi se dégager d'analyses qui présentent l'intérêt général comme mis en échec par l'égoïsme des individus, par les parents consommateurs ?

Parce que l'intelligibilité de l'action des parents, la fabrique de situations réelles d'inégale distribution des ressources ne relèvent pas tant sur les terrains que nous avons menés avec G. Zoïa⁴, des logiques communautaires ou sociales (au sens restreint du terme) que du croisement des nombreuses caractéristiques ou propriétés des situations concrètes, locales. Les pratiques des parents apparaissent ainsi relatives à des découpages spatiaux, à la façon dont les ressources scolaires sont distribuées et justifiées dans les établissements, dont les principes de l'action publique sont rendus visibles, dont les familles y sont associées, dont les critères de sélection pour l'accès aux bonnes sections sont rendus clairs. C'est pourquoi la carte scolaire ne détermine pas en amont

¹ «L'effet ségrégationniste est inhérent à un processus volontaire d'homogénéisation et de tri (dans les classes supérieures) que l'on ne retrouve pas dans la logique de protection (des classes moyennes)», M. Oberti, 2007, *op cit.*, p 236

² E. Maurin, *Le ghetto français. Enquête sur le séparatisme social*, Paris : Seuil, 2004.

³ Nous retrouvons les fondements humanistes pessimistes des conceptions de l'enfant de la société que D. Meuret compare aux conceptions du philosophe américain Dewey : pour ce dernier, il s'agit pour l'enfant d'éprouver le monde, d'avoir une expérience riche, le pouvoir de faire (empowerment). (...) En revanche, Durkheim, Ferry s'inscrivent, en l'infléchissant évidemment, dans la tradition scolaire qu'ils combattent, celle de l'Eglise catholique, dans laquelle l'éducation doit arracher les enfants aux influences délétères du monde. Les réformes de l'éducation aux Etats-Unis.

⁴ L. Visier, G. Zoïa, *La carte scolaire et le territoire urbain*, Paris : PUF, 2008.

les pratiques comme semble l'indiquer la focalisation sur les fuites, contournements ou évitements. Non qu'elle soit sans importance, au contraire elle contribue, comme un plan, à faire sens de l'action, à l'interpréter. Autrement dit, la carte scolaire agit comme un révélateur des logiques individuelles, spatiales et sociales dans le champ scolaire. Cela conduit-il à nier que les catégories supérieures ont plus de ressources ? Evidemment non et il s'agit là d'une sorte de tautologie sociologique. Pourtant, à milieu social équivalent, on peut poser la question de ce qui fait agir les familles et des déterminants de cette action ?

L'idée morale de séparatisme social ne restitue pas la complexité des motivations des parents. Partant, les analyses ne permettent d'agir ni sur les inégalités socio spatiales qui en résultent effectivement, ni *a fortiori* de raisonner en termes de justice sociale. Ainsi on trouve dans des travaux récents une analyse de l'adéquation entre classes sociales et rapport à la mixité : les classes supérieures développeraient des « conceptions libérales individualistes et concurrentielles du social alors que pour les classes moyennes, la performance passerait au second plan derrière l'épanouissement de l'enfant et la valorisation de la diversité. Ouverts et porteurs de modernité, les parents des classes supérieures feraient preuve de fermeture sur eux-mêmes dans leur rapport aux autres groupes sociaux»¹.

Le vocabulaire utilisé dans les enquêtes n'est pas anodin : ces analyses traduisent une vision naturalisante du social. Pourtant, comment ne pas voir à quel point les raisons que les parents donnent à leurs choix scolaires sont les mêmes que celles pointées par les sociologues : d'une part, les établissements n'offrent pas les mêmes opportunités de réussite et d'autre part, il existe de réels effets de pairs, ce que les parents nomment « fréquentations »².

Dans un cas comme dans l'autre il est question du rapport entre les publics d'un établissement et les opportunités de réussite. Nos entretiens témoignent en ce sens : un bon parent qui doit vouloir le mieux pour son enfant entre, dans certaines

¹ M. Oberti, 2007, *op.cit.*, p.234.

² Ces mêmes raisons deviennent alors dans les analyses non plus des constats sociologiques mais des « impressions » des parents, des « perceptions », des « rumeurs », des « réputations ».

configurations locales, en contradiction interne avec le citoyen soucieux d'une société juste. Eviter le collège du secteur ne prend pas le même sens selon qu'on le fait en raison des caractéristiques sociales et ethniques de son public ou bien parce qu'on a le sentiment de faire subir un préjudice à son enfant en restant. Dans cette perspective, qu'elles insistent sur la mise à distance des classes populaires ou la logique de performance, les analyses par la sécession prennent peu en compte la légitimité de l'action des parents dans le système scolaire.

Enfin, si le fait de rester "entre-soi" constitue un levier de l'action, il se présente d'abord comme un outil au service de l'efficacité parentale d'éducation. En effet, c'est dans tous les milieux sociaux que nous rencontrons des préoccupations de réussite scolaire de l'enfant, même si ce souci prend des formes différentes. Les parents favorisés privilégient l'établissement phare de centre ville à travers le choix d'options sélectives, les autres dotés de moins de ressources entreprennent ce qui est « jouable », étant donné leurs contraintes et les conséquences économiques de leur choix, notamment les temps et coûts de transports entre le domicile et le collège. Quant au recours au privé, il présente une large gamme d'options sociales. Contrairement à certains résultats sociologiques, la question des « fréquentations » ou « d'une logique sécuritaire qui guident les choix des parents » sur notre terrain, ne touche pas seulement les milieux moyens et populaires même si les modes expressifs, les façons de dire les choix, de les commenter diffèrent effectivement.

Finalement, c'est le statut même qui est accordé aux choix des parents dans quelques analyses sociologiques récentes qui mérite d'être questionné à plusieurs titres.

D'abord on ne peut s'empêcher de lire dans la mise en cause d'une parentocratie¹ qui viendrait en quelque sorte saper les équilibres déjà fragilisés du pacte scolaire, un retour à Durkheim.

¹ P. Brown « The « Third Wave » : Education and the Ideology of Parentocracy ». *British Journal of Sociology of Education*, 11/1, 1990, p. 65–85. A. van Zanten (2006). *La fin de la méritocratie ? Les stratégies éducatives des classes moyennes et supérieures*. Lyon : UMR Éducation et Politique, colloque « repenser la justice dans le domaine de l'éducation et de la formation », 2006.

Les parents sont ainsi décrits par leurs intérêts particuliers, leur égoïsme même et leur résistance face à un intérêt général que l'institution scolaire et les enseignants tenteraient de maintenir vaillamment. L'institution dans ce schéma est la garante, l'unique garante d'un social conçu comme équivalent universel magique de l'intérêt général.

D'autre part l'implication des parents par le choix de l'établissement me semble pouvoir être analysée comme fondamentalement liée au principe de méritocratie et non pas comme une force venant concurrencer celui-ci. Dans la mesure où, comme on l'a vu, le mérite n'est pas seulement une échelle des efforts mais aussi une prise en compte des talents, chacun en visant à maximiser ceux-ci par les moyens dont il dispose renforce le principe même de méritocratie plus qu'il ne s'y oppose. Les familles d'aujourd'hui, et plus seulement celles des catégories supérieures, ont lu Bourdieu au travers des médias et des sociologues. Elles savent que si le mérite est individué, il n'en est pas moins socialement fabriqué, partant, elles agissent en conséquence et mobilisent leurs ressources pour participer au mieux à cette fabrique et à la concurrence scolaire qu'organise l'école.

Ensuite, la figure de l'opposition intérêt général/intérêt particulier apparaît faiblement explicative et pour tout dire tautologique. La définition même de l'action stratégique, de l'intérêt, qu'il soit économique ou autre, conduit inmanquablement à une telle opposition. A chaque fois qu'un individu agit en fonction de ce qu'il définit comme son intérêt individuel, serait-on en droit de considérer qu'il agit au détriment de l'intérêt général puisqu'on peut envisager une action alternative qui remplirait mieux ce dernier. Si la figure de l'école et du choix de l'établissement est particulièrement intéressante de ce point de vue, c'est parce qu'on peut supposer, comme on l'a vu précédemment, que la scolarisation d'un élève dans un établissement a un effet non seulement sur ses propres résultats scolaires mais également sur les résultats des autres élèves. Trivialement, on pourrait dire que la question : pourquoi la famille agit-elle selon les intérêts scolaires de l'enfant ? se transforme alors en une autre question, à mon sens plus intéressante : qu'est-ce qui fait que dans certaines situations le résultat scolaire escompté de l'enfant peut être tempéré par

d'autres arguments ? Dans la recherche que nous avons menée sur le choix du collège dans une agglomération de cinq cent mille habitants, nous avons pu constater que plusieurs types d'arguments étaient avancés par les familles et qu'ils semblaient effectivement agir puisque chacun définit des situations scolaires qui lui paraissent comme acceptables et d'autres non. Qui plus est les situations les plus recherchées n'apparaissent pas systématiquement comme les lieux de l'« entre soi ». Loin de déboucher sur une position naïve, nous en concluons que la fabrique des situations scolaires joue un rôle clé dans les stratégies parentales et que l'on peut produire des comptes rendus de l'action plus riches que ceux qui s'appuient sur une perspective en terme d'intérêt stratégique univoque.

Enfin, on peut s'étonner qu'après plusieurs décennies de renouveau de la philosophie morale, certains pans de l'analyse sociologique restent figés sur une définition de l'intérêt général en surplomb, définie par le sociologue contre les choix individuels. On continue ainsi à raisonner à partir d'une définition du bien sans préoccupation du juste. Il ne me paraît pas abusif de définir ce mode de travail sociologique comme relevant de l'utilitarisme au sens propre. C'est-à-dire que la jauge de l'intérêt général est appréhendée à partir de la somme des utilités, ou des niveaux de bien-être individuel.

On est en droit de se poser la question de la fonction d'une telle sociologie, plus donneuse de leçons encore que critique, et s'installant comme le héraut de la défense de l'intérêt général. Je ne sais pas si on doit s'étonner que l'étude de l'école soit particulièrement bien représentée dans ce courant. On pourrait d'ailleurs proposer une hypothèse (peu vérifiable, et qui restera donc à l'état d'hypothèse) : la sociologie de l'éducation étant la production de chercheurs qui sont eux-mêmes en majorité des enseignants, doit-on s'étonner que, souvent, l'analyse sociologique de l'école puisse avoir une si forte parenté avec l'idéologie professionnelle ? En santé, le risque est moindre voire inverse tant la médecine est mise à distance comme instance de pouvoir.

Toujours est-il que la comparaison de l'opportunité du choix du lieu de soins et du lieu de scolarisation est éclairante. Certes je

ne prétends pas que l'homologie entre les deux phénomènes doive être tenue jusqu'au bout, il n'en reste pas moins que ce qui apparaît d'un côté comme relevant du paternalisme en santé est souvent défini en éducation comme garant de l'intérêt général. Ainsi les catégories de pensée se retournent quand elles passent d'un champ à un autre. Si le consumérisme est bien envisagé, analysé dans les deux domaines comme une grille de lecture possible, il prend en éducation une tonalité extrêmement négative alors qu'elle est tempérée en ce qui concerne la santé. Il va donc falloir envisager comment sont considérées en santé comme en éducation des mesures de justice qui pourraient tenter de produire une action plus équitable. Cette question sera envisagée à partir de la discrimination positive, enjeu majeur dans le passage d'une pensée de l'égalité à une réflexion sur l'équité.

La discrimination positive

Les modes de pensée et d'action de la discrimination positive sont ce qui sépare le plus sûrement le monde de la santé et celui de l'éducation. Précisons de quoi on parle car cette notion n'est pas stabilisée, donnant lieu à débats voire à affrontements violents¹ sur des enjeux concrets mais plus encore sur des questions de définition. Les différentes acceptions du terme vont ainsi de la plus large (du type : donner plus à ceux qui ont moins) à la plus restrictive (du type : compenser pour l'attribution de postes rares des discriminations par une politique inégalitaire fondée sur des catégories de genre, de religion ou d'ethnie). Je n'envisagerai pas ici la conception la plus pointue de la discrimination positive², celle qui a trait à l'instauration de quotas par exemple dans des concours de l'enseignement supérieur. Cette perspective est certainement celle qui a échauffé le plus les esprits, requérant à la république comme au communautarisme et faisant s'affronter bloc contre bloc des entités dont il est difficile de déduire des positions empiriques. C'est pourtant celle-là, largement hors jeu en France qui, sous la forme de l'*affirmative action* initiée aux Etats-Unis dans les années 1960, peut être considérée comme la mesure phare attachée à la notion de discrimination positive.

¹ Cf. par exemple les échanges entre G. Calves et A-M Le Pourhiet, *Le Débat*, N°s 114 et 117, 2001 ; S. Wuhl, *Discrimination positive et justice sociale*, PUF, 2007 ; Conseil d'analyse de la société, *Pour une société de la nouvelle chance - une approche républicaine de la discrimination positive*, Paris : La documentation française, 2005.

² Précisons cependant qu'aux Etats-Unis, un débat s'est fait jour au début des années 2000 autour de la notion de « race médecine » et d' « ethnic drug ». Le BiDil, molécule contre les insuffisances cardiaques s'est avérée plus active dans les essais chez les patients noirs que chez les blancs. La question de savoir ce qu'il était possible de faire de tels résultats d'une part et de la façon même de constituer les groupes dans les essais cliniques a été fortement débattue dans la presse scientifique et médicale ainsi que grand public. Des associations noires se sont positionnées pour la commercialisation de la molécule avec un ciblage ethnique alors que certains observateurs ont vu dans cette affaire une manipulation des catégories ethniques par les trusts pharmaceutiques en mal de nouveautés. Cf. le dossier consacré à « *Genes, Drugs and Race* » de la revue *Nature Genetics*, 29/3, nov. 2001. Cf. également J. Kahn, « How a Drug Becomes "Ethnic": Law, Commerce, and the Production of Racial Categories in Medicine », *Yale Journal Of Health Policy, Law, And Ethics*, IV/1, 2004, p. 1-46.

J'envisage ici les formes de discrimination positive qui ne requièrent ni à la catégorie de genre ni à celle d'ethnie, catégories difficiles à manipuler en termes de politiques publiques parce qu'elles sont supposées stables¹ et donc inhérentes à une conception naturaliste de l'individu. Non pas que celles-ci soient sans incidences en santé comme en éducation mais parce qu'une discrimination positive fondée sur des catégories socio-économiques par exemple suffit à poser, comme on va le voir, de nombreux problèmes.

Parler de discrimination positive, c'est penser une politique publique sous une forme renouvelée. Autrement dit la discrimination positive n'existe que parce qu'on la pense comme telle. Longtemps, des politiques publiques qui consistent à donner plus à ceux qui ont moins, sous la forme de diverses allocations fonctionnent sans relever d'une catégorie spécifique qui n'existe d'ailleurs pas. Des inégalités de traitement sont admises sans que la république n'y trouve à redire. Des bourses étudiantes à l'allocation adulte handicapé (1971), il est possible d'opposer à la faiblesse des ressources économiques ou aux accidents de la vie une action publique compensatrice. C'est pourtant avec la crise de l'Etat providence que l'action publique, butant sur des inégalités résistantes, trouve dans le renouveau de la philosophie politique contemporaine le répertoire de son action.

Soigner plus ceux qui ont moins

Dans le monde de la santé, donner plus à ceux qui ont moins constitue une forme d'évidence. Par le principe de l'assurance sur le risque, chacun se prémunit contre le fait qu'il pourrait un jour être « celui qui a moins ». Nul besoin d'évoquer la discrimination positive dans un monde qui fonctionne en principe en permanence sur ce mode. On sait ici plus qu'ailleurs et depuis longtemps que l'action sur la santé nécessite de donner plus,

¹ Je dis bien « supposées » puisque ni le genre ni l'ethnie ne sont absolument stables et que c'est bien d'abord d'autodéfinition qu'il s'agit comme le montrent aujourd'hui les débats sur les statistiques ethniques ou les théories *queer*. Cf. pour la question de l'ethnicité et de sa mobilisation comme catégorie de la pratique G. Zoïa, *Ethnicité, cultures, justice. Une anthropologie de l'éducation*. Mémoire d'H.D.R., Montpellier, 2009.

beaucoup plus même¹, à celui qui est provisoirement diminué. C'est sur cette évidence qu'est fondé, comme on l'a vu, le modèle classique conditionnant l'investissement sur la santé consenti par la société, à la remise de soi à un professionnel habilité ; mais c'est du caractère provisoire de la vulnérabilité que le système tire une grande part de sa force. C'est sur ce point que le modèle a été le plus critiqué : lorsque la maladie n'est plus pensée comme épisodes aigus survenant sporadiquement mais comme un état au long cours que la chronicité donne le mieux à voir, qu'en est-il de la remise de soi (c'est ce qu'on a vu dans la partie précédente) et qu'en est-il des modalités mises en œuvre pour assumer ce risque ?

Autour de la santé comme pour la protection sociale de façon plus générale, les débats entre assurance et solidarité ont fait rage dans les années 1980 et 1990 avec souvent quelque hypertrophie de l'opposition entre les termes. Comme le dit P. Rosanvallon, « l'assurance est une technique, alors que la solidarité est une valeur »². Le modèle français fondé sur de vastes pans de liberté qui laissent aux prescripteurs et aux consommateurs la capacité de faire varier une dépense de soins fortement socialisée, est inflationniste par construction mais possède *a priori* l'avantage de ne pas laisser de besoins de santé non comblés. Néanmoins, la question d'une intervention à destination de populations spécifiques se pose sous trois angles : celui de la recherche à destination de pathologies nouvelles ou insuffisamment reconnues ; celui de l'accès aux soins des personnes socialement les plus démunies ; celui enfin de l'offre dans des zones faiblement médicalisées.

On a vu avec le sida que la militance autour de la maladie qui s'appuie sur une forte exposition médiatique construit simultanément une nouvelle figure de l'individu malade et un nouvel accès à des espaces auparavant protégés. Celui de la recherche est évidemment de ceux-là et il est notable qu'il soit au centre des revendications et des actions. Dans un système qui laisse largement ouvert l'accès au médecin et à l'hôpital, la définition des domaines de recherche reste pour les malades

¹ Le coût d'une journée d'hospitalisation dans les spécialités les plus coûteuses est estimé aujourd'hui à près de 5000 €.

² P. Rosanvallon, *La nouvelle question sociale. Repenser l'État-providence*, Paris : Seuil, 1995, p. 83.

l'espace le plus opaque et le plus difficile à pénétrer. Si les malades ont l'habitude de rencontrer les médecins, même dans une relation de plus ou moins grande allégeance, ils sont rarement confrontés aux acteurs de la recherche biologique et médicale ; la présence de malades pour la première fois dans des rencontres médicales lors de la cinquième conférence sur le sida à Montréal en 1989 est en ce sens exemplaire.

C'est autour des maladies rares et de l'Association Française contre les myopathies (AFM) étudiée par V. Rabeharisoa, M. Callon¹ qu'apparaissent le mieux *a contrario*, les conditions de possibilité de la discrimination positive. Association créée en 1958 par des familles et des porte-paroles de malades, l'AFM est longtemps très distante du monde médical et de la recherche, lesquels se désintéressent à peu près complètement de pathologies à la fois rares et sans opportunités de compréhension et d'innovation identifiées. Financée par des opérations caritatives, elle est centrée sur l'amélioration de la qualité de vie très dégradée de malades atteints de myopathies. Fédérée autour d'un leader charismatique, elle va au début des années 1980, initier des rencontres avec les chercheurs dans un contexte de timide développement de la génétique humaine puis, dopée par l'importation des États Unis du téléthon en 1986, se trouver à la tête de moyens financiers considérables. Cet acteur marginal représentant des malades délaissés à l'origine, l'AFM devient un acteur majeur de la recherche sur le médicament et la thérapie génique. Situation inédite en France que celle d'un acteur privé en position d'influer sur les orientations de la recherche publique à partir de l'expérience des malades. Ainsi ces malades doublement atteints, une fois par la maladie et une deuxième fois par le désintérêt de la médecine et de la recherche, deviennent non seulement la cible, mais plus encore l'origine de l'action qui va être développée, montrant l'absence de prise en compte publique de situations particulièrement tragiques, on pourrait dire simplement le défaut de discrimination positive. Ils montrent ainsi que le modèle de santé publique fondé sur un contrat libéral de relation médecin-malade peut laisser béantes des plaies humaines lorsqu'elles ne sont pas statistiquement significatives.

¹ V. Rabeharisoa, M. Callon, *Le pouvoir des malades, l'AFM et la recherche*, Paris : P.E.M. 1999.

Dans ce cas, complémentaire et dans une certaine mesure opposé à celui du sida, les malades et leurs porte-paroles ne cherchent pas tant à agir sur la puissance publique et à faire de leur maladie une priorité de la politique ; ils agissent de fait comme acteur prescripteur, ce qui ne va pas sans heurts : l'AFM reste longtemps en conflit ouvert avec le Directeur Général de l'INSERM qui refuse d'admettre qu'une association de malades puisse avoir une quelconque légitimité pour définir des axes de recherche.

Le deuxième axe de faiblesse du système de soins fondé sur la relation choisie entre médecin et malade est celle des populations non ou mal couvertes par la sécurité sociale. Le dispositif CMU évoqué à plusieurs reprises dans cet ouvrage peut être considéré comme la forme la plus avancée de discrimination positive dans le domaine de la santé. Le dispositif effectif depuis 2000 comprend deux volets : la CMU proprement dite qui permet l'affiliation à la sécurité sociale et qui couvre 1,5 million de personnes et la CMU complémentaire (CMU-C), équivalent d'une mutuelle gratuite avec un niveau de protection relativement élevé, qui remplace les différents régimes d'aides médicale existant auparavant et qui couvre 4,5 millions de personnes. Aujourd'hui la réussite de ce dispositif, renforcé par celui de 2004 sur l'aide à l'acquisition d'assurances complémentaires santé (ACS) et visant à limiter les effets de seuil, est patent. 17% des enfants de moins de 10 ans et 25%¹ des personnes de moins de 60 ans vivant dans les Zones Urbaines Sensibles sont couvertes par la CMU-C.

L'importance de la politique mise en place cette dernière décennie est encore renforcée par le fait qu'une part non négligeable de la population couverte par la CMU et la CMU-C a des besoins de santé nettement plus importants que la moyenne de la population. A âge et sexe équivalent, la consommation moyenne d'un patient couvert par la CMU-C est presque double (+90%) de celle d'un patient couvert par le régime général. Cet écart important s'explique en grande partie par le recours aux soins du dernier décile (le plus malade) de la population couverte

¹ Chiffres 2006. Fonds CMU, *Rapport d'évaluation de la loi CMU*, Paris, 2007.

par la CMU-C qui relève de soins nombreux et complexes. Les patients couverts par la CMU-C recourent beaucoup plus fortement à des soins hospitaliers et pour des séjours plus longs.

La politique CMU relève incontestablement d'une discrimination positive forte dans la mesure où elle ne contribue pas seulement à rétablir une égalité de prestation mais qu'elle permet un recours aux soins plus important aux individus qui en ont le plus besoin.

Reste la question du refus de soins par les médecins libéraux que j'ai abordée plus haut et qui soulève la difficulté de faire admettre pleinement une telle réforme. On a mentionné les opérations de *testing* ayant permis d'étayer des pratiques que chacun supposait mais dont on redoutait de mesurer l'ampleur. Malgré les déclarations relatives au caractère anti-déontologique de telles pratiques, les mesures prises trois ans après les premiers *testing* restent limitées. Le Fonds CMU avait envisagé dans son rapport d'évaluation plusieurs propositions dont aucune n'a finalement été retenue. On sait que la loi HPST n'a repris que timidement la mention de sanctions spécifiques et écarté la validation des *testing*; les ordres professionnels protestent mollement contre ces pratiques et contestent systématiquement la fiabilité des *testing*; l'idée de permettre aux associations de saisir les chambres disciplinaires des ordres professionnels et les sections des assurances sociales est restée lettre morte; les soins dentaires et les prothèses restent une pierre d'achoppement. Si la discrimination positive avance, les intérêts professionnels ne plient pas.

Le troisième axe sur lequel une gestion par les besoins de santé peine à trouver des réponses est celle des zones sous-médicalisées. Celles qui ont été nommées au printemps 2009 à l'occasion de la discussion de la loi HPST les « déserts médicaux ». Les professionnels de santé qui s'installent n'échappent pas aux tendances générales de nos sociétés contemporaines en termes de mobilités géographiques. Ils rechignent à s'installer en monde rural, recherchent un exercice

plus collectif, plus urbain¹, élisent certaines régions attractives et en fuient d'autres. Dans un système dans lequel l'installation est libre, les capacités des zones désertées à attirer des professionnels de santé sont faibles (aide à l'installation, logement de fonction, mise à disposition de locaux...) et la régulation nationale à peu près sans effet (répartition par régions des places au concours de PCEM1 et à l'examen classant national (ECN, ancien internat)). La démographie médicale² se caractérise aujourd'hui par un pic : avec une densité médicale parmi les plus élevées en Europe, les quelques 208 000 médecins en activité n'ont jamais été aussi nombreux qu'en 2006 sur le territoire français aussi bien en brut qu'en densité et ne le seront plus d'ici au moins 2030. Leur nombre a ainsi presque doublé en un quart de siècle alors qu'une baisse de 10% est programmée à l'échelle de la prochaine décennie³ dans le temps même où la population croîtrait de 10%⁴. C'est dans ce contexte que se pose la répartition des médecins sur l'ensemble de l'aire nationale et en particulier la médicalisation à un niveau acceptable de zones délaissées, plus critique encore dans certaines spécialités.

Alors qu'on a vu comment une politique forte pouvait pallier le déficit de couverture sociale de la partie de la population la plus défavorisée, rien ne semble présager une résorption à court terme d'importantes disparités géographiques dans l'offre de soins et notamment la couverture des besoins de santé dans les zones les plus déshéritées.

Ainsi, en santé, la mise en œuvre de dispositifs faisant intervenir, même fortement, des mécanismes de discrimination positive ne semble pas poser pas de problèmes à condition que le statut des professionnels soit maintenu dans son caractère libéral.

¹ Ils recherchent comme les autres des lieux dans lequel l'école, le collège ou le lycée leur sembleront à la hauteur de leurs attentes pour leurs enfants...

² La démographie et la répartition géographique de l'ensemble des professionnels de santé libéraux est aujourd'hui un enjeu fort mais nous nous limitons ici au cas des médecins.

³ Etant donnée la durée des études médicales, les projections à 10 ans sont extrêmement fiables (la seule inconnue étant le nombre de médecins étrangers venant exercer en France).

⁴ K. Attal-Toubert, M. Vanderschelden, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », *Etudes et résultats*, DREES, 679, fév. 2009.

Fournir un supplément éducatif à ceux qui ont moins

La mobilisation du principe de différence rawlsien est le plus souvent illustrée en France par la politique dite des ZEP qui constitue un cas d'école sur lequel il faut s'arrêter ici. Le dispositif d'éducation prioritaire est instauré en 1981 (ZP puis ZEP), sur le modèle des *Education Priority Areas* britanniques créées en 1967, dans le cadre de la politique de la ville afin de lutter contre l'inégalité sociale. A. Savary faisant le « constat des inégalités devant l'école dues à la grande diversité des milieux sociaux et culturels »¹ revendique une prise en compte des difficultés concentrées dans ces zones. Ce dispositif qui fut l'objet de nombreuses critiques concernant cette « discrimination positive à la française », instaure l'attribution de moyens supplémentaires humains et financiers et la constitution de projet pédagogiques innovants dans des territoires définis localement où les inégalités socio-économiques sont les plus accusées. Le processus est fondé sur une base géographique délimitée à partir de critères sociaux et scolaires. Le supplément dans l'attribution de moyens est censé compenser les difficultés socio-économiques pour obtenir une égalité de résultats. Pendant un quart de siècle vont alterner phases de relance et phases de stagnation jusqu'à la dernière étape en date : la création en 2006 des deux niveaux d'action Réseau *Ambition réussite* et *Réussite scolaire* (RAR-RS).

L'évaluation de l'éducation prioritaire donne lieu à débats à propos du coût par élève du dispositif ZEP, estimé en 2004 par le Haut Conseil à l'Évaluation entre 10 et 20% supplémentaires² essentiellement dus à la prime aux personnels et au nombre inférieur d'élèves par classes (2 à 3 en moyenne) ; la polémique portant sur la plus faible ancienneté des enseignants dans les ZEP³ et sur le fait que le *turn over* des enseignants, identifié comme facteur de difficulté des équipes pédagogiques, ne

¹ Discours du 13 juillet 1983.

² Le chiffre de 17% est publié en 2003 par la DEP. Il est mentionné qu'il faut prendre ce résultat comme un ordre de grandeur. *Éducation & Formations*, 66, 2003, p. 106-108.

³ 28% de moins de 30 ans contre 13% hors Education Prioritaire . A. Stefanou, *Note d'information*, DEPP, 09, mai 2009.

diminue pas.

Les orientations récentes, après la création des réseaux (REP) en 1999 vont dans le sens du développement de cette logique de réseau autour des collèges identifiés. La réduction du périmètre du dispositif se traduit par un recentrage sur les établissements les plus difficiles, d'autant plus que le nombre d'établissements avait considérablement gonflé au fil du temps.

Les évaluations d'un tel dispositif sont d'abord fonction des attentes qui sont placées en lui. En 1997, le *rapport Simon-Moisan* relève qu' « un enfant d'ouvrier en ZEP obtient un score inférieur à un enfant d'ouvrier hors ZEP. Ce constat montre que la concentration de publics « défavorisés » diminue encore leurs chances de réussite. Il s'agit là de l'effet "ghetto" que tout un chacun pressent. En effet, si la carte des ZEP mérite des ajustements à la marge, elle recouvre bien, en majorité, des lieux où se concentrent les difficultés ».¹

Autrement dit, même lorsqu'est contrôlé l'impact de l'origine sociale de l'élève, la scolarisation dans un établissement relevant de l'éducation prioritaire ne constitue pas un avantage par rapport à la scolarisation ordinaire. On pourrait même dire qu'elle est plutôt de l'ordre du handicap, à condition de rajouter immédiatement que ce constat ne peut en aucune manière être traduit en « échec de l'éducation prioritaire ».

Mon propos ne vise ici en aucune manière à rajouter à une évaluation qui a été réalisée et qui continue de l'être par différentes voies. L'éducation prioritaire est sous la loupe des évaluateurs et des analystes. Les deux rapports des inspections générales² sont pleins d'enseignements et le choix fait en 1997 de se refuser à comparer les établissements en ZEP avec les établissements hors éducation prioritaire pour discerner les ZEP efficaces, est judicieux et finalement le seul tenable. Il présuppose que les situations ne sont pas comparables et s'inscrit dans une logique de qualité à l'intérieur d'un cadre

¹ J. Simon, C. Moisan, Les déterminants de la réussite scolaire en zone d'éducation prioritaire, IGAEN, Paris : La documentation Française, 1997, p. 6

² A. Armand, B. Gille, La contribution de l'éducation prioritaire à l'égalité des chances des élèves, rapport IGEN / IGAENR, octobre 2006.

préétabli qui est celui de l'éducation prioritaire. Dans ce contexte des professionnels agissent, s'organisent, inventent et il est légitime que des procédures d'évaluation tentent de repérer bonnes pratiques et résultats probants.

Mon intérêt est d'une autre nature. Il pourrait être résumé de la façon la plus simple à partir de deux questions : de quelle nature est le dispositif développé depuis bientôt trente ans ? S'agit-il effectivement de discrimination positive ?

Cette dernière, qu'il faut résoudre d'abord, ne vise pas à nous engager dans un débat théorique et idéologique sur le périmètre exact de ce qui doit être considéré ou non comme de la discrimination positive. C'est au contraire à partir d'une acception minimale de ce terme que je propose de raisonner. La question à laquelle on doit pouvoir répondre peut être formulée à partir du sens commun de la façon suivante « l'éducation prioritaire donne-t-elle plus à tous ces élèves qui ont (tous les indicateurs l'attestent) moins ? »

A priori la réponse est positive en regard du nombre d'enseignants, de personnels supplémentaires et même du budget alloué aux établissements ciblés. L'éducation nationale, malgré les débats sur le montant exact de cet investissement, revendique un coût par élève plus important ici qu'ailleurs¹. Si l'on est conduit à parler de discrimination positive, c'est par la considération que si l'investissement est plus important, alors il y a bien un service supplémentaire à destination des populations ciblées.

C'est là pourtant que le raisonnement est incomplet. Le service fourni par l'éducation nationale ne peut pas se résumer à une ligne budgétaire et c'est bien un des enseignements de la sociologie de l'éducation depuis trente ans. L'offre fournie par l'école n'est pas seulement un investissement brut, elle est la résultante d'un investissement, d'un engagement et d'une mobilisation des personnels ainsi que (et peut-être surtout) d'un public. Si l'investissement économique consenti constitue une

¹ Précisons que les collèges en éducation prioritaire ne sont pas les seuls à bénéficier d'une dotation supplémentaire par élève. C'est également le cas des collèges ruraux que l'on mentionne rarement comme exemples de discrimination positive.

part importante de l'offre scolaire, il ne suffit ni à la qualifier ni même à la quantifier.

Reprenons cette question de l'offre éducative, du service apporté par l'école, cette fois-ci du point de vue de l'élève. La question peut être alors formulée ainsi : « les élèves trouvent-ils dans les établissements relevant de l'éducation prioritaire une meilleure offre éducative qu'en milieu ordinaire ? » et déclinée sous différents angles : « l'exposition au travail y est-elle plus importante ? », « le climat¹ de l'établissement y est-il plus propice à l'épanouissement de l'élève », « le climat y est-il plus favorable au travail ? », *etc.* Dans ces zones comme ailleurs l'effet établissement est important² et il n'est aucune raison de juger que tous les établissements *Ambition réussite* aujourd'hui comme ZEP hier seraient équivalents. Pour le travail scolaire et peut-être plus encore pour le développement individuel de l'élève, la configuration spécifique de chaque établissement est loin d'être négligeable.

Pour autant qui pourrait répondre positivement aux questions posées ci-dessus ? Entend-on quelque parent dire : « je voudrais que mon enfant soit scolarisé en ZEP parce qu'il y trouverait des avantages, une meilleure offre scolaire » ?³ Est-ce à dire que c'est parce qu'ils sont racistes ou veulent rester entre eux qu'ils ne voient pas la valeur ajoutée apportée par l'éducation prioritaire et font tout pour scolariser leurs enfants ailleurs ? L'explication est un peu courte. D'autant plus que ceux qui sont captifs de ces établissements dressent le même constat, tel cet employé interviewé par D. Lapeyronnie : « Avec un règlement à part, des profs à part, tout à part ! Un niveau scolaire à part ! Beaucoup de sport, beaucoup de sport ! Du vécu !!! »⁴. L'école du *Ghetto urbain* est loin d'être perçue par ceux qui la fréquentent comme une chance ou un avantage. Elle tend au contraire,

¹ Cf. la notion d'Indice de climat scolaire (ICS). E. Debarbieux, *La violence en milieu scolaire. 1- Etat des lieux*, Paris : ESF, 1999.

² L'effet maître a d'autant plus d'importance encore dans ces contextes difficiles.

³ Jamais, dans les entretiens avec les parents dans nos deux dernières recherches sur l'éducation, nous n'avons entendu de propos de ce type. Cf. G. Zoïa, L. Visier, *La mixité sociale à l'école. Production et usages de l'offre scolaire dans la « ville à trois vitesses*, Paris : PUCA Ministère de l'Ecologie, du Développement et de l'Aménagement Durables, 2007. G. Zoïa, L. Visier, *L'accueil à l'école des élèves primo-arrivants en France*, Paris : La documentation française, 2004.

⁴ D. Lapeyronnie, *Ghetto urbain*, Paris : Robert Laffont, 2008, p. 232.

comme tout ce qui touche au quartier, à relever du « faux ».¹

Dresser ce constat n'est en rien faire injure aux professionnels qui agissent en ces lieux. Il conduit au contraire à affirmer que ces derniers peuvent très bien produire une « valeur ajoutée positive » par un travail de qualité sans pour autant être en capacité de compenser le handicap lié à la composition de la population scolarisée.

De nombreux parents, comme nous l'avons constaté dans nos travaux et comme toutes les enquêtes le montrent, cherchent quand ils en ont la possibilité à éviter ces établissements. Les rapports d'évaluation de l'éducation prioritaire se penchent également sur cette question et invitent en 1997 à « accorder une attention toute particulière à « l'évitement » des collèges de ZEP, par une vigilance sur les dérogations, par une revalorisation de leur image et par une évaluation des effets de la création des filières prestigieuses dans ces collèges (classes européennes, sections sport études) »². En 2006, c'est la stigmatisation qui est relevée : « Les effets positifs enregistrés parfois – notamment sur le comportement des élèves – sont contrebalancés par des phénomènes négatifs comme la «stigmatisation » conduisant à l'«évitement » par les catégories sociales qui en ont les moyens et les résultats insuffisants en matière d'orientation des élèves au-delà du collège. »³

C'est pourtant par leur action d'évitement de ces collèges que les familles affirment qu'elles n'y voient aucune trace de discrimination positive et qu'elles n'auraient aucunement l'impression de faire l'objet d'un traitement préférentiel si elles scolarisaient leur enfant dans ces établissements.

Arrivés à ce point, faisons un détour par les conventions ZEP/Sciences Po. Ces dernières désignent plus de soixante lycées (ils étaient sept à l'origine en 2001) alimentés par des collèges en réseau d'éducation prioritaire comme creuset d'une voie spécifique d'entrée à Sciences Po. Par cette procédure de convention, c'est bien d'un avantage dont peuvent profiter des élèves de ces établissements. En ce sens il y a incontestablement

¹ G. Zoïa, L. Visier, « En banlieue, résonnent tous nos malaises », *Esprit*, 10, 1996, p. 94-109

² J. Simon, C. Moisan, *op. cit.*

³ A. Armand, B. Gille, *op. cit.*, p. 134.

discrimination positive car la procédure d'admission spécifique est réservée aux élèves de ces établissements. C'est bien l'association avec Sciences Po qui fait que les collèges et lycées concernés font objet de discrimination positive. *A contrario* leur classement en éducation prioritaire ne peut en rien être considéré comme relevant de ce cadre. Tous les travaux sur la discrimination positive, qu'ils soient plutôt favorables ou franchement opposés à ce principe, relèvent que l'avantage accordé aux catégories ciblées (que ce soit les noirs, les intouchables, les femmes, les handicapés, les élèves de certains établissements...) tend toujours à produire de l'envie, c'est-à-dire que les catégories non ciblées pourraient souhaiter - même provisoirement - être dans la situation de ceux qui sont désignés comme relevant de cette politique¹. Là encore, rien de tel ne peut être constaté à propos de l'éducation prioritaire.

Pourquoi alors l'investissement consenti dans le cadre de l'éducation prioritaire ne se traduit-il pas en avantage ni perçu ni mesurable ? C'est parce que la spécificité de l'éducation en tant que politique publique est d'être un phénomène collectif dans lequel les facteurs externes (les publics) se transforment en conditions internes (l'offre). Une fois encore, relever cette caractéristique ne consiste pas à prétendre que l'investissement dans l'éducation prioritaire n'a aucun effet. Affirmer comme cela est fait à longueur de rapport et dans les échanges avec les professionnels que « la situation serait probablement pire sans éducation prioritaire » est sûrement justifié.

Pourtant ce que je cherche à démontrer ici, c'est que la scolarisation dans ces lieux de grande précarité sociale, loin de donner un avantage aux élèves du fait d'un investissement supplémentaire, continue à produire un désavantage, un handicap. S'il y a discrimination, celle-ci reste franchement négative. C'est ce que nous disent les élèves et il n'y a pas de raison de ne pas les entendre ni de ne pas les prendre au sérieux sur ce point. Les professionnels, même quand ils insistent sur la qualité du travail et sur la mobilisation en ces lieux, ne vont

¹ C'est même un argument souvent mobilisé contre les politiques de discrimination positive, selon lequel les catégories les plus proches de celles qui sont ciblées peuvent se sentir à leur tour discriminées et produire en retour de la stigmatisation.

généralement pas jusqu'à scolariser leurs propres enfants dans ces établissements¹, au risque de difficiles ajustements dans leur justification. Ils signifient ainsi de façon extrêmement précise qu'on ne peut déduire en termes de qualité de l'offre l'investissement en moyens et en mobilisation. Que la fuite des moins captifs renforce encore la moindre qualité de l'offre pour ceux qui restent est indéniable. Pourtant, cela ne conduit en rien à voir dans les familles les responsables de l'échec d'une politique de discrimination positive qui n'en est pas une. On est parvenu ainsi bien loin des affrontements sur les postulats théoriques auxquels référerait la discrimination positive,

Affirmer, comme j'espère avoir réussi à le montrer, que l'éducation prioritaire ne relève pas de la discrimination positive est d'autant plus important que cette équivalence est répétée sur tous les tons. Il est bien rare que le débat sur « la discrimination positive à la française » ne prenne comme exemple fondateur celui des ZEP. L'arbre des affrontements idéologiques autour des catégories mobilisables cache encore aujourd'hui la forêt d'une offre éducative inégalitaire.

Pour qu'il y ait effectivement discrimination positive, ce sont deux marches qui resteraient à franchir :

La première vise à compenser le handicap lié au *school mix* et permettrait d'atteindre une offre (entendue comme globale, publics compris) équivalente. C'est une démarche d'égalité qui est à l'œuvre. L'éducation prioritaire peut être pensée comme une part non aboutie de cette phase.

La deuxième vise à réduire l'effet du handicap lié aux inégalités sociales des individus en rajoutant des moyens, de l'engagement, de l'organisation, des mesures spécifiques... Celle-là viserait à produire une offre plus élevée en quantité et meilleure en qualité que dans les quartiers ordinaires (on pourrait voir alors les catégories supérieures attirées par ces lieux... ce qui serait la preuve d'une discrimination positive

¹ Ce point relevé par les chercheurs a souvent été analysé comme délit d'initié. Il n'est pas sur que cette explication soit suffisante car en s'appuyant sur un jugement normatif qui est aussi une mise à distance, elle omet le fait que les individus agissent dans ce cas une fois comme parent et l'autre comme professionnel.

réelle).

Concluons en constatant que ce que nous avons rencontré à propos de discrimination positive en éducation est assez congruent avec ce qui a été vu précédemment. Sauf à considérer qu'il y a des intérêts plus ou moins cachés à faire passer pour discrimination positive ce qui n'en est pas, qu'est-ce qui rend si difficile de donner plus à ceux qui ont moins en matière d'éducation ? Deux hypothèses peuvent être évoquées pour répondre à cette question :

D'une part la centralité du mérite, que nous avons longuement exposée précédemment, conduit à rendre difficile toute gratification qui ne serait pas pensée sur ce mode. La justice distributive est ainsi pensée en éducation plus que n'importe où ailleurs, sur un mode moral. Ainsi il serait difficile de dissocier le mérite (auquel sont associés les résultats) et les moyens (objet de distribution). A l'école s'applique particulièrement bien cette remarque de J. Rawls à propos des relations entre attentes légitimes et mérite moral : « Sans doute, certains pourront continuer à affirmer que la répartition devrait s'accorder avec la valeur morale, du moins dans la mesure de ce qui est réalisable » et il continue : « or cette opinion peut venir du fait que l'on pense que la justice distributive est en quelque sorte l'inverse de la justice punitive ».¹ Le mérite jouerait alors comme une « double peine » : non seulement le mérite détermine les résultats mais il détermine également en grande partie l'offre d'éducation à laquelle peut prétendre l'élève. Le principe même du mérite conduit ainsi à « donner plus à ceux qui ont plus » et agit comme un potentialisateur d'offre : non seulement meilleurs résultats (ce que personne ne peut sérieusement contester) mais aussi plus d'options, études plus longues, enseignants plus compétents... En cela il s'oppose frontalement à l'idée même de discrimination positive et on pourrait même dire qu'il conduit à être bien en deçà d'un traitement égalitaire.

D'autre part, ce qu'on ne peut appeler autrement que la défiance des familles considérées désormais comme

¹ J. Rawls, *Théorie de la justice*, op. cit., p. 352

consoméristes conduit à ne saisir l'offre scolaire que sous l'angle de l'offre de moyens. Si les enseignants, les personnels, les locaux et les budgets entrent en ligne de compte pour caractériser cette offre, l'introduction des pairs, dont on a vu l'importance dans cette offre, s'oppose au schéma durkheimien qui voit dans les familles une force qu'il faudrait maîtriser. Comme si les individus étaient en quelque sorte responsables non seulement de leur capital culturel, mais également de celui de leur entourage social. La mixité scolaire peine dès lors à être pensée comme une ressource déterminante de l'offre scolaire. Le monde scolaire comme une part de l'analyse sociologique persiste à voir dans la composition des publics un facteur externe plutôt qu'une ressource qui, comme telle, pourrait être intégrée à une pensée de l'offre scolaire. Or, on a vu que sans cette prise en compte la « discrimination positive » à l'école était condamnée à n'être que l'illusion d'un avantage d'offre et même l'illusion d'une égalité.

En se mettant en situation de comparer la politique de l'éducation prioritaire avec celle de la couverture maladie universelle, on est frappé par les jeux d'opposition entre affichage théorique et figures empiriques de l'action. Sous couvert de politique quasiment ordinaire, la CMU développe un énorme braquet pour compenser les besoins de santé des plus démunis quand l'éducation prioritaire mouline, sous une étiquette volontariste, pour rattraper les effets de la composition des établissements.

Il faut tenter d'expliquer ces contrastes. Qu'en est-il aujourd'hui des deux figures de la santé et de l'éducation¹ et que devient le programme institutionnel ?

A l'école, nul ne peut aujourd'hui ignorer les inégalités et la force de la reproduction. Si on était tenté de l'oublier, un rappel à l'ordre médiatique, institutionnel ou sociologique viendrait immédiatement réalimenter une mauvaise conscience qui n'empêche en rien tout un chacun de s'inscrire dans des

¹ Il faudrait dire plutôt de la médecine et de l'école, puisqu'à dire vrai j'ai laissé de côté une grande part de ces domaines et c'est peut-être dans cette part là que s'effectuent les plus profondes mutations.

pratiques concurrentielles qui ne sont pas nouvelles mais qui touchent des populations toujours plus importantes. Dans ce monde que tout parent, tout élève, tout professionnel identifie comme socialement marqué, le mérite est l'unité de mesure qui détermine non seulement des résultats mais plus encore qui agit comme potentialisateur d'offre scolaire : plus on a de mérite, plus la société investit en éducation sur votre personne. Le mérite n'est pas une mesure de l'effort individuel mais une combinaison de caractéristiques génétiques, de capital culturel, de travail individuel et d'opportunités. Par construction, le mérite interdit à peu près toute forme de discrimination positive perçue dans ce monde comme anti-républicaine. Un contrôle du mérite est exercé de façon serrée afin de limiter une fraude qui consiste à s'attribuer des résultats indus. Les individus sont responsables de leurs résultats.

Dans le monde de la santé, Les écarts entre individus sont pensés comme des différences plus que comme des inégalités. Les résultats (états de santé) sont conçus comme des effets cumulés de l'héritage génétique, des modes de vie, des comportements et des hasards de la vie et sont traduits en pathologies. L'unité de mesure est le besoin, c'est-à-dire une combinaison de l'état de santé et de son identification comme requérant des soins. L'identification du besoin est l'objet de relations du patient avec le système de soins. La discrimination positive est la règle. Les individus ne sont pas responsables de leur état de santé.

L'univers de la santé et celui de l'éducation construisent symétriquement la mobilisation de la responsabilité : à l'hôpital, l'individu malade est considéré comme irresponsable (même si on sait qu'on peut lui attribuer une part non négligeable des causes de sa ou ses pathologies) ; à l'école, l'élève est tenu pour responsable de ses résultats (alors même qu'on sait que ceux-ci sont en partie déterminés par bien d'autres causes que ses efforts individuels) et partant de son parcours scolaire. Cette attribution différenciée n'est donc pas déterminée par la nature de la maladie ou des résultats scolaires mais par des considérations de justice. Dans un cas, on estime que pour traiter, il faut que l'individu soit déchargé de son investissement; dans l'autre, pour éduquer, il est mis en position de déterminer son propre destin. Si rien n'indique que l'individu joue effectivement un rôle plus

important sur l'avenir de ses résultats scolaires que sur celui de sa santé, tout montre que les principes de justice distributive qui régissent les deux systèmes sont fondamentalement différents.

Si l'on parle ici de justice distributive, c'est parce qu'il est effectivement question de répartition publique de biens entre les individus. On peut dès lors considérer que c'est cette prise en compte de la responsabilité qui interdit dans une large mesure au système scolaire de développer effectivement une politique de discrimination positive à même de faire bouger les lignes des inégalités sociales. Dans une perspective rawlsienne, on sait que le mérite est fortement antagoniste du principe de différence. Précisons quand même qu'il est nécessaire d'établir une distinction, ainsi que je l'ai fait plus haut, entre le fait que le mérite détermine les résultats scolaires et le fait qu'il détermine les biens et l'offre de formation.

Concluons avec J.F. Spitz qui, à partir d'une lecture des textes de la philosophie morale qui tentent, face à Rawls, de réintroduire une part de responsabilité individuelle, rejoint fermement ce dernier en déclarant : « il n'y a pas d'incompatibilité entre le fait de traiter, dans la vie courante, les individus comme responsables de leurs actions, et le fait d'adopter une théorie de la justice sociale qui exclut toute notion pré-institutionnelle de responsabilité ».¹ Autrement dit, appliqué à l'école, le principe rawlsien de différence interdit de fonder sur le mérite la distribution des biens, donc l'offre scolaire (objet de la justice distributive) mais en aucune manière d'en appeler à la responsabilité individuelle dans la production du travail scolaire.

¹ J.B. Spitz, *Abolir le hasard ? Responsabilité individuelle et justice sociale*, Paris : Vrin, 2008, p. 28.

CONCLUSION

Je ne me serais probablement pas lancé dans ce travail si je ne venais de passer plus de dix ans de ma vie professionnelle dans une faculté de médecine. Représentant des « shs » au milieu d'enseignants qui ne conçoivent pas l'université sans un fort ancrage hospitalier, je me suis acclimaté à un monde à la fois ouvert et sans état d'âme sur sa propre centralité. Comme sociologue, j'ai eu des agacements liés aux règles de fonctionnement du monde médical, avivés par le fait que la légitimité des sciences sociales n'est pas acquise d'emblée dans une telle institution.

Impliqué ces dernières années dans le département de médecine générale alors même que j'étais engagé dans des projets de recherche portant sur le monde scolaire, je me suis trouvé confronté souvent à une traversée des mondes aussi troublante que stimulante. De l'inspection académique aux cabinets des généralistes, du département de l'information médicale du CHU aux collèges des quartiers montpelliérains, c'est de l'étonnement issu de cette expérience que j'ai conçu le projet de cette recherche. Il va de soi qu'une comparaison entre éducation et santé n'a de sens que parce que l'on considère que la santé n'est pas seulement une question biologique et que l'éducation n'est pas entièrement sociale (paradoxalement, la première assertion n'est pas aujourd'hui la moins reconnue des deux). Ce serait bien sur plus commode, et on me l'a souvent opposé, de considérer que la maladie et la santé, référant à une essence supérieure, engagent des modes de raisonnement spécifiques. Pourtant, cette remarque résiste faiblement à la convergence des modèles sociologiques analytiques de la production d'éducation et de santé. Chez Durkheim comme chez Parsons, la socialisation n'est pas exclusive de réalités psychologiques, cognitives, biologiques mais elle mobilise ces dimensions pour organiser le monde social.

Si les deux figures ne sont pas entièrement superposables, elles ont plus que des points communs : la remise de soi de l'individu au professionnel socialement habilité, enseignant aussi bien que médecin, permet l'accession à une autonomie qui n'est

autre que la maîtrise des liens sociaux. L'image parsonienne de la régression infantile de la maladie, puisée chez Freud, dit assez que le malade, comme l'élève, n'est pas tout à fait un être majeur.

Jusqu'à quel point fonctionne la convergence ? Si les modèles critiques développés par la sociologie dans les années 1960 et 1970 renouvellent le modèle sans réellement le déconstruire, elles s'écartent cependant sur la conception même du social. Alors que la relation médecin-malade est analysée comme un frottement entre logique scientifique et imposition d'un ordre social, la relation pédagogique perd toute spécificité jusqu'à n'être qu'un leurre agité, sous la forme du mérite ou du don, pour masquer une domination qui s'exerce bien au-delà de l'école. Ce qui sépare désormais les deux modèles, ce n'est pas la force de la domination qui s'exerce sur les malades d'une part et sur les élèves d'autre part. En santé, persiste cet autre du social qu'est l'épreuve de la maladie ; à l'école, l'épreuve scolaire n'est qu'un classement de sortie, une hiérarchie, bref du social pur.

Deux sociologies, deux définitions du social s'affrontent entre les deux domaines mais aussi dans une moindre mesure au sein de chacun d'eux : si l'on ne craignait la trivialité, on dirait une sociologie des moyens et une sociologie des fins ; mais on pourrait aussi bien dire, considérant qu'aucune sociologie ne se développe sans présupposé normatif, une sociologie du juste et une sociologie du bien.

Ce qui m'a troublé comme sociologue, c'est que la division du travail sociologique s'opère assez précisément en fonction des domaines de recherche. Bien sur, on l'a vu tout au long de ces pages, il n'y a pas de déterminisme et les années 1970 sont loin. Pourtant la santé et l'éducation continuent d'être pensées selon des principes de justice fortement marqués comme on l'a vu avec l'appréhension de la discrimination positive.

Qu'on ne m'oppose pas que la santé serait plus « réelle » que l'éducation. Les inégalités existent bel et bien dans l'un et l'autre domaines à des degrés qu'on serait d'ailleurs bien en peine de comparer et l'on a vu que la responsabilité présumée des individus dans leur situation de santé comme dans leurs résultats scolaires était d'abord une affaire de conventions. C'est le compte rendu que l'on en donne qui fait que la maladie, la santé, l'éducation, la pédagogie, les inégalités existent ou n'existent pas.

Est-ce finalement si étonnant que la sociologie de l'école pense à peu près comme on pense à l'école alors que la sociologie de la santé n'échappe pas aux cadres qui régissent ce monde ? Sauf à adopter une perspective objectiviste et à définir la sociologie comme dévoilement d'une réalité cachée, il n'y a pas à s'étonner que les individus soient eux-mêmes sociologues de leurs propres pratiques. Et puis la figure durkheimienne, lui qui personnifiait à la fois la sociologie et l'école, marquait déjà cette homologie.

Paradoxalement, les deux domaines nous ont paru souvent fonctionner à fronts renversés. Ainsi le monde de l'éducation, littéralement fasciné par les inégalités, se refuse fermement à envisager un traitement un tant soit peu offensif de celles-ci alors que la santé, qui pense plutôt en termes de différences ne voit pas de difficulté majeure à la mise en œuvre d'un programme lourds de discrimination positive. Une fois encore, c'est la question des usages de la question sociale qui est posée. Là où la dénaturalisation a été poussée le plus loin, les inégalités sociales apparaissent comme un horizon quasiment indépassable : contrairement à la situation d'il y a quarante ans, on connaît aujourd'hui de façon extrêmement précise les cheminements et les méandres de la production des inégalités scolaires sans qu'on sache tellement mieux agir dessus ; là au contraire où l'action humaine est pensée comme médiation avec la nature, l'action sociale est envisageable plus sereinement.

Est-ce à dire que le savoir sociologique ne nous serait en l'espèce d'aucune utilité ? que des forces supérieures empêcheraient si ce n'est la moindre action du moins des résultats tangibles ? que toute velléité de changement serait vaine ? ou qu'il n'entrerait pas dans les fonctions de la connaissance sociologique de modifier le réel ?

Notre hypothèse est plus simple : la dénaturalisation absolue, telle qu'elle a été menée sur le monde scolaire, loin de permettre l'action tend au contraire à la rendre impossible ou vaine. C'est dans la socialisation, c'est-à-dire dans la considération que les élèves sont fondamentalement égaux en droits mais aussi en capacités, que le principe du mérite trouve son fondement. Dès lors, c'est sous la forme de la concurrence démocratique, de l'égalité des chances, qu'est organisée toute l'activité scolaire.

L'école et sa sociologie cherchent, dans une logique démocratique imparable, les règles justes de la concurrence méritocratique. Ce faisant, elles confirment le principe de différenciation sociale. En outre, cette concurrence démocratique fondée sur l'égalité des capacités interdit, au nom de cette égalité de base, l'application du principe de différence comme on l'a vu avec l'éducation prioritaire.

A contrario, la santé, parce qu'elle n'est pas toute entière socialisée, parce qu'elle est définie comme une médiation avec la nature et qu'il est difficile d'évacuer toute emprise du biologique, laisse ouvertes des marges d'action sans commune mesure avec celles qu'on a constatées à l'école. Parce que la santé est (encore) pensée comme hasard, comme objet de distribution aléatoire, elle peut paradoxalement faire l'objet d'une action sociale volontariste. L'application du principe de différence en santé fait ainsi figure d'évidence.

La santé, comme médiation avec la nature, se conforme dans une large mesure aux principes de la justice comme équité alors que l'éducation, comme relation sociale, est régie par les principes de la morale individuelle. C'est dès lors l'objet même de la sociologie comme dénaturalisation qui est posé : autant la médiation sociale de la nature est prometteuse de capacités d'action, autant l'autonomisation du social rend celui-ci captif de sa propre hiérarchie.

S'agit-il là d'un constat conjoncturel ou d'une distinction plus essentielle ? On ne peut terminer cet ouvrage sans évoquer les possibilités de retournement qui sont perceptibles dans chacun des modèles et qui les font dans une certaine mesure converger en puisant chacun à des références qui ressortissaient de l'autre modèle, montrant une fois de plus s'il en était nécessaire que ce n'est pas substantiellement que s'opposent santé et éducation mais comme cadres de mobilisation de principes de justice.

A l'école, la politique du socle commun des connaissances et des compétences depuis 2006 constitue une rupture avec un modèle fondé sur l'égalité de traitement. La personnalisation des procédures d'acquisition de compétences est désormais pensée dans le cadre de l'égalisation des résultats. Ce sont bien les principes de justice qui en sont modifiés même si on aurait du mal à faire une quelconque hypothèse sur la traduction concrète

d'un tel modèle.

En santé, c'est à l'inverse le mérite qui émerge comme principe d'action nouveau. Comment en effet en appeler à la responsabilité dans le cadre de la prévention et de la gestion des risques tout en préservant un système dont une grande partie de la force tenait dans la mise à distance de la responsabilité individuelle ? Jusqu'à maintenant, l'avènement de la démocratie sanitaire ne s'est pas traduit par une mobilisation du mérite dans la distribution des biens de santé. Pourtant une logique comme celle du « panier de soins » va dans ce sens en distinguant ce qui relève des besoins d'une part et des choix individuels de l'autre.

BIBLIOGRAPHIE

- E.H. Ackerknecht, « Natural Diseases and Rational Treatment in Primitive Medicine », *Bulletin of the History of Medicine*, 19, 1946, p. 467-497
- A.E.J.M. Cavellaars, A.E. Kunst, J.J.M. Geurts et al, « Educational differences in smoking : international comparison », *British Medical Journal*, 320, 2000, p. 1102-1107
- P. Aïach, « Justice sociale ou égalité : l'exemple de la santé », *Santé publique et sciences sociales*, 2, 1998, p. 10-25
- P. Aïach, « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales », in P. Aïach, D. Cèbe, G. Cresson, C. Philippe, *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes : ed. de l'ENSP, 2001, p. 132
- P. Aïach, D. Delanoë, *L'ère de la médicalisation. Ecce Homo Sanitas*, Paris : Economica, 1998
- C. Allonier, S. Guillaume, C. Sermet, « De quoi souffre-t-on ? Etat des lieux des maladies déclarées en France. Enquête décennale santé INSEE 2002-2003. *Questions d'économie de la santé*, n° 123, juin 2007
- A. Armand, B. Gille, *La contribution de l'éducation prioritaire à l'égalité des chances des élèves*, rapport IGEN / IGAENR, octobre 2006
- K. Attal-Toubert, M. Vanderschelden, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », *Etudes et résultats*, DREES, 679, fév. 2009
- M. Augé, C. Herzlich, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris : Archives contemporaines, 1984
- R. Ballion, « Le choix du collègue : le comportement "éclairé" des familles », *Revue Française de Sociologie*, XXVII, 1986, p.719-734
- J. Barbot, *Les malades en mouvement, La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris : Balland, 2002
- J. Barbot, N. Dodier, « L'émergence d'un tiers public dans la relation malade-médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH », *Sciences sociales et santé*, 18/1, 2000, p. 75-120
- A. Barrere, *Les lycéens au travail*, Paris : PUF, 1997
- A. Barrere, N. Sembel, *Sociologie de l'éducation*, Paris : Nathan, 1998
- P. Batifoulier, J.P. Domin, M. Gadreau, « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française », *Revue française de socioéconomie*, 1, 2008, pp. 27-46, p.43
- C. Baudelot, R. Establet, *Le niveau monte*, Paris : Seuil, 1989

Egalité et justice : une comparaison éducation santé

- C. Baudelot, R. Establet, *L'élitisme républicain. L'école française à l'épreuve des comparaisons internationales*, Paris : Seuil, 2009
- T. Beauchamp, J. Childress, *Principes d'éthique biomédicale*, Paris : Les Belles Lettres, 2008
- G. Becker, *Human capital : a theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*. Chicago : University of Chicago Press, 1964
- H. Becker, B. Geer, "The Fate of Idealism in Medical School", *American Sociological Review*, 23 /1, 1958, pp. 50-56
- H. S. Becker, B. Geer, E. Hughes, A. Strauss, *Boys in White*, Chicago : University of Chicago Press, 1961
- F. Beck, P. Guilbert, A. Gautier, *Baromètre santé 2005*, Paris : INPES, 2007
- U. Beck, *La société du risque*, Paris : Flammarion - Champs, 2003
- H. Becker, *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*, Paris : Métailié, 1985.
- F. Béland, "Du paradoxe professionnel: médecins et ingénieurs des années 1800", *Archives européennes de sociologie*, 16/2, 1976, pp. 306-330
- D. Benamouzig, *La santé au miroir de l'économie*, Paris : PUF, 2005
- E. Berger E., N. Bottani, A. Soussi, G., Ostinelli, C. Gauvreau, H. Rhyn « De l'émergence du courant School improvement et exemples d'applications », *Revue Française de Pédagogie*, 148, 2004, pp. 119-133
- B. Bernstein, *Langage et classes sociales. Codes sociolinguistiques et contrôle social*, Paris : Minuit, 1971.
- J.M. Berthelot, *Le piège scolaire*, Paris : PUF, 1983
- S. Bessière, « La féminisation des professions de santé : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, 1, 2005, p. 19-32
- L. Boltanski, « Les usages sociaux du corps », *Annales, Economies, Sociétés, Civilisations*, Janv-fév. 1971, p. 205-231
- L. Boltanski, L. Thévenot, *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris : Gallimard, 1991
- R. Boudon, *L'inégalité des chances*, Paris : Armand Colin, 1973.
- J. Bourdelais, *L'âge de la vieillesse, Histoire du vieillissement de la Population*, Paris : Ed. Odile Jacob, 1994
- P. Bourdelais « L'inégalité sociale face à la mort : l'invention récente d'une réalité ancienne », in A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski, T. Lang (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris : INSERM / La Découverte, 2000
- P. Bourdieu, J.C. Passeron, *Les héritiers. Les étudiants et la culture*. Paris : Minuit, 1970
- P. Bourdieu, J.C. Passeron, *La reproduction*. Paris : Minuit, 1964

Egalité et justice : une comparaison éducation santé

- J. Bourget-Devouassoux, S. Volkoff, Bilans de santé des carrières d'ouvriers, *Economie et statistique*, 242, 1991, p.83-93
- F. Bourricaud, *L'individulisme instiatutionnel. Essai sur la sociologie de Talcott Parsons*, Paris : PUF, 1977
- P. Breuil-Grenier, F. Rupprecht, « Comportements opportunistes des patients et des médecins. L'apport d'analyses par épisode de soins », *Economie et prévision*, 142, 2000, p. 163-182
- R. Bucher and A. Strauss, « Professions in Process », *American Journal of Sociology*, 16 (4), 1961, pp.325-334
- P. Brown « The « Third Wave » : Education and the Ideology of Parentocracy ». *British Journal of Sociology of Education*, 11/1, 1990, p. 65–85
- H. R. Burstin, S. R. Lipsitz, T. A. Brennan, « Socioeconomic Status and Risk for Substandard Medical Care », *Journal of the American Medical Association*. 1992, 268(17), p.2383-2387
- M. Bury, « The Sociology of Chronic Illness : a Review of Research and Prospects », *Sociology of Health and Illness*, 4, 1982, p. 167-182
- J.P. Caille, « Le choix d'un collège public situé en dehors du secteur de domiciliation », *Note d'information* 93.19, MEN-DEP, 1993
- S. J. Caldas, C. Bankston, Effect of school population socioeconomic status on individual academic achievement. *Journal of educational research*, 90/ 5, 1997, pp. 269-277
- E. Cambois, A. Clavel, J.M. Robine, L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter, *Dossiers Solidarité et santé*, n°2, avr-juin 2006, p. 7-22
- G. Canguilhem, *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, Paris : PUF, 1943
- A. Carrel, *L'homme, cet inconnu*, Paris : Plon, 1935, p. 235
- A.M. Carr-Saunders et P. A. Wilson, *The Professions*, Oxford University Press, 1933
- J.F. Chadelat, *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU*, rapport pour monsieur le ministre de la santé et des solidarités, 30 novembre 2006
- J.M. Chapoulié, « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », *Revue française de sociologie*, 14, 1973, p. 86-114.
- C. Charles, A. Gafni, T. Whelan, « Shared decision-making in the medical encounter : what does it mean ? » *Social Science and Medicine*, 44/5, 1997, p. 681-692
- P. Chaunu, *Histoire, science sociale ; la durée, l'espace et l'homme à l'époque moderne*, Paris : SEDES, 1974
- A. Chauvenet, *Médecines au choix, médecine de classe*, Paris : PUF, 1978

- J. Cohen-Scali, *La décision médicale en situation de controverse*, thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine, Montpellier, 2008
- S. Cole, R. Lejeune, "Illness and the Legitimation of Failure", *American Sociological Review*, 37, 1972, pp. 347-356
- J.S. Coleman et al., *Equality of Educational Opportunity*, Washington D.C., Government Printing Office, 1966.
- P. Conrad, « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, 18, 1992, p. 209-232
- Conseil d'analyse de la société, *Pour une société de la nouvelle chance - une approche républicaine de la discrimination positive*, Paris : La documentation française, 2005
- J. Corbin, A. Strauss, « Accompaniments of Chronic Illness : Changes in Body, Self Biography and Biographical Time », *Research in the Sociology of Health Care*, 6, 1987, p. 249-281
- O. Cousin, *L'efficacité des collèges. Sociologie de l'effet établissement*, Paris : PUF, 1998
- E. Debarbieux, *La violence en milieu scolaire. 1- Etat des lieux*, Paris : ESF, 1999.
- J.L. Derouet, *Ecole et Justice. De l'égalité des chances aux compromis locaux ?* Paris : Métailié, 1992
- G. Desplanques, « L'inégalité sociale devant la mort », *Economie et statistiques*, 162, p. 29-50
- C. Despres, M. Naiditch, *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle - Une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne, rapport public*, Paris : Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, 2006
- M. Devaux, F. Jusot, A. Trannoy, S. Tubeuf, « Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents ». *Questions d'économie de la santé*. IRDES, 118, fév. 2007
- N. Dodier, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris : Métailié, 1993
- N. Dodier, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris : 2003
- P. Dourgnon, M. Grignon, F. Jusot, « L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? Une revue de littérature », *Questions d'économie de la santé*, 43, 2001
- J.P. Dozon, D. Fassin (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris : Balland, 2001
- F. Dubet, *Sociologie de l'expérience*, Paris : Seuil, 1994
- F. Dubet, *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil, 2002

- F. Dubet, « Pourquoi rester classique ? », *La Revue du Mause*, n°24, 2004/2, p. 219-232
- F. Dubet, *Injustices. L'expérience des inégalités au travail*, Paris : Seuil, 2006.
- F. Dubet, *Le travail des sociétés*, Paris : Seuil, 2009
- F. Dubet, D. Martucelli, *À l'école. Sociologie de l'expérience scolaire*, Paris : Seuil, 1996
- J. Dupâquier (dir.), *L'Espérance de vie sans incapacité. Faits et tendances, premières tentatives d'explication*, Paris: PUF, 1997
- E. Durkheim, *De la division du travail social*, Paris : PUF, 1893
- E. Durkheim, *Education et sociologie*, 1922.
- E. Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris : PUF, 1894
- E. Durkheim, *L'évolution pédagogique en France*, 1938
- M. Duru-Bellat, « Filles et garçons à l'école. Approches sociologiques et psychosociales », *Revue française de pédagogie*, n° 109, oct-déc 1994 et n° 110, janv-mars 1995, p. 75-109
- M. Duru-Bellat, *Les inégalités sociales à l'école. Genèse et mythes*, Paris : PUF, 2002
- M. Duru-Bellat, *L'inflation scolaire. Les désillusions de la méritocratie*, Paris : Seuil, 2006
- M. Duru-Bellat , M. Danner, S. Landrier-Le Bastard, C. Piquée *Les effets de la composition scolaire et sociale du public d'élèves sur la réussite et les attitudes des élèves : évaluation externe et explorations qualitatives*, Rapport pour le Commissariat Général au Plan, IREDU-CNRS, Cahier de l'IREDU n°65, 2004
- M. Duru-Bellat et A. Mingat . Le déroulement de la scolarité au collège : le contexte « fait des différences ». *Revue française de sociologie*. XXIX., 1988, p. 649-666
- M. Duru- Bellat, A. Mingat, *Pour une approche analytique du système éducatif*, Paris, PUF : 1993
- M. Duru-Bellat, A. Van Zanten, *Sociologie de l'école*, Paris : Armand Colin, 1992
- B. Ehrenreich, « Gender and Objectivity in Medicine », *International Journal of Health Services*, 4, 4, 1974
- T.A. Eikemo, M. Huisman, C. Bambra , A.E. Kunst, « Health Inequalities According to Educational Level in Different Welfare Regimes : a Comparison of 23 European Countries », *Sociology of Health and Illness*, 30/4, 2008, p. 565-582
- S. Epstein, *Histoire du sida. T.1 : Le virus est-il bien la cause du sida ? T.2 : La grande révolte des malades*, Paris : Les Empêcheurs de penser en rond / Le Seuil, 2001
- F. Ewald, *L'Etat providence*, Paris : Grasset, 1986

- S. Fainzang, *La relation médecins-malades : information et mensonges*, Paris, PUF, 2006
- D. Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris : PUF, 1996, p. 111-112
- D. Fassin, « Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie: analyse critique d'une migration transdisciplinaire », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 51/4, 2003, p. 403-413
- G. Felouzis, F. Liot, J. Perrotton, *L'apartheid scolaire. Enquête sur la ségrégation ethnique dans les collèges*, Paris : Seuil, 2000
- L. Figazzolo. « PISA : évaluation dangereuse ? », *Mondes de l'Éducation*, Internationale de l'éducation, 29, mars 2009
- M. Forsé, M. Parodi, « Justice distributive. La hiérarchie des principes selon les Européens », *Revue de l'OFCE*, n° 98/3, 2006, p. 213-244
- M. Foucault, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris : PUF, 1963
- M. Foucault, *Naissance de la biopolitique : Cours au collège de France 1978-1979*, Paris : Seuil, 2004
- E. Freidson, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, New-York : Atherton Press, 1970
- E. Freidson, "Relations between Physicians in an Organized Form of Practice", *Santé, médecine et sociologie*, Colloque international de sociologie médicale, CNRS-INSERM, 1978
- E. Freidson, *La profession médicale*, Payot, 1984
- D. Gardey, I. Löwy (dir.), *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris : Editions des archives contemporaines, 2000
- J.P. Gaudillière « Statisticiens et santé publique : l'invention des facteurs de risque », *Inventer la biomédecine*, Paris : Ed. La Découverte et Syros, 2002
- U. Gerhardt, "The Parsonian Paradigm and the Identity of Medical Sociology", *The Sociological Review*, 27 (2), 1979, pp.229-251, p. 230
- A. Giddens, *Les conséquences de la modernité*, Paris : L'Harmattan, 1994
- C. Gilligan, *Une voix différente. Pour une éthique du care*, Flammarion, 2008
- W. J. Goode, "Community within a Community: The Professions", *American Sociological Review*, 22 (2), 1957, pp. 194-200
- E. Goffmann, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris : Minuit, 1968
- B. Good, *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Les empêcheurs de penser en rond*, 1998
- I. Greener, « Towards a history of choice in UK health Policy », *Sociology of Health and Illness*, Vol. 31, n° 3, 2009, p. 309-324

- J. Grenet, « Pisa, une enquête bancale ?, La vie des idées. <http://www.laviedesidees.fr/PISA-une-enquete-bancale.html>
- M. Grmek « *Preliminaire d'une étude historique des maladies* », *Annales E.S.C.*, 24, 1969, pp. 1437-1483
- O. Hall, "Les étapes d'une carrière médicale", in C. Herzlich, *Médecine, maladie et société*, Paris-La Haye : Mouton, 1970
- A. I., Hallowell, « The Social Function of Anxiety in a Primitive Society », *American Sociological Review*, 6, 1941, pp. 869-881
- P. Hassenteufel, « Vers le déclin du pouvoir médical ? Un éclairage européen : France, Allemagne, Grande-Bretagne », *Pouvoirs*, 89, 1999, p. 51-64
- C. Herzlich, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris-La Haye : Mouton, 1969
- C. Herzlich, J. Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1991
- E.C. Hughes, *Men and their Work*, Glencoe : Free Press, 1958
- E.C. Hughes, *The Sociological Eye: Selected Papers*, Chicago : Aldine, 1971
- K. Hunt, S. Macintyre, *Genre et inégalités sociales de santé*, in A. Leclerc, D. Fassin et al, 2000, *op. cit.*, p. 363
- I. Illich, *Pour une société sans école*, Paris : Seuil, 1971
- I. Illich, *Nemesis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris: Seuil, 1975
- A. Jaunait, « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », *Raisons politiques*, 11, août 2003, p. 59-79
- Ch. Jencks, *L'inégalité. Influence de la famille et de l'école en Amérique*, Paris : PUF, 1979
- M. Jouan, S. Laugier, *Comment penser l'autonomie*, Paris : PUF, 2009
- F. Jusot, *Revenu et mortalité. Analyse économique des inégalités sociales de santé en France*. Thèse de l'EHESS, dir. P.Y. Geoffard, Paris, 2003
- J. Kahn, « How a Drug Becomes "Ethnic": Law, Commerce, and the Production of Racial Categories in Medicine », *Yale Journal Of Health Policy, Law, And Ethics*, IV/1, 2004, p. 1-46
- B. Keeley, *Human Capital, How what you know shapes your life*, Les essentiels de l'OCDE, 2007
- J. de Kervasdoué (ed), *La crise des professions de santé*, Paris : Dunod, 2003
- W. Kimlicka, « the Injustice Gap », *The Globe and Mail*, may 20, 2009
- Y. Knibiehler, « La nature dans le code civil », *Annales, ESC*, juillet-août 1974, pp. 824-845
- Y. Knibiehler, « Le discours médical sur la femme, constante et rupture », *Romantisme*, n°113-14, 1976, pp.41-56

- A.E. Kunst, F. Groenhouf, J.P. Mackenbach, The E.U. Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health, « Occupational Class and Cause-specific Mortality among Middle-Aged Men in 11 European Countries », *Social Science and Medicine*, 46, 1998, p. 1459-1476
- O. Kutry, "La problématique de la création des valeurs dans la sociologie contemporaine des professions. Le cas des professionnels de première ligne", *Sciences Sociales et Santé*, 9 (2), 1991, p. 5-30
- P. Lamoureux, « Campagnes de communication en santé publique et éducation à la santé », *Sève*, Hiver 2005, p. 37-42
- T. Lang, P. Ducimetiere, D. Arveiler, P. Amouyel, J. Ferrières, J.P. Ruidavets, M. Montaye, B. Haas, A. Bingham, « Is hospital care involved in inequalities in coronary heart disease mortality? Results from the french WHO-MONICA project in men aged 30-64 », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, 1998, p. 665-671
- N. Lapeyre, N. Le Feuvre, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, 1, 2005, p. 59-81, p. 72
- D. Lapeyronnie, *Ghetto urbain. Ségrégation, violence, pauvreté en France aujourd'hui*, Paris : Robert Laffont, 2008
- T. Laqueur, *La fabrique du sexe, Essai sur le corps et le genre en Occident*, Paris : Gallimard, 1992
- B. Latour, *Changer de société - Refaire de la sociologie*, Paris : La Découverte, 2006, p. 94.
- A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski, T. Lang (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris : INSERM/La Découverte, 2000
- A. Leclerc, J.F. Chastang, L. Regnard, J.F. Ravaut, « Lombalgie invalidante et situation sociale », résultats issus de l'enquête HID », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2-3, 2007, p. 15-17
- A. Leclerc, M. Kaminski, T. Lang, *Inégaux face à la santé*, Paris :INSERM/ La Découverte, 2008
- P. Lecorps, J.B. Paturet, *Santé publique. Du biopouvoir à la démocratie*. Rennes : ed. de l'ENSP, 1999
- N. Le Feuvre, « La féminisation de la profession médicale : voie de recomposition ou de transformation du « genre », in P. Aiach, D. Cebe, G. Cresson, C. Philippe, *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques* ; Rennes : ed. de l'ENSP, 2001, p. 197-228
- P. Le Fur, V. Paris, H. Picard, D. Polton, « Les trajectoires des patients en Île-de-France : l'accès aux plateaux techniques », *Questions d'économie de la santé*, 31, 2000
- C. Lelièvre, *Les politiques scolaires mises en examen. Douze questions en débat*. Paris : ESF, 2002.

- E. Lemert, *Social Pathology*, New-York, Mac Graw Hill, 1951
- C. Le Pen, « « Patient » ou « personne malade » ? Les nouvelles figures du consommateur de soins », *Revue économique*, 60 /2, 2009, p. 257-271, p. 258
- R. Lewis, « More Patient Choice in England's National Health Service », *International Journal of Health Service*, 35/3, 2005, p. 479-483
- P. Lombraïl, J. Pascal, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les tribunes de la santé*, Presses de Sciences-Po, 8/3, 2005, p.31-39
- V. Lucas-Gabrielli, N. Nabet, F. Tonnelier, « Les soins de proximité, une exception française ? », *Questions d'économie de la santé*, 39, 2001
- P.G. Lunn, « Nutrition, immunité et infection », *Annales de démographie historique*, 1989
- D. Lupton, « Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter », *Social Science and Medicine*, 45/3, 1997, p. 373-381
- J.P. Mackenbach, *Health Inequalities: Europe in Profile*, Project : "Tackling Health Inequalities: Governing for Health", European Commission, London : 2006
- J.P. Machenbach, I. Stirbu, A-J. R. Roskam, M.M. Schaap, G. Menvielle, M. Leinsalu, A.E. Kunst, European Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health, « Socioeconomic inequalities in Health in 22 European Countries », *New England journal of Medicine*, 358 :23, 2008, p. 2468-2481
- C. Maillard, *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment la santé est devenue une affaire d'Etat*, Paris : Dunod, 1986
- B. Maresca, G. Poquet, J. Courel et al. *Les Articulations entre le système éducatif et la division sociale des espaces résidentiels en Ile-de-France*. Paris : DREIF, 2002
- M. Marmot, R.G. Wilkinson, « Psychosocial and material pathways in the relation between income and health : at response to Lynch and al. » *British Medical Journal*, vol. 322, 2001
- M. Marmot, « Self-esteem and Health », *British Medical Journal*, vol. 327, 2003, p. 574-575
- D. Martucceli, *Sociologies de la modernité*, Paris, Gallimard, 1999
- D. Martucceli, *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*, Paris : Armand Colin, 2006
- M. Maruani, *Les nouvelles frontières de l'inégalité. Hommes et femmes sur le marché du travail*, Paris : La Découverte, 1998
- P. Masson, « La fabrication des Héritiers », *Revue française de sociologie*, 42/3, 2001, p. 477-507
- E. Maurin, *Le ghetto français. Enquête sur le séparatisme social*. Paris : Seuil, 2004
- E. Maurin, *La nouvelle question scolaire. Les bénéfices de la démocratisation*, Paris : Seuil, 2007

- D. Mechanic, "Perception of parental response to illness", *Journal of Health and Social Behavior*, 6, 1965, pp. 253-257
- D. Mechanic, "Sex, Illness, Illness Behavior, and the Use of Health Services", *Journal of Human Stress*, 2, 1976, pp. 29-40
- G. Menvielle, D. Luce, B. Geoffroy-Perez, J.F. Chastang, A. Leclerc, « Social inequalities and cancer mortality in France. 1975-1990. *Cancer Causes and Control*, vol. 16, p. 501-513
- R. K. Merton, P. L. Kendall, G. Reader, *The Student Physician*, Cambridge : Harvard University Press, 1957
- A. Mesrine, « Les différences de mortalité par milieu social restent fortes », *Données sociales*, La Documentation Française, /INSEE, Paris, 1999, p. 228-235
- D. Meuret, « L'efficacité de la politique des zones d'éducation prioritaires dans les collèges », *Revue Française de pédagogie*, N°109, 1994, p. 41-64
- D. Meuret, *Gouverner l'école. Une comparaison France/ États-Unis*, Paris, PUF : 2007
- N. Mons, *Les nouvelles politiques éducatives. La France fait-elle les bons choix ?* Paris : PUF, 2007
- C. Monteil, I. Robert-Bobée, « Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes », *INSEE Première*, n°1025, Juin 2005
- P. Mormiche, « Consommation médicale : les disparités sociales n'ont pas disparu », *Economie et statistique*, 189, 1986, p. 19-38
- N. Moumjid-Ferdjaoui, M.O. Carrere, « La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale », *Revue française des affaires sociales*, 54/2, p. 73-88
- V. Munoz-Dardé, « Doit-on alors abolir la famille ? », *Comprendre*, 2, 2001, pp. 301-322
- C. Nathanson, "Illness and the feminine role: a theoretical review", *Social Science and Medicine*, 9, 1975
- J. Newman, E. Kuhlmann, « Consumers enter the political stage ? The modernisation of health care in Britain and Germany », *Journal of European Social Policy*, 17/2, 2007
- J.P. Newhouse, *Free for all ? Lessons from the Rand experiment*, Cambridge : Harvard University Press, 1993
- R. Nozick, *Anarchie, État et utopie*, Paris : PUF, 1988
- M. Oberti *L'école dans la ville. Ségrégation - Mixité - Carte scolaire*. Paris : Les Presses de Sciences Po, 2007

- OCDE, *PISA 2006. Les compétences en sciences, un atout pour réussir*, Volume 1 – Analyse des résultats
- OCDE, *Eco Santé 2009*, Statistiques et indicateurs pour trente pays. Base de données
- Z. Or "Exploring the effects of health Care on Mortality Across OECD countries", *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, 46, 2001
- T. Parsons, "The Professions and Social Structure", in *Essays in Sociological Theory*, Glencoe, Free Press, 1949, pp. 34-39
- T. Parsons, *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris : Plon, 1955, Ch. 10, p. 197-238
- T. Parsons et R. Fox, "Illness, Therapy and the Modern Urban American Family", *The Journal of Social Issues*, vol. VIII, n° 4, 1952, pp 2-3 et 31-44
- J.P. Payet, *Collèges de banlieue, ethnographie d'un monde scolaire*, Paris : Klincksieck, 1995
- P. Perrenoud, *Métier d'élève et sens du travail scolaire*, Paris : ESF, 2004
- J.P. Pierron, « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé*, 25/2, juin 2007, p. 43-66
- P. Pinel, *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France. 1890-1940*. Paris : A.M. Métailié, 1992
- A. Prost, *Histoire de l'enseignement en France, 1800-1967*, Paris : Armand Colin, 1968
- S. Rameix, « Théories de la justice et systèmes de santé », in JM. Mouillie, C. Lefeve, L. Visier, *Médecine et sciences humaines. Manuel pour les études médicales*, Paris : Les belles lettres, 2007, p. 496-514
- J. Rawls, *Théorie de la justice*, Paris : Seuil, 1987
- D. Raynaud, « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », *Etudes et résultats*, DREES, 378, fév. 2005
- M. Renaud, "De la sociologie médicale à la sociologie de la santé: trente ans de recherche sur le malade et la maladie", in J. Dufresne, F. Dumont, Y. Martin (dir.) *Traité d'anthropologie médicale*, Presses Universitaires du Québec / Presses Universitaires de Lyon, 1985
- T. Rice, « The Impact of Changing Medicare Reimbursement Rates on Physician-Induced Demand », *Medical Care*, 21 (8), p. 803-815
- W. H. R. Rivers, *Medicine, Magic and Religion*, London : Kegan Paul, 1924
- G. Rocher, *T. Parsons et la sociologie américaine*, Paris : PUF, 1972
- I. Romon, J. Dupin, S. Fosse, M. Dalichampt, R. Dray-Spira, M. Varroud-Vial, A. Weill, A. Fagot-Campagna, « Relations entre caractéristiques socio-

économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, Entred 2001 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, 14. nov. 2006

P. Rosanvallon, *La nouvelle question sociale. Repenser l'État-providence*, Paris : Seuil, 1995

F.X. Schweyer, « Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public », in G. Cresson, F.X. Schweyer, *Les usagers du système de soins*, Rennes : Ed de l'ENSP, 2000, p. 37-54

L. Sfez, *La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*, Paris : Seuil, 1995

J. Simon, C. Moisan, *Les déterminants de la réussite scolaire en zone d'éducation prioritaire*, IGAEN, Paris : La documentation Française, 1997

P. Shrabanek, *La fin de la médecine à visage humain*, Paris : Odile Jacob, 1995

F. de Singly, « La sociologie, forme particulière de conscience », in B. Lahire (dir.), *A quoi sert la sociologie ?* Paris : La découverte,

J.B. Spitz, *Abolir le hasard ? Responsabilité individuelle et justice sociale*, Paris : Vrin, 2008

A. Strauss, S. Fagerhaugh, B. Suzek, C. Wiener, *Social Organization of Medical Work*, Chicago and London : The University of Chicago Press, 1985

D. Tabuteau, « Les autres défis de l'assurance maladie », *Les tribunes de la santé*, n°4, 2004/3, p. 111-125, p. 119-120

D. Tabutin, « La mortalité féminine en Europe avant 1940 », *Population*, 1, p. 121-148

A. Thiercé, « Révoltes de lycéens, révoltes d'adolescents au XIX^{ème} siècle », *Histoire de l'éducation*, 89, 2001, p. 95-120

D. Thouvenin, « Est-il pertinent de parler d'une judiciarisation de la médecine ? », in J.M. Mouillie, C. Lefevre, L. Visier, *Médecine et sciences humaines, Manuel pour les études médicales*, Paris : Les Belles Lettres, 2007, p. 462-468

A. Touraine, *Critique de la modernité*, Paris : Fayard, 1992

P. Townsend, N. Davidson, *Inequalities in Health : The Black Report*, London : Penguin, 1980

P. Urfalino, *Le grand méchant loup pharmaceutique. Angoisse ou vigilance ?* Paris : Ed. Textuel, 2005

A. Van Zanten, *L'école de la périphérie. Scolarité et ségrégation en banlieue*, Paris : PUF, 2001

A. Van Zanten, B. Darchy-Koechlin, « La formation des élites », *Revue internationale d'éducation*, n°39, 2005

A. van Zanten, *La fin de la méritocratie ? Les stratégies éducatives des classes moyennes et supérieures*. Lyon : UMR Éducation et Politique, colloque « repenser la justice dans le domaine de l'éducation et de la formation », 2006

- L. Verbrugge, "Females and Illness: recent trends in Sex Differences in the United States", *Journal of Health and Social Behavior*, 17, 1976, pp. 387-403
- M. Verhoeven, J.F. Orianne, V. Dupriez, *Vers des politiques d'éducation « capabilisantes » ? Une analyse critique de l'action publique en matière d'éducation*, Les cahiers de recherche en éducation et formation, 47, nov. 2005.
- C Vincelet, S. Azogui-Lévy, I. Grémy, « Inégalités en santé bucco-dentaire dans la population francilienne adulte, 2002-2003 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 15, 14 avril 2009
- L.R. Villermé, *Mémoire sur la mortalité dans la classe aisée et dans la classe indigente*. Mémoire de l'Académie de Médecine, Paris, 1828
- L. R. Villermé, *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, Paris : Renouard, 1840
- L. Visier, « Rhétoriques de l'égalité et de la justice en santé et en éducation » M. Duru-Bellat, D. Meuret, *Les sentiments de justice à et sur l'école*, Bruxelles : De Boeck Université, 2009, p. 73-82.
- L. Visier, G. Zoïa, *La carte scolaire et le territoire urbain*, Paris : PUF, 2007
- M. Walzer, *Sphères de justice*, Paris : Le Seuil, 1997
- M. Weber, *L'objectivité de la connaissance dans les sciences et la politique sociales*, 1904.
- M. Weber, *Essai sur le sens de la « neutralité axiologique » dans les sciences sociologiques et économiques*, 1917
- R. Wilkinson, K. Pickett, *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*, Allen Lane, 2009
- U. Wimblad, « Do Physicians Care about Patient Choice », *Social Science and Medicine*, 67/10, nov. 2008, p. 1502-1511
- S. Wuhl, *Discrimination positive et justice sociale*, PUF, 2007
- M. Young, *The Rise of the Meritocracy, 1870-2033 : An Essay on Education and Equality*. London : Penguin Book, 1958
- G. Zoïa, L. Visier, « En banlieue, résonnent tous nos malaises », *Esprit*, 10, 1996, p. 94-109.
- G. Zoïa, L. Visier, *L'accueil à l'école des élèves primo-arrivants en France*, Paris : La documentation française, 2004
- G. Zoïa, L. Visier, *La mixité sociale à l'école. Production et usages de l'offre scolaire dans la « ville à trois vitesses*, Paris : PUCA Ministère de l'Ecologie, du Développement et de l'Aménagement Durables, 2007

Table des matières

| | |
|---|------------|
| INTRODUCTION | 3 |
| <i>Deux secteurs</i> | 9 |
| <i>Des activités sociales</i> | 12 |
| <i>Secteur de santé et secteur d'éducation</i> | 15 |
| <i>Biens de santé et bien d'éducation</i> | 18 |
| I. SOCIALISATION | 23 |
| <i>le programme durkheimien</i> | 24 |
| <i>comment la santé devient une question sociale</i> | 29 |
| <i>le programme institutionnel</i> | 40 |
| <i>scolarisation et médicalisation</i> | 44 |
| <i>le mérite usurpé et la pédagogie rationnelle</i> | 46 |
| <i>la critique de la profession médicale</i> | 57 |
| <i>critique de l'école, critique de la médecine</i> | 67 |
| II. INEGALITES | 71 |
| <i>L'école, reproduction et production des inégalités</i> | 72 |
| <i>Les inégalités sociales de santé</i> | 90 |
| <i>Le genre : repenser les inégalités</i> | 116 |
| <i>Comparer les inégalités</i> | 140 |
| III. JUSTICE | 157 |
| <i>De l'égalité à la justice</i> | 158 |
| <i>Les choix des individus : acteurs ou consommateurs ?</i> | 181 |
| <i>La discrimination positive</i> | 204 |
| CONCLUSION | 222 |
| BIBLIOGRAPHIE | 228 |