

Claudine HERZLICH
Janine PIERRET

Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985)

RÉSUMÉ

Ce texte propose d'analyser les conditions d'apparition et de développement de la sociologie de la santé en France entre 1950 et 1985. Après un rapide rappel historique, l'étude s'attache aux mécanismes d'origines institutionnelle, scientifique et politique et à leurs interrelations, qui ont permis la constitution de ce domaine. Il s'appuie à la fois sur une expérience directe de recherche de plusieurs décennies et sur la relecture des travaux produits.

L'histoire de la sociologie française n'a suscité que quelques travaux sur les origines et le développement d'un secteur spécifique (Amiot, 1986 ; Tanguy, 2008). Rien de tel n'existe en France concernant la sociologie de la santé. Pourtant, elle constitue un cas intéressant. C'est tout d'abord une branche récente de la sociologie qui ne démarre que plusieurs années après « la seconde fondation de la sociologie » (Chapoulie, 1991). À la différence des États-Unis, la santé et avec elle la médecine, la maladie et le corps sont longtemps demeurés hors du champ de l'analyse sociologique. Si, traditionnellement, ces problèmes ont relevé des sciences de la vie et du monde médical, ce partage de territoire est moins évident qu'il n'y paraît : pour comprendre les faits de santé, les médecins ont, à partir du XVIII^e siècle, élaboré une pensée sur la société. Comprendre le rôle de cette pensée médicale sur le social et ses relations avec la naissance de la sociologie de la santé est l'un des objectifs de cet article. Comment cette dernière s'est-elle dégagée de l'emprise de la pensée médicale pour s'autonomiser et se constituer en un secteur spécifique de la sociologie ?

La médecine est une institution centrale dans toutes les sociétés industrielles et la santé est une dimension de la vie sociale et économique, individuelle et collective, dont l'importance s'est considérablement accrue au cours des dernières décennies. Elle focalise une attention toujours plus grande. Ainsi, en France, entre 1950 et 1980, le nombre de médecins a plus que triplé (de 32 000 à 110 000) et la part des dépenses de santé dans le PIB est passée de 3 % à près de 7,5 %. Aujourd'hui, l'apparition d'un risque sanitaire, d'une

Revue française de sociologie

pathologie nouvelle suscite un sentiment d'urgence politique et la société ne peut plus être pensée et étudiée sans référence à la médecine et à la santé.

C'est pourquoi l'analyse des conditions d'apparition et de développement de cette branche de la sociologie permet d'éclairer, à partir des rapports entre les groupes d'acteurs, les interrelations entre disciplines des sciences sociales et des sciences médicales. Elle montre aussi les complémentarités entre les conditions scientifiques et institutionnelles ainsi que le poids du contexte sociopolitique et culturel à différentes étapes. Si l'évolution de la sociologie est ancrée dans les changements du monde social, ce cas en est une bonne illustration.

L'apport spécifique de ces recherches ne réside pas dans une perspective théorique nouvelle ou unifiée car elles se sont appuyées sur les modèles existants. Cependant, plusieurs enjeux scientifiques peuvent être soulignés. Dans une sociologie alors dominée par des approches organisationnelles et institutionnelles, les travaux que nous allons examiner ont fait porter le regard des sociologues sur des objets tels que la maladie, le corps et la souffrance, qui sont à la fois individuels, collectifs et sociaux. En outre, dans une discipline qui pensait alors l'organisation de la société surtout en termes de rapports de classe, les pratiques autour de la maladie montraient le jeu d'autres formes de pouvoir, de mobilisation et d'actions collectives.

Après un bref rappel historique, l'analyse concerne la période 1950-1985 : autour de 1985, la sociologie de la santé est constituée. Cependant, l'apparition du sida à cette date entraînera de profonds changements dans son organisation et sa visibilité, dans les liens entre chercheurs et autres acteurs du monde social, ainsi que dans la diversification des objets de recherche. Mais cette évolution se situe hors du cadre de cet article.

Pour ce travail, nous nous sommes appuyées sur notre présence dans cette histoire dès l'origine. Nous avons participé à chaque étape de sa structuration et impulsé diverses manifestations qui y ont contribué (organisation d'appels d'offres, de réseaux de recherche et de colloques, mise en place d'enseignements, lancement de revue, etc.). Nous avons également été à l'initiative de la création du Cermes (Centre de recherche médecine, maladie et sciences sociales), premier centre reconnu à la fois par le Cnrs, l'Inserm et l'Ehess. Des discussions avec des collègues sociologues, anthropologues, économistes, également impliqués, ainsi que la lecture d'entretiens publiés ont enrichi notre connaissance. Enfin, la littérature sur l'histoire de la sociologie comme les travaux produits dans ce secteur ont été nos sources principales et l'objet central de notre réflexion.

Avant les sociologues : les médecins et le social

L'hygiénisme et la médecine sociale

En France, à partir de la fin du XVIII^e siècle, les courants de l'hygiénisme et de la médecine sociale ont été très vivants et productifs. On connaît

l'enquête lancée par Vicq d'Azyr et la Société royale de médecine (1776-1792) sur les épidémies et le climat (Desaive *et al.*, 1972). En 1790, des médecins membres de l'Assemblée constituante forment le Comité de salubrité. Puis, diverses structures se succéderont jusqu'à la création en 1848 du Comité consultatif d'hygiène publique (Lécuyer, 1986 ; Murard et Zylberman, 1996). Les travaux ont une visée scientifique mais entendent éclairer l'Administration et orienter sa politique.

L'approche des premiers hygiénistes est souvent topographique, c'est le cas des travaux sur la mortalité différentielle du choléra dans les différents quartiers de Paris (Villermé, 1834). En revanche, *Le tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie* (Villermé, 1840) met en évidence les effets des conditions de travail sur la santé et permettra, l'année suivante, l'adoption d'une loi réglementant le travail des enfants. Ainsi, s'exprime l'idée d'une étiologie sociale des maladies de même que celle d'un rôle politique du médecin et de la médecine. En 1829, le premier numéro des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* proclame : « La médecine n'a pas seulement pour objet d'étudier et de guérir les maladies, elle a des rapports intimes avec l'organisation sociale ; quelquefois, elle aide le législateur dans la confection des lois, souvent elle éclaire le magistrat dans leur application. »

Bien que profondément modifié par le pasteurisme et l'introduction des concepts microbiologiques, le mouvement hygiéniste reste important en France au début du XX^e siècle. Ses liens avec le monde politique sont étroits. Ainsi les médecins constituent-ils le plus important groupe professionnel représenté à la Chambre des députés (Ellis, 1990) et jouent-ils un rôle essentiel dans l'adoption de la loi de santé publique en 1902.

Dans les années 1930-1940, la médecine sociale demeure liée au pouvoir politique, en particulier pour l'aménagement urbain. Mais sous l'influence du prix Nobel de médecine, A. Carrel, la perspective s'oriente vers l'eugénisme dans la mouvance des préoccupations populationnistes que partagent des médecins et des démographes. C'est dans cet esprit qu'en novembre 1941, sous l'occupation allemande, est créée la Fondation française pour l'étude des problèmes humains, dirigée par Carrel (1). Elle est dissoute à la Libération mais le professeur R. Debré obtient, en octobre 1945, la création d'un nouvel organisme, l'Ined, qui en reprend certains membres et thèmes de recherche (Drouard, 1992).

Les médecins en France ont donc tenu un discours sur l'inscription de la santé dans le social bien avant que la sociologie française s'y intéresse. Celle-ci, lorsqu'elle se constitue, ignore la santé, la maladie et la médecine. On connaît l'importance pour Durkheim (1897) de la notion de normal et son utilisation fréquente des métaphores naturalistes et biologiques (Guillo, 2006). Cependant, il entend construire les faits sociaux en rupture avec les

(1) La Fondation regroupera jusqu'à 250 membres parmi lesquels les médecins J.-J. Gillon, R. Gessain, J. Sutter, ainsi que le psychosociologue J. Stoetzel, qui introduit alors en France la méthode des sondages.

phénomènes naturels et les faits psychiques. S'il aborde « les rapports entre le suicide et les états psychopathiques » dans le premier chapitre du *Suicide*, ce n'est que pour les récuser. Ainsi n'envisage-t-il le suicide que comme un acte lié à la structure familiale et sociale. En outre, pour lui, la médecine ne fait pas partie des institutions concourant à la cohésion sociale. De même, santé et médecine sont des réalités absentes de l'œuvre de la plupart des pères fondateurs de la sociologie.

La comparaison avec les États-Unis est intéressante, car la sociologie s'y institutionnalise dans les universités plus vite qu'en France, et la « sociologie médicale » constituera un domaine de recherche identifié dans les années 1950. Mais, dès le début du XX^e siècle, des médecins s'y sont intéressés et chercheront le contact avec les sociologues et les entraîneront (Bloom, 2002). Médecins et spécialistes des sciences sociales nouent des liens étroits dans les universités. L'exemple le plus notoire est celui du médecin L. J. Henderson, créateur d'un laboratoire d'étude de la fatigue à Harvard, qui se forme aux sciences sociales et animera un « séminaire Pareto » auquel assisteront Parsons et Merton (2). L'influence de Henderson n'est sans doute pas étrangère au fait que Parsons entreprend son premier et probablement unique travail de terrain sur la pratique médicale au *Massachusetts general hospital* de Boston (Fox, 1997). En France, à la même époque, de tels liens n'existent pas et ces thèmes sont rarement abordés par les sciences sociales.

Certes, dès 1926, Mauss s'interroge dans une perspective ethnologique sur les « Effets physiques chez l'individu de l'idée de mort suggérée par la collectivité » en Australie et en Nouvelle-Zélande. Puis, en 1936, dans « Les techniques du corps », il s'appuie sur l'observation de différentes situations de la vie quotidienne. Son « Énumération biographique des techniques » de la naissance à l'âge adulte inclut le sommeil, la veille, l'activité, « les soins du corps, c'est-à-dire frottage, lavage, savonnage », mais il conclut de façon abrupte et sans s'y attarder par la mention « *les techniques des soins, de l'anormal : massage, etc. Mais passons.* » (Mauss, 1966, p. 383).

Au cours de cette période, l'auteur qui a abordé de front « le problème général du normal et du pathologique » (1943) est Canguilhem. Philosophe ayant suivi des études médicales, il consacre à ces notions sa thèse de doctorat en médecine. Il s'attache à définir la santé comme concept normatif dont il faut chercher le sens dans le rapport à la vie des individus : « C'est au-delà du corps qu'il faut regarder pour apprécier ce qui est normal ou pathologique pour ce corps même. » (Canguilhem, 1966, p. 133). Il ouvre ainsi une voie à l'analyse des sciences humaines et sociales.

(2) Il y exposera sa théorie portant sur « Physician and patient as a social system » (*New England journal of medicine*, 1935) à propos de laquelle Merton écrira : « *That was the first time that I and the rest of us were*

exposed to the idea of looking at the relationship between physicians and patients from a sociological standpoint. » (cité par Bloom, 2002, p. 89).

Des premiers travaux isolés et d'orientations diverses

Cependant, un intérêt va s'amorcer, parallèlement à l'expansion de la sociologie, qui s'affirme progressivement en se différenciant des autres disciplines de sciences humaines et sociales dans les institutions de recherche et à l'université (3). Les principaux champs d'études sont alors le travail, surtout industriel, la criminalité, la religion, le monde rural, les loisirs. La médecine n'est pas considérée comme une institution sociale méritant l'attention, et la santé, du fait du poids de naturel et d'individuel qui lui est attaché, n'est pas une réalité prise en compte par l'analyse sociologique. On peut remarquer que, lors de leurs séjours fréquents aux États-Unis, au cours des années 1950 (Mendras, 1995), les jeunes chercheurs de l'époque (4) ne paraissent pas avoir eu de contacts avec leurs collègues américains travaillant en « sociologie médicale », alors en plein essor. L'impulsion vient du financement de recherches empiriques par les grandes fondations privées et de l'intérêt pour la médecine en tant qu'institution sociale que manifestent alors aussi bien Parsons que Hughes (1955), ou Merton et ses collègues (1957). Ainsi, Reynaud et Touraine, qui présentent une enquête sur les étudiants en médecine au Congrès mondial de sociologie d'Amsterdam en 1956, ne semblent pas avoir eu connaissance de leurs travaux. Aux Congrès suivants de Milan (1959) et d'Évian (1966), aucun lien ne se noue entre les sociologues français et les spécialistes de la médecine et de la maladie, en particulier américains.

Pourtant, dès les années 1950, quelques travaux débutent en France dans plusieurs directions. Morin s'intéresse à une anthropologie de la mort « à la fois dans la continuité et la rupture avec l'évolution biologique » ([1951] 1970, p. 10). La relation entre biologie et sociologie ainsi que le concept de « pensée complexe » le tarauderont jusqu'à aujourd'hui (Morin, 2008). Sur le plan empirique, l'enquête de Reynaud et Touraine, déjà citée (5), donne lieu à la publication de deux notes de recherche (Reynaud et Touraine, 1956). Dans la seconde, intitulée « L'effet de dominance. Faits et hypothèses », ils traitent, mais sans faire le lien, un problème central dans l'ouvrage dirigé par Merton

(3) Le Cnrs crée le Centre d'études sociologiques (CES) en 1946 et, à l'Université, la licence de sociologie se met en place en 1959, suivie du doctorat de troisième cycle, plus court que la thèse d'État et davantage fondé sur des travaux de terrain. Dans la seconde moitié des années 1960, les premiers étudiants s'engagent assez fréquemment dans la préparation de thèses et une formation à la recherche, l'« Enseignement pour la recherche approfondie en sciences sociales » (EPRASS), est mise en place par l'Ehess et le Cnrs. Des ouvrages de base sont publiés : *Le vocabulaire des sciences sociales* (Boudon et Lazarsfeld, 1965) et *Le métier de sociologue* (Bourdieu, Chamboredon et Passeron, 1968). *Sociologie du travail* édite son premier numéro en octobre

1959 et la *Revue française de sociologie* en janvier 1960. La Commission de psychologie et sociologie du Comité national du Cnrs se scinde et une Commission de sociologie et démographie est créée.

(4) En particulier, Mendras, Tréanton, Dampierre, Crozier, Touraine, Bourricaud. Ce dernier a cependant traduit le chapitre de Parsons, « Social structure and dynamic process : the case of modern medical practice », dans le recueil de textes de cet auteur, *Éléments pour une sociologie de l'action* ([1951] 1955).

(5) Il s'agit d'une enquête menée par questionnaire auprès de 1 495 étudiants en médecine à Paris et à Lille effectuée sous l'impulsion du Bureau universitaire de statistique (BUS).

(1957) (6), celui de la pression normative du milieu médical sur les attitudes des étudiants et son rôle primordial dans leur socialisation. À la même période, Reynaud et Catrice-Lorey (1960) réalisent une enquête sur les assurés sociaux, financée par une subvention de la Caisse nationale de Sécurité sociale. Au printemps 1958, 3 910 assurés du régime général répondent à un questionnaire sur leurs attitudes face à la Sécurité sociale, son influence sur leur recours aux soins et leurs relations avec les médecins. Les deux rapports sont présentés dans la revue de l'IFOP (*Sondages*, 1960, pp. 135-141).

Catrice-Lorey sera longtemps la seule sociologue à travailler sur ces questions. Cependant, en 1963, Hatzfeld publie un ouvrage analysant les rapports entre corps médical, Sécurité sociale et État à partir des débats concernant le conventionnement des honoraires médicaux. Dans une note critique, Catrice-Lorey (1964) en souligne l'intérêt pour les sociologues. Deux ans plus tard, elle en consacre une autre à deux ouvrages portant sur la médecine (7). Elle y discute le passage de « l'entente directe » typique de la médecine libérale qu'elle oppose à « l'entente collective après un dialogue, une négociation avec les deux autres partenaires de la médecine que sont les pouvoirs publics et les organismes sociaux » (Catrice-Lorey, 1966, p. 419).

Catrice-Lorey et Hatzfeld partagent donc un intérêt pour l'un des thèmes centraux de la sociologie de la médecine : les rapports entre les médecins et l'État. Ce problème sous-tend également l'ouvrage de Jamous (1967) centré sur la décision politique, qui a pour objet « la réforme Debré » de 1958 : la réforme des études médicales et la création des Centres hospitaliers universitaires (CHU). Néanmoins, ces travaux n'entraînent en rien la structuration d'un milieu intellectuel. Ces chercheurs engagés dans des études empiriques n'établissent pas de liens entre eux et sont inégalement conscients de la spécificité de leur objet de recherche et de la possibilité du développement d'un domaine autonome. Si Hatzfeld s'intéresse aux particularités du monde médical et cite Parsons et Balint, Jamous s'appuie uniquement sur Weber et Marx. Pour lui, les études médicales et la médecine ne constituent qu'un cas destiné à tester une théorie générale de la décision politique.

Parallèlement à celles sur la médecine, les premières recherches sur les rapports à la maladie et à la santé paraissent. Proche de Bourdieu, Boltanski (1969, 1971) veut montrer la domination du discours médical sur les malades et sur leur rapport au corps, en particulier ceux des classes populaires, socialement les plus dominées. Herzlich (1969) situe son travail au carrefour de l'anthropologie et de la « psychosociologie médicale » anglo-saxonne tout en se plaçant dans la perspective d'étude des représentations sociales impulsée par Moscovici. Elle entend montrer l'existence d'un discours profane autonome à l'égard du savoir médical. Son livre, traduit en anglais en 1973, aura une influence en Grande-Bretagne sur l'essor des *Health belief studies*. En France, l'étude des points de vue et des savoirs profanes se développera dans

(6) On peut remarquer que les deux notes ne comportent aucune bibliographie.

(7) Le premier ouvrage est de M. Carré,

journaliste, *Quelle médecine voulez-vous ?* (1964), et le second de J.-R. Debray, médecin, *Le malade et son médecin* (1965).

Claudine HERZLICH, Janine PIERRET

une conjoncture différente créée par la recherche contractuelle (Lautman, 1973 ; Ferry-Pierret et Karsenty, 1974 ; Pierret, 1976).

Il faut aussi mentionner la parution, en 1965, de l'ouvrage de Bastide puis la thèse de Dufrancatel (1969) sur la sociogénèse des maladies mentales. Bastide crée, au sein de la VI^e section de l'Ephe, en 1959, le Centre de psychiatrie sociale, qui deviendra le Centre de recherche et d'étude des dysfonctions de l'adaptation (CREDA). Pour la première fois, un centre de recherches se constitue dans ce secteur, mais alors qu'aux États-Unis l'étude de la maladie mentale et de l'hôpital psychiatrique est directement à l'origine de la « sociologie médicale », en France ces recherches resteront longtemps isolées.

D'autres disciplines sont aussi concernées. Il faut citer d'abord les travaux historico-philosophiques sur la folie, l'hôpital et la médecine clinique de Foucault (1961, 1963), qui éveilleront l'attention à ces problèmes. Les premières études empiriques sur le travail de soins des infirmières s'effectuent en psychologie du travail (Lévy-Leboyer, 1967 ; Lévy-Leboyer et Gadbois, 1968). C'est en histoire que l'intérêt est le plus marqué et orienté explicitement vers la reconnaissance d'un nouvel objet de recherche. En 1969, la revue *Annales* publie un numéro spécial « Histoire biologique et société ». La présentation du numéro annonce l'émergence d'une « zone encore mal connue du domaine historique » et la revue affirme qu'il s'agit « d'effacer la césure scolastique entre l'homme physique et l'homme moral ». L'ouvrage collectif *Faire de l'histoire* inclut un chapitre intitulé « L'homme malade et son histoire » (Peter et Revel, 1974).

En sociologie, malgré la pertinence des thèmes abordés dans les premiers travaux, on ne peut considérer qu'au cours de ces années un domaine de recherche identifié existe. Avec le recul, il apparaît que seul Stoetzel, professeur de psychologie sociale à la Sorbonne, directeur du CES et de l'IFOP, en a eu une vision claire. Son intérêt est éveillé par une commande de la revue professionnelle *Le concours médical* adressée à l'IFOP : effectuer un sondage sur « Les Français et leur médecin ». Cette enquête restera longtemps une référence (*Sondages*, 1960). Parallèlement, Stoetzel esquisse les contours d'un champ de recherche dans ses cours de psychologie sociale à la Sorbonne et explicite sa vision dans un article paru dans la revue de démographie *Population* (1960). Son approche, qui repose sur une investigation bibliographique essentiellement anglo-saxonne – fruit de ses contacts avec les États-Unis –, débute par le constat de la complexité du concept de maladie avec des citations de Leriche et Canguilhem. Il analyse ensuite la diversité culturelle de la notion de maladie, ses conceptions causales et son association à une conception morale, et présente longuement le modèle parsonien du « rôle de malade » et celui du « rôle de médecin ». Malgré sa position éminente dans la sociologie de l'époque, Stoetzel ne sera pas suivi et son article précurseur et programmatique, assez peu cité, n'aura qu'un impact limité (8).

(8) Il a cependant été le directeur de thèse de Herzlich.

Revue française de sociologie

De même, ces premiers travaux portent sur des problèmes qui font débat dans la société et donc directement en prise avec le changement social. Mais ils ne suscitent ni l'intérêt de la profession médicale, ni celui des pouvoirs publics, et ne sont remarqués que par un petit nombre de sociologues. La demande de réflexion et de recherche demeure faible et, sur tous ces problèmes, le discours médical apparaît seul légitime.

Un discours médical dominant dans le contexte des Trente Glorieuses

À la fin de la Seconde Guerre mondiale, dans une société qui se reconstruit, la santé a pris peu à peu une importance centrale. Les ordonnances du 19 octobre 1945 créant la Sécurité sociale sont à l'origine d'une croissance importante du marché des soins et d'une augmentation régulière de la consommation médicale. Dès l'élaboration du premier Plan, l'accent est mis sur la reconstruction et la modernisation d'un équipement médical et hospitalier en partie détruit par la guerre. Dans ce contexte où « la santé n'a pas de prix », toute prestation médicale est appréciée positivement. Les pouvoirs publics, ayant assuré un droit aux soins par la création de la Sécurité sociale, s'effacent devant la médecine. La reconnaissance par l'État de l'autonomie professionnelle des médecins et la spécificité des modes de financement aboutissent à une délégation globale de légitimité à la médecine pour la prise en charge de la santé et à une occultation de ses dimensions sociales.

Certes, au fil des années, des conflits éclatent autour de l'organisation de la médecine libérale, des honoraires médicaux et du fonctionnement de l'hôpital. Dès la fin des années 1940, surgissent les premières interrogations sur l'équilibre financier de la Sécurité sociale (9). Mais sur tous ces points le discours dominant, pratiquement le seul audible et légitime, est celui, souvent triomphaliste, des médecins, en particulier de professeurs de médecine qui s'expriment dans différents supports et pour différents publics. Ils s'adressent parfois à leurs pairs (Sournia, 1961 ; Kourilsky, 1961), ou à leurs étudiants (Hamburger, 1963). D'autres écrivent pour le grand public (Lamy, 1964 ; Péquignot, 1967 ; Gilbert-Dreyfus, 1968 ; Le Porrier, 1968). Tous insistent sur les progrès accomplis par la médecine moderne, mais certains sont sensibles aux problèmes posés par la spécialisation et la technicisation croissantes de la pratique médicale, rançon, pensent-ils, des récentes avancées scientifiques. Plusieurs d'entre eux s'intéressent aux travaux psychanalytiques sur la relation malade/médecin et son efficacité dans l'acte thérapeutique (Valabrega, 1962 ; Balint, 1966).

Médecin humaniste, Péquignot se penche sur la notion de droit à la santé ainsi que sur les coûts de l'activité médicale. À partir de 1953, il sera avec le Dr G. Rösch à l'origine de la naissance de « l'économie médicale », étroitement associée à la planification et à la comptabilité nationale, dans le cadre du Centre de recherche et documentation sur la consommation (Credoc), chargé

(9) Voir, par exemple, la série d'articles publiés dans *Le Monde* en février 1949 par P. Drouin.

Claudine HERZLICH, Janine PIERRET

de produire les comptes nationaux de la consommation. Après une première étude sur les dépenses de santé des Français en 1954, une enquête auprès des ménages débute en 1959 en collaboration avec l'Insee, qui deviendra l'Enquête décennale santé. Malgré la présence de statisticiens et d'économistes, cette économie médicale est essentiellement l'affaire des médecins. C'est aussi à leur initiative qu'est créé, en 1960, le Centre de sociologie et de démographie médicales, qui publie des statistiques sur l'activité et l'évolution démographique du corps médical dans des *Cahiers* du même nom. Pour autant, aucun chemin ne se dessine menant ces médecins vers la sociologie académique. Au début des années 1970, alors qu'avec les événements de Mai 1968 la sociologie a pris une place importante dans l'univers intellectuel, d'autres professeurs de médecine publient pour leurs étudiants de petits précis au contenu assez élémentaire auxquels ils donnent le titre de « sociologie et économie médicales » (Roche, 1972 ; Pélicier et Mouchez, 1973).

Naissance d'un domaine de recherche

La situation se transforme radicalement à la fin des années 1960 et au cours des années 1970, sous les effets conjugués de plusieurs évolutions. D'abord, les événements de Mai 1968 ont contribué à rendre visible la sociologie. La recherche sur la santé va s'inscrire dans cette dynamique. La dénonciation critique change le regard collectif sur la maladie, la santé et le corps, qui cessent d'être considérés comme hors du social. La dimension politique en est également soulignée. Dans cette conjoncture politico-intellectuelle, les médecins contestataires s'efforcent de nourrir leur réflexion critique. Ils lisent Foucault et dénoncent la « iatrogénie médicale » (Illich, 1975). Ils cherchent à nouer des contacts avec des sociologues. Ceux-ci, de leur côté, deviennent plus nombreux à trouver un intérêt à des problèmes jusque-là négligés. L'analyse du pouvoir médical peut s'inscrire dans la réflexion critique sur la société capitaliste. De nouveaux objets comme le corps, en particulier le corps des femmes, ou la parole des malades deviennent alors légitimes pour les sociologues.

Ensuite, une demande émanant de l'administration et de l'État planificateur conduit à l'organisation d'une recherche incitative. Particulièrement importante pour la recherche urbaine (Amiot, 1986), elle joue aussi un rôle pour la santé. Des centres de recherche, financés sur contrats, se créent en marge de l'université et du Cnrs. Les travaux empiriques se développent et le type de publication en sciences sociales se diversifie : la production de rapports de recherche se diffuse à côté de celle d'articles académiques.

Les conséquences de Mai 1968

À la fin des années 1960, la « réforme Debré » adoptée en 1958 commence à se mettre en place. L'hôpital change : les soins sont plus étroitement liés à la recherche en train de se faire. Un nouveau type de médecin hospitalier, à la fois clinicien, enseignant et chercheur, commence à apparaître. Des unités Inserm vont s'installer dans les CHU. Mais, concurrentement, les événements de Mai 1968 ébranlent profondément la médecine française. La mise en cause vient de l'intérieur : elle est le fait d'étudiants en fin d'études et de jeunes médecins dénonçant le pouvoir médical dans un *Livre blanc* auquel participent ceux qui deviendront les animateurs des mouvements contestataires des années 1970.

Sur le modèle du Groupe d'information sur les prisons (GIP) créé en février 1971 par Foucault, Domenach et Vidal-Naquet, le Groupe d'information santé (GIS) est constitué en mai 1972 pour « développer l'intolérance à ce système, débloquent ou redresser l'information sur les problèmes de santé, lutter contre la propagande mensongère accrochant la santé à un progrès plus ou moins mythique ». L'un de ses animateurs, le Dr J. Carpentier, lance le journal *Tankonalasanté* en février 1973 avec un éditorial au titre sulfureux : « Tant qu'on a la santé on en crève ». Le GIS joue un rôle important dans la lutte pour la légalisation de l'avortement et intervient dans la fondation, en avril 1973, du Mouvement pour la liberté de l'avortement et la contraception (MLAC), qui réalise des avortements en contrevenant à la loi de 1920. Certains médecins généralistes sont à l'origine de la création du Syndicat de la médecine générale et de sa revue *Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique*, publiée en juin 1975. De son côté, le Dr R. Pradal (1974) défie les pratiques en vigueur, par la publication d'un ouvrage grand public sur les médicaments.

Au cours des premières années de la décennie 1970, de nombreux ouvrages sont écrits par de jeunes médecins ou psychiatres (Caro, 1968 ; Polack, 1971 ; Carpentier et Wolinski, 1972 ; Gentis, 1972 ; Dayant, 1974 ; Lachaud, 1975 ; Robin et Robin, 1976). Ils ont pour thèmes principaux la dénonciation de « la médecine du capital », du « pouvoir médical » et de la « médicalisation de la société ». Les thèses de Illich concernant les effets contreproductifs de la médecine et l'invalidation de la parole et du savoir des malades nourrissent plusieurs de ces réflexions. Une revue comme *La nef* publie un numéro spécial consacré à « l'anti-médecine » (1972). Quelques « grands patrons » de la médecine française partagent certains de ces points de vue. Ainsi Minkowski (1975) affirme-t-il vouloir être « un mandarin aux pieds nus » et Sournia (1977) dénonce-t-il « ces malades qu'on fabrique ». D'autres, au contraire, développent des analyses montrant la complexité des évolutions de la médecine moderne et du système de soins. Les titres de leurs ouvrages sont significatifs : *Grandeur et tentations de la médecine* (Bernard, 1973), *La puissance et la fragilité* (Hamburger, 1972).

Claudine HERZLICH, Janine PIERRET

C'est sur la base de cette thématique dénonciatrice, en particulier au moment de la parution en français de l'ouvrage de Illich (1975) et des débats qui l'accompagnent, que s'effectuent les premières rencontres entre médecins et chercheurs en sciences sociales. Elles prendront peu à peu plusieurs formes : participation commune à des réseaux de réflexion, demandes de collaboration à des travaux de recherche, propositions de terrains d'enquête aux sociologues, demandes d'intervention auprès des étudiants en médecine et des personnels soignants. Dans tous les cas, la démarche de ces médecins va dans le sens d'un affinement de la réflexion aux dépens de la seule dénonciation et rencontrera l'effort que, de leur côté, les sociologues entreprendront pour construire des objets scientifiques à partir de thèmes contestataires.

Un impact structurant de la recherche contractuelle

Dès la fin des années 1940, des organismes nationaux et internationaux ont financé la recherche en sociologie (Tréanton, 1991). Mais la mise en place, au début des années 1960, d'un dispositif original de financement et de commande publique de la recherche a eu un rôle particulièrement innovant (voir, en particulier, Pollak, 1976 ; Drouard, 1982 ; *Revue française de sociologie*, 1991 ; Bezes *et al.*, 2005). La création auprès du Premier ministre de la Délégation à la recherche scientifique et technique (DGRST), en avril 1961, est « au cœur d'un dispositif inédit de direction de la recherche fondée sur une triple perspective de coordination interministérielle, d'expertise professionnelle et de création institutionnelle » (Chatriot et Duclert, 2005, p. 28). Deux « actions concertées » sur neuf concernent les sciences humaines et sociales. L'une, présidée par Stoetzel, « Analyse démographique, économique et sociale » (CADES), prend l'initiative de financer une enquête pilote pluridisciplinaire sur la commune de Plozévet. Elle a l'ambition de couvrir un domaine allant de la biologie à l'ensemble des sciences sociales, mais celle-ci ne se concrétisera guère. H. Piatier préside le comité scientifique de la seconde, « Sciences économiques et problèmes de développement », qui deviendra « Socio-économie du développement ». Ces deux comités sont composés de représentants de l'administration et d'universitaires, en majorité économistes ; on compte parmi eux trois sociologues (10).

Le Commissariat général du Plan (CGP) prend de son côté plusieurs initiatives pour mobiliser la communauté des sociologues. Il s'agit d'effectuer une « “double traduction” : traduction des questions que l'administration se pose sur son environnement en thèmes sociologiques [...] et traduction des projets des chercheurs en termes opérationnels » (Amiot, 1986, p. 82). Ces tentatives aboutiront à la création, en juin 1969, du Comité d'organisation des recherches appliquées sur le développement économique et social (CORDES), financé par

(10) Les membres universitaires des comités scientifiques sont, pour la première action concertée, Bauchet, Fourastié, Friedmann, Gessain, Lévi-Strauss, Labrousse et Sauvy ; pour la seconde, Balandier, Boiteux, Braudel.

transfert budgétaire de l'action concertée « Socio-économie du développement » de la DGRST. Son comité scientifique est composé d'économistes et de sociologues. Sous l'impulsion de P. Fraisse, son secrétaire général, le CORDES a joué un rôle important d'animation et de structuration des milieux de la recherche.

Comment la médecine, la maladie et la santé apparaissent-elles dans les différents appels d'offres ? En 1967, l'action concertée « Socio-économie du développement » de la DGRST finance pour la première fois des recherches sur le fonctionnement de l'hôpital : un projet présenté par des membres du Centre d'études des mouvements sociaux (CEMS) dirigé par Touraine et un autre déposé par Herzlich du Laboratoire de psychologie sociale de l'Ehess. Entre 1970 et 1976, les thèmes « système de santé » et « gestion du système de santé » sont présents dans les appels d'offre du CORDES, mais ils ne sont plus mentionnés à partir de 1977. Ce qui n'empêche pas la poursuite des financements.

Le lancement d'appels d'offres s'adressant simultanément aux différentes disciplines de sciences sociales, l'économie et la sociologie en particulier, est la clé de la croissance de ce domaine où le nombre de chercheurs est faible et l'identité disciplinaire mal consolidée. L'objectif est d'encourager une pluridisciplinarité dont les contours sont cependant plus ou moins précis. Ainsi, nombre d'administrateurs et certains universitaires croient à l'intérêt de la « socio-économie », dont l'objectif est d'enrichir le calcul économique dans son appréhension de certaines dimensions de la vie sociale par la prise en compte de mécanismes sociologiques et psychologiques (Benamouzig, 2005). Des travaux apparaissent, se réclamant de la socio-économie urbaine, de la socio-économie du développement, et aussi de la socio-économie de la santé.

La recherche contractuelle, et en particulier l'action du CORDES, a aussi des effets sur le Cnrs, qui, seul ou en association avec d'autres partenaires, jouera également un rôle moteur. Avec la nomination de P. Bauchet (11) au poste de directeur scientifique du secteur sciences sociales du Cnrs en 1967, celui-ci s'ouvre à la pluridisciplinarité, accepte l'idée de « réponse à la demande sociale » et crée de nouveaux dispositifs d'animation de la recherche fondée sur les notions de réseau et de programmation. Ainsi, en novembre 1969, est créée une Recherche coopérative sur programme (RCP) « Médecine et société », animée par J. Maître, alors chercheur au Groupe de sociologie des religions (12). Les chercheurs qui s'y rattachent (sociologues et anthropologues) appartiennent à différentes générations, certains sont statutaires et d'autres travaillent sur contrat. Souvent isolés dans leurs équipes, ils trouvent un intérêt à cette structure de coordination qui bénéficie d'un financement modeste. Des médecins vont immédiatement y participer (13).

(11) Professeur d'économie, il a été chargé de mission au CGP dès 1954 et membre de plusieurs comités.

(12) L'initiative avait été celle de P.-H. Maucorps, psychosociologue et chercheur au CES depuis 1946, mais il meurt prématurément.

(13) B. Sigg, psychiatre au centre de santé

d'Ivry, A. Lazarus, médecin en milieu carcéral et l'un des rédacteurs du *Livre blanc* en médecine, deux professeurs de médecine, J.-C. Henrard et B. Pissarro, et deux médecins chercheurs à l'Inserm, H. Radenac, épidémiologiste, et G. Raimbault, psychanalyste.

Claudine HERZLICH, Janine PIERRET

Puis, à partir de 1971, Bauchet lance les Actions thématiques programmées (ATP), sur un modèle et des objectifs proches de ceux du CORDES. La santé fait partie des huit secteurs retenus pour le premier appel d'offres à l'intitulé thématique « Indicateurs de santé ». Suivant les années et jusqu'à leur disparition en 1982, les appels d'offres oscillent entre une orientation thématique et souvent plus « finalisée » que ceux lancés dans le cadre du CORDES – par exemple « Croissance des dépenses de santé » en 1974 ou encore « Facteurs et typologie de l'absentéisme pour raisons de santé » – et une orientation disciplinaire « large » comme « Économie et sociologie de la santé » en 1972 et « Économie de la santé » en 1976.

Les chercheurs qui, au cours de ces années, s'engagent dans ce type d'études bénéficient aussi d'autres sources de financement (14). Au total, on assiste donc à un effort non négligeable, même s'il n'atteint pas celui accompli en faveur de la recherche urbaine. Impulsé par la demande publique, un élan est donné qui, cette fois encore, est lié à la conjoncture politique globale. Au milieu des années 1970, la croissance économique fléchit. Après le temps de la contestation de la « médecine du capital », parfois parallèlement à elle, vient celui de l'attention à la gestion du système de santé. On s'accorde sur l'idée que « toujours plus de médecine » n'est pas systématiquement positif. Un débat politico-administratif s'engage, de plus en plus vif, autour des coûts de la santé, du déficit de l'assurance-maladie, de la nécessité d'optimiser les ressources et de gérer rationnellement le système de soins. Ce sont ces interrogations qui nourrissent la demande publique de recherches, principalement adressée aux économistes, mais aussi aux sociologues.

Un paysage complexe et l'émergence d'une visibilité

Le milieu de recherche qui s'est constitué au cours de ces années est à l'articulation de plusieurs mondes : celui de la recherche, de l'administration et enfin celui d'un segment du corps médical. Il n'est pas étroitement lié à une discipline, mais regroupe des économistes, des sociologues, des psychosociologues, des anthropologues et quelques historiens. Il est aussi composite dans son organisation : chercheurs statutaires, associés ou non à la RCP « Médecine et société », jeunes thésards financés sur contrats dans des équipes institutionnelles. En outre, on assiste à la naissance de centres de recherche d'un type nouveau, créés sous forme d'associations régies par la loi de 1901, entièrement financés sur contrats et donc indépendants, dans un premier temps au moins, du Cnrs et de l'Université. Les frontières disciplinaires y sont souples et des personnalités aux cursus et aux formations divers s'y côtoient.

Le plus singulier est sans doute le Centre d'études, de recherche et de formation institutionnelle (CERFI) créé en 1967 par le philosophe et psychanalyste F. Guattari, et lié à la clinique psychiatrique de La Borde à Cour-Cheverny.

(14) Venant des directions de différents ministères, de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), des mutuelles et même directement du CGP.

Revue française de sociologie

Ce collectif de travail autogéré est un lieu d'expérimentation alliant réflexion théorique et enjeux politiques grâce à des financements exclusivement publics (mission recherche urbaine du ministère de l'Équipement et CORDES). Les productions, publiées dans la revue *Recherches*, portent principalement sur des thèmes croisant la ville et les équipements de l'hygiène mentale (Fourquet et Murard, 1975 ; Murard et Zylberman, 1976 ; Foucault *et al.*, 1979). Le CERFI, qui fait le choix de rester en dehors des institutions académiques, est l'exemple le plus remarquable d'alliance, non exempte de malentendus, entre des administrateurs réformateurs et un groupe de chercheurs à forte dimension militante.

Le Centre de recherche sur le bien-être (CEREBE), créé en 1970 par un polytechnicien, P. d'Iribarne, alors membre de la Direction de la prévision du ministère des Finances, occupe une position différente et obtiendra la reconnaissance d'équipe propre du Cnrs en janvier 1976. Géré par une association de l'École des Mines, son projet scientifique, qui se situe dans la mouvance de la « socio-économie », associe économistes et sociologues (15) en vue de renouveler les cadres théoriques et conceptuels de l'économie néoclassique. Le premier projet, financé par la CNAMTS en 1970, porte sur la consommation de médicaments en médecine libérale de ville et étudie « les dimensions non techniques du médicament » à travers les relations entre laboratoires, médecins et malades. L'ouvrage grand public issu de cette recherche sera fortement médiatisé (Dupuy et Karsenty, 1974) (16).

Le Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé (LEGOS) dirigé par É. Lévy, professeur d'économie à l'université Paris-Dauphine, est dès l'origine une équipe universitaire qui deviendra associée au Cnrs en janvier 1976. À partir de 1972, des jeunes chercheurs en économie et en sociologie sont rémunérés sur des contrats de recherche. Les thèmes de recherche sont plutôt macroéconomiques : la croissance des coûts et l'économie du système de santé (Lévy *et al.*, 1975, 1977).

En dépit de leurs différences, ces trois centres ont en commun la force de leurs liens avec l'administration et une certaine visibilité dans l'espace public. Le CERFI a joué un rôle d'inspirateur auprès de la mission de la recherche urbaine. Le CEREBE et le LEGOS tiennent une place importante dans des instances comme les commissions du Plan. Le CEREBE est au cœur des polémiques et des débats médiatiques lors de la traduction en français du livre de Illich (1975). Tous trois ont noué des liens de collaboration, parfois non exempts de tensions, avec le monde médical.

L'équipe de sociologues du CEMS travaillant sur l'hôpital se situe dans une perspective plus académique (17). Les recherches réalisées par Saliba,

(15) Pierret en est membre de sa création à 1986 ; elle participe également à la RCP « Médecine et société » depuis son origine.

(16) Cette thématique sera délaissée pour réapparaître au milieu des années 1990 dans les travaux anthropologiques et économiques sur

l'accès au traitement du sida et les rapports Nord/Sud.

(17) Herzlich, en contact avec cette équipe depuis la fin des années 1960, rejoindra le CEMS en 1975.

Stuedler et Chauvenet donnent lieu à des thèses puis à la publication d'ouvrages (Stuedler, 1974 ; Chauvenet, 1978). Mais à la différence des chercheurs du CEREBE et du LEGOS, avec lesquels ils ont peu de contact, ces sociologues sont moins engagés dans le débat public, moins liés à la nébuleuse des médecins contestataires (18) et à l'administration.

En revanche, dès le début des années 1970, ce sont ces chercheurs qui introduisent ces thématiques dans l'enseignement universitaire : en licence de sociologie, Saliba à Nanterre et Stuedler à Paris I ; en troisième cycle à l'Ehess, Herzlich anime un séminaire, à partir de 1974, qui sera un lieu de rencontre durable pour les chercheurs comme pour les professionnels de santé. Parallèlement, Herzlich (1970) et Stuedler (1972) publient deux recueils de textes, pour la plupart anglo-saxons, qui serviront longtemps d'introduction à ce domaine.

Le fonctionnement en réseau de la RCP « Médecine et société » est encore différent. Les thématiques de recherche sont très hétérogènes (19) et les activités peu structurées (20). Jusqu'à sa disparition, vers la fin des années 1970, les contours de la RCP restent flous. Cependant, ce réseau joue un rôle de socialisation et donne une visibilité à des chercheurs isolés. Sa principale originalité est d'inclure des médecins qui participent activement aux réunions, et certains (21) seront des soutiens actifs et réguliers des sciences sociales. Ils en attendent des outils pour penser les inégalités sociales de santé et élaborer une politique de santé mieux inscrite dans le contexte social. À la différence des hygiénistes et des spécialistes de médecine sociale des époques antérieures, ils n'estiment pas avoir d'emblée une connaissance du social. Au lien assez lâche avec les médecins contestataires de 1968 se substitue un rapprochement, doté d'une certaine stabilité, avec la santé publique.

En outre, au cours des années 1970, des premiers contacts s'établissent entre des sociologues et l'Inserm, sous la forme de participation à des groupes de réflexion, en particulier sur la prévention. Un pas décisif est franchi en octobre 1981 avec l'organisation, par l'épidémiologiste P. Lazar, d'un

(18) Herzlich, Saliba et Stuedler participeront cependant à l'éphémère expérience de Premier cycle des études médicales (PCEM) directement inspirée des idées de Mai 1968 et lancée à Montrouge de 1969 à 1971 par le Professeur J. Coursaget. Le double pari de « l'expérience de Montrouge » était, d'une part, de former ensemble des étudiants en médecine, en pharmacie et les futures infirmières et, d'autre part, d'introduire les sciences sociales dans l'enseignement médical, à égalité avec les mathématiques et la biologie.

(19) F. Loux étudie les soins aux jeunes enfants, F. Lautman s'intéresse à la clientèle d'un centre de santé, J. Ferry-Pierret à un projet sur la naissance et les transformations de

l'Assistance publique de Paris, R. Castel poursuit sa recherche sur l'organisation de la psychiatrie, un groupe composé de D. Storper-Perez, A. Biadi-Imhoff et M. Fellous étudie les relations entre femmes émigrées, corps et contraception.

(20) La RCP organise cependant, au printemps 1970, une journée de présentation de ses travaux au CES, puis une autre, en novembre 1972, à l'invitation de la Société de sociologie et de démographie médicales, devant un public strictement médical, qui publiera l'année suivante les communications dans ses *Cahiers*.

(21) En particulier les professeurs de santé publique, B. Pissarro et J.-C. Henrard.

Revue française de sociologie

colloque « Conceptions, mesures et actions en santé publique » au cours duquel la moitié des interventions proviennent des sciences sociales (22).

Durant cette période, les principaux thèmes abordés concernent donc l'organisation de l'hôpital et la division du travail en son sein, le médicament et ses usages sociaux, les représentations sociales et les rapports au corps, à la santé et à la maladie des malades et des usagers et, enfin, l'approche macro-économique des coûts de la maladie et du système de santé. Ainsi, des thématiques commencent à se structurer, le plus souvent de façon pluridisciplinaire, mais l'univers des chercheurs demeure cloisonné. Les différents groupes qui le composent se rencontrent à l'occasion mais sans relations suivies. Les productions sont hétérogènes et l'audience de certains travaux dans l'espace public et politique est parfois plus importante que leur impact scientifique. Les revues *Projet* et *Autrement* diffusent, auprès d'un public large, des débats alimentés à la fois par les recherches en sciences sociales, les prises de positions de médecins contestataires et les points de vue des journalistes (23).

La sociologie de la santé : reconnaissance académique et production scientifique

L'ancrage disciplinaire

Néanmoins, un infléchissement se produit, qui s'accroîtra dans les années 1980 : il va dans le sens d'un ancrage disciplinaire et d'une reconnaissance académique accrue des chercheurs et des recherches. Le mouvement est particulièrement net en sociologie : l'étude de la santé cesse d'être un domaine aux contours flous pour se constituer en une branche de même type que la sociologie du travail ou de l'éducation. La même tendance s'observe en économie et en anthropologie (24). Cette évolution repose en grande partie sur un changement radical dans la politique de recherche. À partir de 1975, s'amorce une opération d'intégration des chercheurs sur contrats, des « hors statut », dans les organismes de recherche, en particulier au Cnrs. Le nombre de chercheurs en sciences sociales augmente beaucoup, surtout en sociologie, leurs activités et le profil des laboratoires tendant à s'homogénéiser autour des critères disciplinaires académiques. Ceux-ci se substituent aux liens avec l'administration et à la participation au débat public. Le jugement des pairs

(22) Herzlich est membre du comité d'organisation.

(23) Les coûts de la santé (*Projet*, 1973), l'hôpital (*Projet*, 1974), les thérapeutiques en psychiatrie (*Autrement*, 1975-1976), les nouvelles pratiques en médecine (*Autrement*, 1977), les médecines populaires (*Autrement*, 1978), la santé (*Autrement*, 1980 ; *Projet*, 1983).

(24) L'économie de la santé va poursuivre

son développement, mais sa place au sein de la discipline économique sera peu valorisée. En anthropologie, les travaux prennent une double direction à partir des années 1970 : « l'anthropologie médicale » se situe dans une tradition anglo-saxonne de complémentarité à l'approche médicale ; « l'anthropologie de la maladie » veut, par l'analyse des faits pathologiques, contribuer à la compréhension globale des sociétés.

l'emporte sur la demande sociale. Cette tendance s'inscrit aussi dans le mouvement de professionnalisation et d'affirmation scientifique des savoir-faire de la recherche en sociologie amorcé au cours des années 1960. Des productions arrivent à maturité et donnent une visibilité et une légitimité à la thématique santé.

En sociologie, l'un des premiers signes de reconnaissance a été la publication, dès 1973, par la *Revue française de sociologie*, d'un numéro spécial « Sociologie médicale ». Les deux textes introductifs, l'un de Maître, sociologue, l'autre de Royer, médecin hospitalier (25), montrent que les relations entre sociologie et médecine constituent un enjeu aux contours encore instables. Maître (1973) discute des appellations possibles, « sociologie de la médecine » ou « sociologie médicale », pour se prononcer en faveur de la seconde (26). Royer souligne son intérêt pour les sciences sociales et appelle à la « coopération étroite des médecins et des sociologues » (1973, p. 12), mais ses attentes se situent dans une perspective assez instrumentale d'aide à la pratique médicale. Le numéro est ensuite composé de cinq articles qui ont pour terrain l'hôpital, abordé à partir de problématiques diverses (27). Le numéro, qui se veut aussi un instrument de travail, inclut une bibliographie mêlant travaux de recherche, textes de professionnels et articles de vulgarisation, complétée par un recensement des recherches en cours et des laboratoires impliqués. Le contraste entre le contenu scientifique des articles et le caractère très peu ciblé du recensement ainsi que l'ambiguïté des textes introductifs montrent à la fois la réalité d'une production et la stabilisation encore incertaine des limites et de l'identité de la recherche sur la santé.

Un autre pas est franchi avec la tenue, en juillet 1976, à Paris d'un Colloque international de sociologie médicale. L'impulsion vient du sociologue américain M. Field (28). Organisé par le Cnrs avec le soutien de l'Inserm, de l'Ehess, de la DGRST et du secrétariat d'État aux Universités, le colloque est un succès : les intervenants sont tous des sociologues et il réunit plus de cent cinquante participants de sciences sociales, ainsi que des médecins et – ce qui est nouveau – des épidémiologistes. Première rencontre importante entre tous les chercheurs français, il est aussi pour la plupart

(25) Professeur de pédiatrie, chef de service à l'hôpital des Enfants malades et directeur d'une unité Inserm à laquelle est affectée la psychanalyste G. Raimbault, qui créera en 1977 l'U158, comprenant des psychanalystes et plus tard des historiens et des sociologues.

(26) Cette dénomination, la plus utilisée internationalement, suppose l'existence d'une dépendance envers la demande des médecins. Celle de sociologie de la médecine n'a pas cette connotation, même si, dès 1957, Strauss fait une distinction entre sociologie de la médecine et sociologie dans la médecine. En 1982, l'appellation sociologie de la santé est définitivement adoptée en France comme au

niveau international.

(27) Steudler développe une sociologie de l'organisation hospitalière, Chauvenet comme Duhart et Charton-Brassard s'inscrivent dans une sociologie des professions, alors que Herzlich et Castel analysent des catégorisations de patients, pour l'une à l'hôpital et pour l'autre en médecine mentale. Un sixième article du démographe Pressat porte sur la mortalité.

(28) Field, secrétaire du Comité de recherche « Sociologie médicale » de l'Association internationale de sociologie (AIS), est professeur de sociologie à *Boston university* et spécialiste de la médecine et des problèmes de santé en Union soviétique.

Revue française de sociologie

d'entre eux l'occasion d'un premier contact avec leurs collègues étrangers. Les Français découvrent ainsi l'importance de la recherche accomplie ailleurs et commencent à lire la littérature internationale. Le titre de la publication des actes, *Santé, médecine et sociologie* (1978), indique un élargissement des préoccupations par rapport à l'intitulé initial du colloque ainsi qu'une volonté d'identification sociologique plus généraliste.

Cette accentuation de l'ancrage disciplinaire n'empêche pas la poursuite d'initiatives communes à plusieurs disciplines. Ainsi, en 1979, un groupe pluridisciplinaire (29) entame des réunions qui aboutiront au lancement de la revue *Sciences sociales et santé*, qui sera reconnue par le Cnrs. L'éditorial du premier numéro, en décembre 1982, souligne l'importance du débat sur la pluridisciplinarité qui confronte chaque discipline à « une interrogation fondamentale au niveau même de la démarche de construction de ses propres objets de recherche ». Deux articles sur trois sont le fait de sociologues, mais les autres disciplines sont également présentes. En outre, chaque article est accompagné d'un commentaire d'une autre discipline.

Entre 1980 et 1985, à l'Ehess, Augé et Herzlich co-animent un séminaire « Anthropologie et sociologie de la maladie » dont l'objectif est l'étude du *Sens du mal* (1984), des conceptions et des interprétations de la maladie. Il s'agit d'étudier la proximité entre « mal, malheur, maladie » telle qu'elle est analysée par les anthropologues dans les sociétés traditionnelles et par les sociologues dans les sociétés industrielles. Mais l'ambition intellectuelle dépasse la simple juxtaposition des disciplines autour d'un même objet et les « regards croisés » entre anthropologie et sociologie permettent de définir précisément des zones de recouvrement mais aussi des points de différenciation.

Quelle production scientifique, quelles démarches de recherche ?

Quels liens peut-on établir entre cette évolution institutionnelle et celle d'une production scientifique qui va en s'amplifiant ? Il s'agit moins d'en faire un bilan que d'en analyser diverses caractéristiques. D'abord, nous nous interrogerons sur le chemin qui a mené des thèmes de la contestation sociale et/ou des attentes de l'administration à la construction d'objets scientifiques. Ensuite, nous analyserons l'évolution des thématiques et leur déplacement, parfois l'intérêt pour de nouveaux objets ou au contraire l'abandon de certains à une autre discipline. Enfin, nous réfléchirons aux démarches de recherche dans leurs aspects intellectuels et pratiques.

Au début des années 1970, les thèmes de la contestation sociale, en particulier la dénonciation de la « médicalisation de la société » et du « pouvoir médical », sont souvent constitués sans recul en objets de recherche : les sciences sociales reprennent à leur compte le discours des acteurs. Dans

(29) Il est composé d'économistes, de sociologues parmi lesquels Pierret, d'une anthropologue et d'un épidémiologiste.

Claudine HERZLICH, Janine PIERRET

certains cas, ces thèmes donneront lieu à des enquêtes plus ou moins poussées, dans d'autres leur traitement demeurera purement discursif. La notion de médicalisation est d'ailleurs utilisée de manière large et polysémique : elle a le sens d'intervention et de prise en charge par la médecine d'un nombre toujours plus grand de secteurs de la vie sociale, elle désigne aussi son influence morale croissante, et enfin la dépossession des usagers et des malades de tout savoir propre sur leur corps.

Cependant, cette notion débouchera aussi sur des travaux empiriques circonscrits où elle prendra alors une valeur heuristique : la médicalisation progressive des échecs scolaires par exemple (Pinell et Zafiroopoulos, 1978). Les travaux les plus marquants sont ceux des historiens sur l'évolution de la prise en charge du corps des femmes, de l'accouchement et de la naissance (en particulier, Gélis, Laget et Morel, 1978 ; Knibielher et Fouquet, 1983). Sur un temps long, l'emprise croissante de la médecine sur ces aspects de la vie est une réalité dont il est possible d'analyser précisément les mécanismes. Mais peu à peu les travaux sur ce thème soit s'épuiseront, soit se diversifieront. Par exemple, dans les analyses sociologiques des pratiques de la contraception et de l'avortement durant les années 1970, les chercheurs montrent le caractère complexe des pratiques entre dépossession et réappropriation du corps de la femme, entre médicalisation et démedicalisation (*Revue française de sociologie*, 1982).

Des problèmes comme la « folie » ou l'institution psychiatrique, qui après 1968 avaient fait l'objet de nombreux livres de psychiatres, en France comme dans d'autres pays européens, sont aussi abordés un peu plus tard par les sociologues selon des problématiques où les idées de « médicalisation » et de « pouvoir médical » ne sont pas absentes. Tel est le cas des travaux de Castel sur l'expansion des modèles psychanalytiques au-delà de leur domaine d'origine et sur le traitement par l'institution psychiatrique de problèmes sociaux rassemblés sous l'étiquette de « folie » (1973, 1976, 1981). Ces travaux arrimés théoriquement à l'approche généalogique de Foucault et aux concepts de Bourdieu sont désormais loin d'un usage naïf de notions simplificatrices.

Comme la notion de « médicalisation », celle de « pouvoir médical », omniprésente dans les discours dénonciateurs des acteurs sociaux, a été progressivement abandonnée en tant que telle et retravaillée en se fondant sur les concepts de « profession » et d'« autonomie professionnelle » inspirés des travaux de Freidson. Les chercheurs ont ressenti la nécessité de développer des outils proprement sociologiques. En outre, la thématique du pouvoir est également reprise dans l'analyse des formes d'action et de mobilisation des usagers et des malades : elle montre la naissance d'une nouvelle forme de « militantisme » centrée sur des problèmes conçus jusqu'alors comme privés (Reynaud, 1980).

La vision monolithique d'un corps médical homogène et toujours dominant s'efface donc et laisse la place à l'intérêt pour la diversité et la complexité de la profession médicale et de ses pratiques. Des travaux ont porté sur des segments de la médecine hospitalière (Chauvenet, 1973 ; Pierret, 1975), sur

Revue française de sociologie

les orientations et idéologies professionnelles en fonction des formes d'exercice (Baszanger, 1981, 1983 ; Herzlich, 1984 ; Chateauraynaud, 1986 ; Arliand, 1986, 1987), enfin sur les pratiques professionnelles à l'égard de problèmes comme la mort (Herzlich, 1976) et la douleur (Baszanger, 1990) (30). Par l'importance de cette production, les sociologues de la santé ont sans doute contribué à développer et à renouveler en France la recherche sur les professions. La publication en français de *La profession médicale* de Freidson ([1970] 1984) a aussi joué un rôle. Au total, cette évolution des travaux constitue un cas particulièrement clair pour l'analyse du passage d'un discours collectif dénonciateur à la construction d'objets de recherche sociologiques.

L'influence de la politique contractuelle et de la demande administrative est complexe. L'examen des travaux montre que l'impact a été décisif et fort sur leur nombre. En revanche, les craintes souvent exprimées d'un assujettissement de la recherche à la « demande sociale » semblent, ici, peu fondées. La sociologie n'est certainement pas devenue une « science d'aide à la décision » pour l'administration de la santé.

La demande administrative a joué cependant un rôle sur le plan des thématiques. La période est dominée par la référence à l'hôpital comme « pilier du système de santé » et une interrogation s'exprime sur les difficultés de son fonctionnement. L'impulsion de la recherche contractuelle a été importante pour attirer des sociologues et accroître le nombre des recherches et des publications sur ces thèmes. Dans ce cas, les chercheurs ont immédiatement mobilisé les modèles disponibles dans la discipline, ceux de la sociologie des organisations. Par la suite, la demande de l'administration et des médecins sera de plus en plus opérationnelle et, à l'exception de quelques travaux (Binst, 1990), les études sur l'hôpital seront délaissées par les sociologues et investies par les chercheurs en gestion et en économie.

Si l'on examine ensuite plus généralement l'évolution des thématiques, on constate que l'étude des conceptions de la maladie et de la santé, présente dès l'origine, se poursuivra un certain temps (Pierret, 1984 ; Kaufmann, 1989), pour finalement devenir le domaine des anthropologues. On peut aussi s'interroger sur le fait que certains thèmes scientifiquement riches et socialement importants aient été peu explorés par les sociologues. Ils ont finement analysé les divers aspects de la pratique médicale, mais l'étude macrosociale des systèmes et des politiques de santé et de protection sociale, en dépit des travaux pionniers de Catrice-Lorey, relèvera à peu près exclusivement de la science politique. De la même manière, l'étude des inégalités sociales de santé et de leurs déterminants est en France le fait des épidémiologistes, même si quelques sociologues y contribuent.

Peu à peu, nombre de recherches se sont centrées sur le malade, son expérience, ses rapports à la médecine et à l'ensemble de la vie sociale, son identité

(30) Dans les années 1990, la recherche s'est élargie aux autres professions soignantes et à d'autres formes d'exercice médical comme la médecine du travail.

et sa participation à des actions collectives. Cet ensemble de thèmes a été abordé dans une perspective macrosociale et sociohistorique. Nous avons analysé l'évolution de la position des malades dans les sociétés industrielles, liée à la fois à l'évolution des pathologies, à la montée de la médecine et des systèmes de protection sociale (Herzlich et Pierret, 1984). L'étude des expériences et des pratiques des personnes malades, en particulier des maladies chroniques, typiques des sociétés modernes, a aussi été abordée dans une perspective microsociale (Baszanger, 1986). Ces travaux s'intègrent dans un important courant de recherches international, particulièrement actif en Grande-Bretagne, dont les notions centrales sont celles des « bouleversements biographiques » induits par la maladie dans tous les registres de la vie sociale et personnelle. De ce point de vue, la santé a été l'un des secteurs de la sociologie où l'étude des pratiques dans tous les aspects de la vie quotidienne a été la plus poussée. Les travaux ne sont pas non plus demeurés enclavés dans l'univers médical puisque l'impact de la maladie a été étudié aussi bien dans la famille (Waissman, 1989) que dans le monde du travail (Dodier, 1986, 1988).

Quelles ont été les démarches de recherche en sociologie de la santé en France ? Malgré l'évidente diversité des travaux, il est possible de dégager des points communs dans la manière dont les chercheurs ont abordé leurs objets et de montrer l'existence d'« une formule de recherche » plus ou moins commune (Chapoulie, 1991, p. 322) même si elle ne se situe pas au niveau théorique. À la différence, par exemple, de la recherche urbaine des années 1970, fortement marquée par le marxisme, aucune approche théorique n'a dominé intellectuellement la sociologie de la santé en France. Pas plus le structuro-fonctionnalisme de Parsons que le marxisme n'ont eu de réel impact. La sociologie des organisations a orienté, nous l'avons vu, les travaux sur l'hôpital (Kuty, 1975, 1977). Quelques recherches se sont inscrites dans la perspective de Bourdieu (Pinell, 1987). L'ouvrage *Naissance de la clinique* (Foucault, 1963) a éveillé l'intérêt pour la médecine hospitalière et constitué un révélateur de cet univers pour les premiers sociologues. De même, la thématique foucauldienne de liaison entre les savoirs et les pouvoirs a été abondamment reprise. Mais la référence quasi obligée aux travaux de Foucault n'a pourtant pas marqué profondément l'orientation des recherches. Pour analyser l'autorité et l'emprise morale de la médecine sur la société et sur les corps, les concepts de la sociologie des professions étaient plus directement mobilisables par les sociologues. Ce sont eux, avec ceux de l'interactionnisme, et l'usage qu'en a fait Strauss pour l'étude de la pratique médicale aux États-Unis, qui auront le plus fortement marqué la sociologie de la santé française à cette époque.

Il faut aussi voir dans le recours aux théories interactionnistes une rencontre avec l'approche méthodologique la plus fréquemment utilisée, celle d'une recherche qualitative de type ethnographique et inductif, menée principalement par entretiens et observation directe. Les choix théoriques et méthodologiques se sont mutuellement renforcés, mais on peut aussi y voir l'effet de contraintes pratiques. Pour traiter de la santé, de la maladie et de la médecine, les sources documentaires de type archives, documents administratifs ou données statistiques sont généralement insuffisantes pour le sociologue. Et

surtout, l'approche par entretien, mais plus encore par observation directe amène le chercheur au plus près de la réalité des pratiques professionnelles et des expériences individuelles. On peut aussi noter qu'à l'arrière-plan des préoccupations des chercheurs existait le souci de faire entendre la « voix des malades », voire d'en être les porte-parole (31).

*
* *

De nouvelles perspectives dans un contexte en changement

Au terme de ce travail, nous concluons donc que l'évolution décrite entre 1950 et 1985 a bien eu pour résultat d'ouvrir aux sciences sociales l'étude de nouvelles réalités. Les faits de la maladie, du corps, de la souffrance, de leur traitement et de leur prise en charge sont devenus des objets d'étude pour la sociologie et ne sont plus seulement le domaine réservé de la médecine et des sciences de la vie. En revanche, ces dernières relèvent elles aussi de l'analyse sociologique. Nous avons tenté de montrer de quelles façons ces nouveaux thèmes de recherche ont constitué un apport pour la discipline.

On peut récapituler l'ensemble des facteurs qui ont concouru à cette évolution : le développement même de la sociologie a joué un grand rôle mais, au-delà des conditions intellectuelles et institutionnelles, d'autres éléments ont été importants. Tout d'abord, la transformation du contexte sociopolitique des années 1960-1970, qui montre bien l'enracinement de la discipline dans l'évolution sociale. Il a fallu que le regard de la société sur la médecine et la santé change pour que celles-ci deviennent des objets sociologiques. Toutefois, ces interrogations ont pu déboucher sur la structuration d'un domaine scientifique dans la mesure où les relations entre l'État et l'organisation de la recherche publique, à travers des dispositifs de financement, ont connu une période d'innovation et de dynamisme à la fin des années 1960. Une dernière caractéristique a été décisive : l'éveil d'un intérêt pour les sciences sociales dans certains segments du monde médical, rompant avec la tradition d'une pensée médicale hégémonique sur les liens entre la santé et le social. Tous ces aspects sont en interaction.

Pour l'essentiel, notre analyse s'arrête au milieu des années 1980. Mais, rapidement, une configuration de caractéristiques semblables se reproduira et entraînera un nouvel essor. Sous les gouvernements de la gauche, la recherche, et particulièrement celle en sciences sociales, connaît une forte impulsion, et l'idée de « valorisation économique et sociale » commence à circuler. La pluridisciplinarité, déjà présente dans les recherches sur la santé, est à l'ordre du jour. Sous l'impulsion de M. Godelier, alors directeur du

(31) Ce désir a conduit parfois à des démarches innovantes comme celle de Mottez tentant de faire reconnaître la culture sourde et prenant contact dès 1974 avec les premiers militants de la langue des signes. Cependant, les sociologues n'ont pas confondu recherche et intervention sociale.

Claudine HERZLICH, Janine PIERRET

département SHS du Cnrs, et en coopération avec la Mission information, recherche, expérimentation (MIRE) (32) – autre dispositif innovateur –, un programme pluridisciplinaire « Santé, maladie, société » est lancé en 1984, qui financera plus de quarante projets dans l'ensemble des disciplines de sciences sociales.

De son côté, le monde des sciences de la vie s'ouvre plus largement aux sciences sociales. Le directeur de l'Inserm, Lazar, avec l'aide de Herzlich, crée en 1984 une Intercommission des sciences humaines et sociales présidée par F. Héritier, où siègent médecins, épidémiologistes et chercheurs en sciences sociales. Elle a pour mission d'aider à l'implantation de ces disciplines à l'Inserm : elle recrutera des chercheurs et créera, en 1986, le Cermes.

Enfin, survient l'épidémie de sida : pour y répondre, des dispositifs innovants sont mis en place en 1989 avec la création de l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS), qui finance des projets dans toutes les disciplines scientifiques. On retrouve donc à l'œuvre les mêmes mécanismes que dans la période précédente : un nouveau contexte sociopolitique avec un effort accru pour la recherche, une urgence sanitaire qui laisse la médecine impuissante, une administration qui s'interroge et souhaite innover et enfin la mobilisation des sciences sociales, au-delà des seuls spécialistes de la santé, ce qui contribuera à diversifier les thèmes de recherche. En outre, avec le sida, d'autres segments de la profession médicale nouent des liens avec les sciences sociales : les cliniciens et les biologistes fondamentalistes, et surtout un nouvel acteur fait son apparition : les malades et leurs associations. Pendant quelques années, le sida a été une cause autour de laquelle une volonté collective d'action innovante appuyée sur la recherche s'est manifestée avec une ampleur exceptionnelle. Cette mobilisation d'acteurs sociaux divers a constitué la principale ressource pour répondre à l'urgence sanitaire. La sociologie de la santé, dont l'un des objectifs est la compréhension des liens sociaux qui se tissent autour de la maladie, a donc trouvé dans le sida un objet d'études fécond.

Claudine HERZLICH

*CERMES – Cnrs-Inserm-Ehess
Site Cnrs – 7, rue Guy Môquet
94801 Villejuif cedex*

herzlich@vjf.cnrs.fr

Janine PIERRET

*CERMES – Cnrs-Inserm-Ehess
Site Cnrs – 7, rue Guy Môquet
94801 Villejuif cedex*

pierret@vjf.cnrs.fr

(32) Nouvellement créée au ministère de la Santé et de la Solidarité avec des objectifs de rapprochement entre chercheurs et administration, proches de ceux du CORDES.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Amiot M.**, 1986. – *Contre l'État, les sociologues*, Paris, Éditions de l'Ehess.
- Annales**, 1969. – « Histoire biologique et société », 24, 6, numéro spécial.
- Arliaud M.**, 1986. – « L'autre spécialisation ? Propos obliques sur les médecines dites parallèles », *Sciences sociales et santé*, 4, 2, pp. 109-121.
- 1987. – *Les médecins*, Paris, La Découverte (Repères).
- Augé M., Herzlich C.**, 1984. – *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines.
- Balint M.**, 1966. – *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot.
- Bastide R.**, 1965. – *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion.
- Baszanger I.**, 1981. – « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, 22, 2, pp. 223-245.
- 1983. – « La construction d'un monde professionnel : entrée des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du travail*, 25, 3, pp. 275-294.
- 1986. – « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 27, 1, pp. 3-27.
- 1990. – « Émergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur », *Revue française de sociologie*, 31, 2, pp. 257-282.
- Benamouzig D.**, 2005. – *La santé au miroir de l'économie*, Paris, Presses Universitaires de France (Sociologies).
- Bernard J.**, 1973. – *Grandeur et tentations de la médecine*, Paris, Buchet-Chastel.
- Bezes P., Chauvière M., Chevallier J., Montricher N. (de), Ocqueteau F.** (dirs.), 2005. – *L'État à l'épreuve des sciences sociales*, Paris, La Découverte (Recherches).
- Binst M.**, 1990. – *Du mandarin au manager hospitalier*, Paris, L'Harmattan.
- Bloom S.**, 2002. – *The word as scalpel : a history of medical sociology*, Oxford, Oxford University Press.
- Boltanski L.**, 1969. – *La découverte de la maladie*, rapport ronéoté du CSE.
- 1971. – « Les usages sociaux du corps », *Annales ESC*, 26, 1, pp. 205-233.
- Boudon R., Lazarsfeld P.**, 1965. – *Le vocabulaire des sciences sociales*, Paris-La Haye, Mouton.
- Bourdieu P., Chamboredon J.-C., Passeron J.-C.**, 1968. – *Le métier de sociologue*, Paris, Mouton-Bordas.
- Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 1973, 13, 2.
- Canguilhem G.**, 1943. – *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, Clermont-Ferrand [rééd. : *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1966].
- Carpentier J., Wolinski G.**, 1972. – *La médecine peut nous soigner mais c'est à nous de nous guérir*, Paris, Maspéro (Texte libre).
- Caro G.**, 1968. – *La médecine en question*, Paris, Maspéro (Cahiers libres).
- Carré M.**, 1964. – *Quelle médecine voulez-vous ?* Paris, Éditions Laffont (Métiers et vocations).
- Castel R.**, 1973. – *Le psychanalisme*, Paris, Maspéro (Textes à l'appui).
- 1976. – *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Éditions de Minuit.
- 1981. – *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Éditions de Minuit.
- Catrice-Lorey A.**, 1964. – « Compte rendu du livre de H. Hatzfeld », *Sociologie du travail*, 6, 3, pp. 328-330.
- 1966. – « La profession médicale face à son avenir », Note critique, *Sociologie du travail*, 8, 4, pp. 417-422.
- Chapoulie J.-M.**, 1991. – « La seconde fondation de la sociologie française, les États-Unis et la classe ouvrière », *Revue française de sociologie*, 32, 3, pp. 321-364.

- Chateauraynaud F.**, 1986. – « Les médecins et les techniques de soins non allopathiques. Modes d'installation et formes de capital thérapeutique », *Sciences sociales et santé*, 4, 3-4, pp. 5-49.
- Chatriot A., Duclert V.**, 2005. – « Fonder une politique de recherche : les débuts de la DGRST » dans **P. Bezes et al.** (dirs.), *L'État à l'épreuve des sciences sociales*, Paris, La Découverte (Recherches), pp. 23-36.
- Chauvenet A.**, 1973. – « Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers », *Revue française de sociologie*, 14, numéro spécial « Sociologie médicale », pp. 61-76.
- 1978. – *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Dayant C.**, 1974. – *Plaidoyer pour une anti-médecine*, Paris, Presses de la Cité.
- Debray J. R.**, 1965. – *Le malade et son médecin*, Paris, Flammarion.
- Desaive J.-P., Goubert J.-P., Le Roy Ladurie E., Meyer J., Muller O., Peter J. P.**, 1972. – *Médecins, climat et épidémie à la fin du XVIII^e siècle*, Paris-La Haye, Mouton.
- Dodier N.**, 1986. – « Corps fragiles. La construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes du travail », *Revue française de sociologie*, 27, 4, pp. 603-628.
- 1988. – « Élargissements et aménagements de l'économie taylorienne des corps au travail », *Sciences sociales et santé*, 6, 3-4, pp. 99-114.
- Drouard A.**, 1982. – « Réflexions sur une chronologie : le développement des sciences sociales en France de 1945 à la fin des années soixante », *Revue française de sociologie*, 23, 1, pp. 55-85.
- 1992. – *Une inconnue des sciences sociales : la fondation Alexis Carrel (1941-1945)*, Paris, Ined, Éditions de la MSH.
- Drouin P.**, 1949. – « La Sécurité sociale à la recherche de son équilibre », *Le Monde*, 4-10 février.
- Dufrancatel C.**, 1969. – *La sociologie des maladies mentales*, Paris, thèse de 3^e cycle.
- Dupuy J.-P., Karsenty S.**, 1974. – *L'invasion pharmaceutique*, Paris, Le Seuil.
- Durkheim É.**, 1897. – *Le suicide, étude de sociologie*, Paris, F. Alcan.
- Ellis J. D.**, 1990. – *The physician-legislations of France : medicine and politics in the early Third Republic 1870-1914*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Ferry-Pierret J., Karsenty S.**, 1974. – *Systèmes de représentations du malade et relation avec son environnement hospitalier*, rapport de recherche, CEREBE-Cnrs.
- Foucault M.**, 1961. – *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon.
- 1963. – *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Foucault M., Barret Kriegel B., Thalamy A., Beguin F., Fortier B.**, 1979. – *Les machines à guérir (aux origines de l'hôpital moderne)*, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- Fourquet F., Murard L.** (dirs.), 1975. – « Histoire de la psychiatrie de secteur, ou le secteur impossible ? », *Recherches*, 17 [rééd. : 1980].
- Fox R.**, 1997. – « Talcott Parsons, my teacher », *The American scholar*, 66, 3, pp. 395-410.
- Freidson E.**, [1970] 1984 – *La profession médicale*, Paris, Payot.
- Gélis J., Laget M., Morel M.-F.**, 1978. – *Entrer dans la vie. Naissances et enfances dans la France traditionnelle*, Paris, Gallimard-Juliard.
- Gentis R.**, 1972. – *Guérir la vie*, Paris, Maspéro (Textes à l'appui).
- Gilbert-Dreyfus**, 1968. – *L'origine et le devenir de la médecine*, Paris, Flammarion.
- Guillo D.**, 2006. – « La place de la biologie dans les premiers textes de Durkheim : un paradigme oublié ? », *Revue française de sociologie*, 47, 3, pp. 507-535.
- Hamburger J.**, 1963. – *Conseils aux étudiants de mon service*, Paris, Flammarion.
- 1972. – *La puissance et la fragilité*, Paris, Flammarion.
- Hatzfeld H.**, 1963. – *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris, Éditions Ouvrières.
- Henderson L. J.**, 1935. – « Physician and patient as a social system », *New England journal of medicine*, 212, pp. 819-823.

Revue française de sociologie

- Herzlich C.**, 1969. – *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris-La Haye, Mouton [rééd. : 2004 ; trad. *Health and illness*, London, Academic Press, 1973].
- 1970. – *Médecine, maladie et société*, Paris-La Haye, Mouton.
- 1976. – « Le travail de la mort », *Annales ESC*, 1, pp. 197-217.
- 1984. – « Du symptôme organique à la norme sociale : des médecins dans "un groupe Balint" », *Sciences sociales et santé*, 2, 1, pp. 11-31.
- Herzlich C., Pierret J.**, 1984. – *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot [rééd. : 1991].
- Hughes E. C.**, 1955. – « The making of a physician. General statement of ideas and problems », *Human organization*, 14, 4, pp. 21-25 [reproduit in *The sociological eye. Selected papers*, New Brunswick (NJ), Transaction Books, 1984, pp. 397-407].
- Illich I.**, 1975. – *Némésis médicale*, Paris, Le Seuil (Techno-critique).
- Jamou H.**, 1967. – *Contribution à une sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Cnrs.
- Kaufmann A.**, 1989. – « Les malades face à leur cancer » dans **P. Aiach, A. Kaufmann, R. Weissman**, *Vivre une maladie grave*, Paris, Méridiens Klincksieck, pp. 27-113.
- Knibielher Y., Fouquet C.**, 1983. – *La femme et les médecins*, Paris, Hachette.
- Kourilsky R.**, 1961. – *Étude analytique sur l'activité d'un service hospitalier parisien à fonction temps plein*, Paris, Éditions de l'Association des Amis de l'Assistance Publique à Paris.
- Kuty O.**, 1975. – « Orientation culturelle et profession médicale : la relation thérapeutique dans les unités de rein artificiel et son environnement », *Revue française de sociologie*, 16, 2, pp. 189-214.
- 1977. – « Le paradigme de la négociation », *Sociologie du travail*, 19, 2, pp. 157-175.
- Lachaud J.-C.**, 1975. – *Le pouvoir médical source de maladie. Essai sur la iatrogénie*, Toulouse, Privat.
- Lamy M.**, 1964. – *Où en est la médecine ?* Paris, Flammarion.
- Lautman F.**, 1973. – « La demande de soins : sa représentation au sein d'une clientèle », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 13, 2, pp. 44-47.
- Lécuyer B.-P.**, 1986. – « L'hygiène en France avant Pasteur (1750-1860) » dans **C. Salomon-Bayet** (dir.), *Pasteur et la révolution pasteurienne*, Paris, Payot, pp. 67-139.
- Le Porrier H.**, 1968. – *Paradoxes de la médecine*, Paris, Payot.
- Lévy É., Bungener M., Duménil G., Fagnani F.**, 1975. – *Économie du système de santé*, Paris, Éditions Dunod.
- 1977. – *Évaluer le coût de la maladie*, Paris, Éditions Dunod.
- Lévy-Leboyer C.**, 1967. – *Les infirmières en France*, Paris, Laboratoire de psychologie du travail [multigraphié].
- Lévy-Leboyer C., Gadbois C.**, 1968. – « La pénurie d'infirmières en France », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 8, 3, pp. 152-159.
- Maître J.**, 1973. – « Introduction. La conjoncture de la recherche française en sociologie médicale », *Revue française de sociologie*, 14, numéro spécial « Sociologie médicale », pp. 3-7.
- Mauss M.**, 1966. – *Sociologie et anthropologie*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Mendras H.**, 1995. – *Comment devenir sociologue. Souvenirs d'un vieux mandarin*, Arles, Actes Sud.
- Merton R. K., Reader G. G., Kendall P. L.**, 1957. – *The student-physician. Introductory studies in the sociology of medical education*, Cambridge (MA), Harvard University Press.
- Minkowski A.**, 1975. – *Le mandarin aux pieds nus*, Paris, Le Seuil.
- Morin E.**, [1951] 1970. – *L'homme et la mort*, Paris, Le Seuil.
- 2008. – *La méthode*, Paris, Le Seuil (Opus).
- Murard L., Zylberman P.**, 1976. – *Le petit travailleur infatigable. Villes-usines, habitat et intimités au XIX^e siècle*, Paris, Recherches.
- 1996. – *L'hygiène dans la république*, Paris, Fayard.

- La nef*, 1972. – « Vers une antimédecine ? », 49.
- Parsons T.**, 1951. – « Social structure and dynamic process : the case of modern medical practice » dans **T. Parsons**, *The social system*, Glencoe (IL), The Free Press of Glencoe [traduction en français, F. Bourricaud, *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, 1955].
- Pélicier Y., Mouchez P.**, 1973. – *Abrégé de sociologie et économie médicale*, Paris, Masson.
- Péquignot H.**, 1967. – « Illusions et réalités », *Cahiers Laënnec*, 1, « Le droit à la santé, mythe ou réalité ? », pp. 30-39.
- Peter J.-P., Revel J.**, 1974. – « L'homme malade et son histoire » dans **J. Le Goff, P. Nora** (dirs.), *Faire de l'histoire*, Paris, Gallimard, Tome III « Nouveaux objets », pp. 169-190.
- Pierret J.**, 1975. – « Rôles et représentations des rôles dans l'équipe médicale hospitalière », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 15, 4, pp. 147-156.
- 1976. – « Relations au corps et conduites de maladie », *Ethnologie française*, 6, 3-4, pp. 279-284.
- 1984. – « Les significations sociales de la santé : Paris, l'Essonne, l'Hérault » dans **M. Augé, C. Herzlich**, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines, pp. 217-256.
- Pinell P.**, 1987. – « How do cancer patients express their points of view ? », *Sociology of health and illness*, 9, 1, pp. 25-44.
- Pinell P., Zafiroopoulos M.**, 1978. – « La médicalisation de l'échec scolaire », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 24, pp. 23-49.
- Polack J.-C.**, 1971. – *La médecine du capital*, Paris, Maspero.
- Pollak M.**, 1976. – « La planification des sciences sociales », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2, pp. 105-121.
- Pradal H.**, 1974. – *Guide des médicaments les plus courants*, Paris, Le Seuil.
- Revue française de sociologie*, 1973. – 14, numéro spécial « Sociologie médicale ».
- 1982. – 23, 3, numéro spécial « La libéralisation de l'avortement ».
- 1991. – 32, 3, numéro spécial « Reconstructions de la sociologie française, 1945-1960 ».
- Reynaud J.-D., Catrice-Lorey A.**, 1960. – *Les assurés et la Sécurité sociale, étude sur les assurés du régime général*, Paris, ISST, 2 tomes [ronéo].
- Reynaud J.-D., Touraine A.**, 1956. – « Deux notes à propos d'une enquête sur les étudiants en médecine », *Cahiers internationaux de sociologie*, 20, pp. 124-148.
- Reynaud E.**, 1980. – « Le militantisme moral » dans **H. Mendras** (dir.), *La sagesse et le désordre*, Paris, Gallimard, pp. 271-286.
- Robin F., Robin N.**, 1976. – *Le pouvoir médical*, Paris, Stock.
- Roche L.**, 1972. – *Initiation à la sociologie et l'économie médicale*, Lyon, Université Claude Bernard.
- Royer P.**, 1973. – « Médecine et société », *Revue française de sociologie*, 14, numéro spécial « Sociologie médicale », pp. 9-12.
- Santé, médecine et sociologie*, 1978. – « Colloque international de sociologie médicale », Paris, Éditions du Cnrs.
- Sondages*, 1960. – « Les Français et leur médecin », 1-2, pp. 1-130.
- Sournia J.-C.**, 1961. – *Logique et morale du diagnostic*, Paris, Gallimard.
- 1977. – *Ces malades qu'on fabrique. La médecine gaspillée*, Paris, Le Seuil.
- Stuedler F.**, 1972. – *Sociologie médicale*, Paris, Armand Colin (U2).
- 1974. – *L'hôpital en observation*, Paris, Armand Colin (Uprisme).
- Stoetzel J.**, 1960. – « La maladie, le malade et le médecin : esquisse d'une analyse psychosociale », *Population*, 15, 4, pp. 613-624.
- Tanguy L.**, 2008. – « Retour sur l'histoire de la sociologie du travail en France : place et rôle de l'Institut des sciences sociales du travail », *Revue française de sociologie*, 49, 4, pp. 723-761.
- Tréanton J.-R.**, 1991. – « Les premières années du Centre d'études sociologiques (1946-1955) », *Revue française de sociologie*, 32, 3, pp. 381-404.
- Valabrega J.-P.**, 1962. – *La relation thérapeutique*, Paris, Flammarion.

Revue française de sociologie

Villermé L. R., 1834. – « Notes sur les ravages du choléra-morbus dans les maisons garnies de Paris depuis le 29 mars jusqu'au 1^{er} août 1832 et sur les causes qui paraissent avoir favorisé le développement de la maladie dans un grand nombre de maisons », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 11, pp. 385-409.

— 1840. – *Le tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, Paris, Jules Renouard.

Waissman R., 1989. – « Le travail médical de la famille » dans **P. Aïach, A. Kaufmann, R. Waissman**, *Vivre une maladie grave*, Paris, Méridiens Klincksieck, pp. 175-225.