

Risque et pratiques médicales

sous la direction de
Danièle **CARRICABURU**
Michel **CASTRA**
Patrice **COHEN**

2010

PRESSES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE

Liste des auteurs

- ABALLÉA François, Groupe de recherche Innovations et sociétés (GRIS), université de Rouen.
- BOUAKKAZ-LOUBRIAT Céline, Centre de recherche « Psychotropes, santé mentale, société » (CESAMES, université Paris-5), faculté de médecine de Brest, université de Bretagne occidentale (UBO).
- CALVEZ Marcel, laboratoire d'anthropologie et de sociologie, université Rennes-2.
- CARRICABURU Danièle, Groupe de recherche Innovations et sociétés (GRIS), université de Rouen.
- CASTRA Michel, Centre lillois d'études et de recherches sociologiques et économiques (CLERSE), université de Lille-1.
- CHAMPENOIS-ROUSSEAU Bénédicte, UFR médicale Paris-Ouest et école de sages-femmes Jeanne-Sentubéry, hôpital de Poissy.
- COHEN Patrice, Groupe de recherche Innovations et sociétés (GRIS), université de Rouen.
- DESPRES Caroline, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Paris.
- FAURE Yann, Groupe de recherche sur la socialisation (GRS), université Lyon-2/ENS-LSH.
- FILLION Emmanuelle, Centre de recherche « Médecine, sciences, santé et société » (CERMES), CNRS/INSERM/EHESS, Paris.
- HAMMER Raphaël, université de Genève.
- HAXAIRE Claudie, CESAMES, université Paris-5, faculté de médecine de Brest (UBO).
- LEGRAND Émilie, Groupe de recherche Innovations et sociétés (GRIS), université de Rouen.
- LE TALEC Jean-Yves, Équipe Simone-SAGESSE, université de Toulouse-2 Le-Mirail.
- MEIDANI Anastasia, Laboratoire interdisciplinaire « Solidarités, société, territoires » (LISST)/Centre d'études des rationalités et des savoirs (CERS), université de Toulouse-2 Le-Mirail.

MEMBRADO Monique, Centre interdisciplinaire « Recherches urbaines et sociologiques » (CIRUS)/Centre interdisciplinaire d'études urbaines (CIEU), équipe Simone-SAGESSE, université de Toulouse-2 Le-Mirail.

MÉNORET Marie, Groupe de recherche « École, travail, institution » (GETI), université Paris-8/CERMES.

NOUMBISSI-NANA Carole, CESAMES, université Paris-5, faculté de médecine de Brest (UBO).

PAICHELER Geneviève, Centre de recherche médecine, sciences, santé et société, CNRS/INSERM/EHESS (CERMES), Paris.

ROLLAND Christine, CIRUS/CERS, UMR CNRS 5193, IFR 126 « Santé Société », Toulouse.

SITBON Audrey, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Paris.

Avant-propos

Cet ouvrage est le fruit de l'objectif commun des chercheurs du comité de recherche 13 « Sociologie de la santé » de l'Association internationale des sociologues de langue française (AISLF) et du groupe de recherche « Innovations et sociétés » (GRIS) de l'université de Rouen. Il s'agissait de faire le point sur des travaux récents concernant la problématique du risque/des risques dans le monde médical. La première étape de ce travail s'est traduite par les journées scientifiques « Risque et pratiques médicales » à l'université de Rouen les 9 et 10 juin 2005. La seconde a été de sélectionner les textes écrits à la suite des communications présentées et de les organiser selon les thématiques dominantes. Ces articles rendent compte de la diversité des approches sociologiques et anthropologiques sur le monde médical français et soulignent des niveaux d'analyse diversifiés concernant la notion de risque et leurs implications sur les faits sociaux de santé contemporains.

Nous adressons un remerciement tout particulier à Yamina Bensaâdoune (GRIS) pour avoir relu et corrigé l'ensemble du manuscrit.

Introduction

*Danièle Carricaburu, Michel Castra,
Patrice Cohen*

Alors que dans nos sociétés le « risque » est devenu une question récurrente que se posent les acteurs sociaux (Bourdin, 2003), dans le monde médical cette notion est particulièrement utilisée car l'incertitude accompagne très régulièrement l'action thérapeutique. Dès ses premiers travaux sur la médecine, Talcott Parsons (1951) a pointé la question de l'incertitude comme limite de l'activité médicale, sans toutefois aborder la question du risque. C'est Renée Fox qui, en poursuivant la réflexion initiée par Parsons, explore les ressources que peuvent mobiliser collectivement les médecins pour faire face à des situations de grande incertitude, comme dans le cas d'expérimentations ou d'innovations thérapeutiques. Parmi les ressources identifiées, elle souligne l'importance d'« une maîtrise toujours plus grande de la logique de raisonnement par probabilité par laquelle la médecine moderne aborde les incertitudes propres au diagnostic différentiel, aux décisions de traitement et à l'établissement de pronostics » (Fox, 1988 : 19).

Or, cette « médecine moderne », à laquelle fait référence Fox, s'est construite en intégrant le raisonnement probabiliste dans les années qui ont suivi la Seconde Guerre mondiale, bien que l'application des probabilités au gouvernement de la société (Ewald, 1986), et plus particulièrement à la gestion politique de la santé (Fassin, 1996), se soit largement déployée au cours du XIX^e siècle. C'est par l'épidémiologie, discipline non médicale, que ce type de raisonnement a pu pénétrer, non sans difficultés d'ailleurs, le savoir et les pratiques médicales (Berlivet, 2001), transformant ainsi en partie cette incertitude – intrinsèque à la médecine – en « risque », c'est-à-dire en occurrences que l'on peut calculer, et donc prendre en compte pour agir (Peretti-Watel, 2001).

Progressivement, les paradigmes dominants de la « médecine moderne » ont évolué pour imposer les preuves scientifiques comme éléments incontournables de la pratique médicale, convoquant le « scientifique » au colloque habituel du médecin et de son patient.

C'est ainsi que la reconnaissance grandissante de la médecine scientifique depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale a fait émerger le concept de l'*evidence based medicine*, appelée en France la « médecine des preuves » (Marks, 1999) qui gouverne actuellement tout acte médical conventionnel.

Hégémonique dans le domaine médical, cette acception probabiliste ne peut s'abstraire d'une contextualisation plus large, car « le risque n'est rien d'autre que le travail de la société par lequel des peurs et des inquiétudes sont rendues perceptibles par une entreprise de domestication, de réduction continue de l'incertitude, de nomination du danger » (Gilbert, 1992 : 28). Les grandes crises environnementales et/ou sanitaires des dernières décennies ont suscité nombre de recherches en sciences humaines et sociales – les apports d'Ulrich Beck (2001) et d'Anthony Giddens (1994) n'étant pas des moindres – qui ont progressivement donné corps au paradigme du risque. Même si l'on peut, à l'instar de Robert Castel, reprocher à Beck une « extrapolation contestable de la notion » et considérer qu'un risque « au sens propre du mot est un événement prévisible, dont on peut estimer les chances qu'il a de se produire » (Castel, 2003 : 59), force est de constater que ces travaux ont largement contribué à faire exister sociologiquement un domaine de recherche qui appréhende désormais le risque dans ses différentes acceptions : comme expression des grandes peurs contemporaines, comme catégorie probabiliste et technique, mais aussi comme « forme » donnée à un problème public. Ainsi, l'approche en termes de « risques collectifs », développée par et autour de Claude Gilbert (1992, 2002, 2005) s'appuie sur « la nature éminemment sociale et politique des phénomènes observés » (Borraz *et al.*, 2005).

Dans un contexte marqué par la médicalisation croissante des sociétés, la « sanitarisation » du social (Fassin, 1998, 2003), la biomédicalisation de la vie (Clarke, 2000) et surtout par la montée en puissance de la sécurité sanitaire (Tabuteau, 2002 ; Setbon, 2004), on constate l'incorporation d'une « culture » du risque aussi bien dans les représentations et les pratiques des professionnels que dans celles des profanes. C'est pourquoi les textes qui composent cet ouvrage explorent les multiples déclinaisons de cette culture du risque, tant les définitions, les perceptions, les représentations des risques au sein des pratiques médicales, que leur gestion collective et/ou individuelle, les prises de risque dans l'activité médicale, etc. Les approches anthropologiques et sociologiques ont été privilégiées, dans la continuité des « regards croisés sur la santé » que nous avons initiés il y a quelques années (Carricaburu et Cohen, 2002), et que nous encourageons dans le cadre de l' AISLF, leur complémentarité n'étant plus à démontrer.

Cet ouvrage collectif montre que la construction sociale, culturelle et professionnelle du risque médical et de sa prise en compte dans les pratiques se décline dans des contextes professionnels très variés et dans des situations d'une très grande hétérogénéité. Trois parties permettent d'identifier des niveaux d'analyse différents : la première est centrée sur la compréhension des risques auxquels font face les professionnels de santé, la deuxième concerne plutôt la situation des profanes face aux risques de santé, et enfin la troisième s'intéresse aux processus de construction complexes mettant en interaction un certain nombre d'acteurs sociaux (dont professionnels et profanes) et d'institutions de régulation des risques (santé publique, appareil judiciaire, institutions médicales, travail social) révélant ainsi des dimensions politiques, économiques et judiciaires des risques médicaux.

Risques et pratiques professionnelles

La première partie de cet ouvrage montre comment le risque, dans son acception probabiliste ou non, vient s'inscrire dans les pratiques quotidiennes des professionnels de santé dans des domaines et situations divers comme le dépistage prénatal du handicap (Champenois-Rousseau), les conséquences de l'alcool sur le fœtus (Membrado), l'accouchement lui-même (Carricaburu), la gestion de la mort avec les équipes mobiles de soins palliatifs (Legrand) ou la confrontation des médecins généralistes à leur propre souffrance psychique (Haxaire *et al.*). Mais l'un des textes aborde le risque à un autre niveau : celui de la ressource qu'il peut constituer dans la construction même d'une spécialité médicale relativement récente, l'anesthésie-réanimation (Faure).

À partir de ces textes, on peut identifier trois entreprises de rationalisation auxquelles les professionnels de santé sont confrontés. La première concerne la plupart des professionnels et s'inscrit dans une rationalisation de l'incertitude physiologique et pathologique par le raisonnement probabiliste, témoignant ainsi de l'une des évolutions contemporaines de la pensée médicale. La deuxième traduit la dimension collective de l'organisation des soins – que ce soit dans les services hospitaliers, dans l'existence de groupes professionnels ou dans les processus de professionnalisation – en rationalisant les incertitudes liées à toute perturbation des pratiques, des statuts ou du travail collectif. Enfin, la troisième définit des territoires de la vulnérabilité des professionnels dans l'exercice de leur activité (souffrance psychique, plaintes judiciaires, etc.). Les textes insistent chacun sur l'une de ces dimensions, tout en permettant d'apprécier son articulation avec les autres ; articulation particulièrement explicite

dans la souffrance psychique des médecins généralistes (Haxaire *et al.*). Les risques ici discutés sont pour la plupart le produit de l'évolution technique de la médecine ou de la conquête de nouveaux territoires médicaux. Ils constituent ainsi des révélateurs des évolutions socio-historiques de la production des soins, tant à travers la médicalisation de la vie (grossesse, naissance, mal-être) que dans la paradoxale augmentation des risques par le biais des évolutions technico-médicales.

Le risque anesthésique a constitué, selon les analyses de Yann Faure, un enjeu à travers lequel les anesthésistes ont conquis leur légitimité au sein du monde médical après la Seconde Guerre mondiale et fondé leur professionnalisation. L'histoire de l'émergence de cette spécialité médicale est marquée à la fois par des conquêtes techniques (des pratiques de plus en plus efficaces et de moins en moins nocives) et par l'occupation d'un nouveau territoire médical en complémentarité avec la chirurgie. L'auteur y voit l'invention du risque anesthésique à travers le renversement des responsabilités médicales dans les actes chirurgicaux en attribuant désormais aux anesthésistes le rôle de garants de la protection « péri-opératoire », intégrant de fait le risque chirurgical. Toutefois, cette profession – héritière historiquement d'une faible légitimité médicale – est soumise au paradoxe de défendre les compétences de ses médecins en valorisant la maîtrise des techniques qui rend actuellement exceptionnel l'accident anesthésique, tout en devant parfois insister – pour revaloriser leurs statuts et leurs honoraires – sur la dangerosité de l'acte chirurgical et anesthésique.

L'exemple de l'accouchement podalique (par le siège), considéré depuis longtemps comme une présentation exceptionnelle (3 % des accouchements) mais normale, relevant des compétences des sages-femmes, est pris par Danièle Carricaburu comme un cas d'école dans la mesure où il révèle les évolutions récentes de l'obstétrique qui désormais construit de nouvelles pratiques par le filtre du risque épidémiologique et médico-légal. Les certitudes techniques (césarienne) ont ainsi tendance à conditionner les pratiques d'accouchement en réduisant les incertitudes pathologiques liées à une naissance par voie naturelle, ce qui rend les frontières entre physiologie et pathologie d'autant plus poreuses et induit des pertes de savoir-faire, et donc de compétences, qui elles-mêmes conduisent à une accentuation du recours à la technique.

Dans le même registre, c'est au développement rapide des techniques obstétriques que s'intéresse Bénédicte Champenois-Rousseau. À partir des interactions entre de futurs parents et des opérateurs d'échographie, elle montre comment la perception des risques médiatisés par l'application des techniques de diagnostic prénatal module les rapports que les femmes enceintes entretiennent avec leur fœtus

en fonction des échéances. Elle examine comment les définitions et re-définitions des fœtus se construisent autour de la perception du risque, et analyse les stratégies que parents et professionnels mettent en place pour faire face à la « présentification » du risque à travers la pratique du dépistage prénatal.

Si ces deux cas rendent compte du processus en cours de la pathologisation de la naissance et donc d'une médicalisation plus importante, le texte d'Émilie Legrand étudie une autre forme d'accentuation de la médicalisation : le recours aux équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) pour prendre en charge les patients en fin de vie. La création des EMSP depuis les années 1990 a permis aux services hospitaliers de conserver leur activité centrée sur les soins tout en adhérant à la politique publique de l'accompagnement des mourants. Toutefois, cette répartition des rôles révèle une inadéquation des services à s'occuper des personnes en fin de vie. Le personnel n'est en effet pas préparé à une approche palliative des patients, ni à affronter les difficultés émotionnelles face à la mort, alors qu'il est tourné vers une approche curative, vécue comme plus positive et valorisante. Selon cet auteur, si un patient en fin de vie peut représenter un risque de déstabilisation de l'ordre social d'un service et justifier un recours à l'EMSP, ce recours constitue lui-même une pratique qui peut provoquer en retour un risque de désorganisation sociale.

Depuis la circulaire ministérielle du 24 septembre 1998, le médecin généraliste se doit de traiter la souffrance psychique au même titre que la souffrance physique et se retrouve face à plusieurs enjeux : il doit adapter sa pratique à une compétence qu'il ne maîtrise pas (prévenir et traiter la souffrance psychique), veiller à écarter tout risque de mise en danger du patient (suicide par exemple) pouvant entraîner des poursuites pénales, et enfin conserver sa propre intégrité psychique face à la souffrance de ses patients. Les risques – qui ne sont pas du registre probabiliste – inhérents à ces enjeux ressentis par ces professionnels révèlent finalement, selon Claudie Haxaire *et al.*, l'inadéquation de l'évolution de leurs missions par rapport à leur formation (non réactualisée). Les médecins interrogés attestent de l'augmentation de leur propre souffrance psychique au contact de celle de leur patient, qu'ils n'arrivent pas complètement à circonscrire, à définir et à traiter. Ici, l'analyse des risques liés à l'erreur de diagnostic ou de traitement est constamment mise en regard avec les risques pénaux encourus par le professionnel, ce qui le place en permanence dans une double contrainte réactivant d'autant plus sa propre souffrance psychique. En conquérant un nouveau territoire thérapeutique, les médecins sont ainsi confrontés aux limites de la médecine générale à travers la révélation de la souffrance sociale

– par l’intermédiaire de leur patient – contre laquelle ils ne sont armés ni techniquement ni conceptuellement.

S’interrogeant sur le risque alcool lié au syndrome d’alcoolisation fœtale (SAF), Monique Membrado analyse les facteurs qui ont contribué à la relative invisibilité de ce problème de santé publique pendant plusieurs années. Nombre de professionnels, relayant certaines croyances ou représentations (valorisation de l’alcool associé à la convivialité, impossibilité pour certains médecins d’envisager des conduites alcooliques dans le cadre de la grossesse) ont longtemps minimisé le risque alcool. Par ailleurs, un rapport au savoir marqué par les incertitudes qui entourent le SAF et le risque induit par la consommation d’alcool durant la grossesse fait écho aux doutes concernant les pratiques et décisions médicales face aux risques encourus par le fœtus. Si les attitudes des médecins sont loin d’être homogènes, les interprétations du risque semblent étroitement liées à l’évaluation sociale et morale des individus par les professionnels. Autant d’incertitudes rendent difficile l’élaboration d’un discours préventif efficace et pertinent.

Profanes face aux risques : représentations et enjeux

La médicalisation de la société, l’élévation du niveau d’éducation, l’accès plus facile aux informations technico-médicales et l’organisation collective des malades ou des usagers de santé ont rendu plus poreuses les frontières entre le monde médical et celui des profanes. Par ailleurs, la notion de risque s’est popularisée dans tous les domaines de la gestion sociale et individuelle, comme dans celui de la santé. Dans le cadre des évolutions actuelles, les auteurs de la deuxième partie analysent les façons dont le monde dit profane fait face aux incertitudes liées soit à des processus biologiques – la grossesse (Desprès), le vieillissement (Rolland) –, soit à des risques pathologiques – l’hémophilie (Fillion), l’alcoolisation (Meidani) –, ou encore à des risques d’erreur médicale (Hammer). L’ensemble de ces textes insiste sur l’importance contextualisée de l’expérience en interaction avec les risques tels qu’ils sont perçus et représentés. Les manières d’envisager le risque et de le percevoir révèlent en effet un monde profane particulièrement hétérogène face à ces questions, renvoyant à des rapports diversifiés à la profession médicale et aux problèmes de santé. Il est frappant de constater à quel point les attitudes et les positionnements des individus divergent face à un même type de risque. Dans cette confrontation profane à l’incertitude, les contributions présentées permettent d’identifier l’influence de certains facteurs qui peuvent jouer un rôle significatif selon les situations rencontrées. Ainsi, le

rapport des patients et de leurs proches aux risques se joue fréquemment dans les interactions avec les professionnels, lesquelles constituent des espaces à la fois révélateurs de perceptions différenciées du risque mais aussi propices au façonnement de celui-ci. De même, le cadre institutionnel et organisationnel ainsi que les techniques médicales contribuent largement à définir les contraintes ou les opportunités, voire les types de risques qui se présentent aux acteurs. Enfin, les comportements face aux risques varient également en fonction des expériences passées, des ressources sociales et culturelles ou encore selon le genre. Ainsi, les analyses de cette deuxième partie mettent en lumière la part active des profanes et l'existence de perceptions différenciées des risques qui orientent fortement les décisions ou conduites des acteurs et déterminent en grande partie les logiques et stratégies déployées.

Analysant les dispositifs normatifs de la confiance dans le cadre de la médecine générale, Raphaël Hammer s'intéresse à la manière dont perceptions du savoir médical et risques d'erreur médicale peuvent s'articuler chez les profanes. Le risque est ici envisagé comme une manière de penser et d'analyser les relations entre médecins et patients, engageant des régimes pluriels de la confiance que l'auteur vient caractériser. Ainsi, les sentiments de confiance des malades, leurs conceptions du risque et de l'incertitude se combinent pour définir des modèles relationnels qui attestent de visions de la médecine générale très contrastées.

Du côté des associations de patients, l'irruption de la question du risque sanitaire a profondément modifié la logique des formes d'engagement et des politiques menées avant les années 1990. Le cas de l'Association française des hémophiles (AFH) étudié par Emmanuelle Fillion est particulièrement illustratif de ces évolutions. Suite à l'affaire du sang contaminé, la modification radicale du rapport au risque opérée par l'AFH est constitutive de la volonté de renégocier les fondements de sa légitimité. Adoptant une logique de précaution, la notion de sécurité sanitaire apparaît au centre des priorités de la politique associative. Ce changement entraîne une nouvelle hiérarchisation des risques, puisqu'on privilégie désormais le risque d'erreur scientifique contre le risque d'erreur sanitaire, mais il implique également un réajustement à l'égard des partenaires extérieurs (autorités sanitaires, médecins, laboratoires pharmaceutiques), ainsi qu'une modification significative du rapport à l'expertise qui se trouve de plus en plus investie par le monde profane.

Le développement d'une logique du risque de type probabiliste traverse également le travail des professionnels de la périnatalité et n'est pas sans conséquences sur les femmes enceintes, comme le suggère Caroline Despres. L'auteur analyse les transformations du

risque périnatal à partir de la grossesse appréhendée comme un événement porteur d'incertitude dans un contexte de médicalisation croissante de cette période de la vie. Elle met notamment l'accent sur l'existence de représentations différenciées du risque qui varient en fonction des relations avec les professionnels, du cadre organisationnel de la prise en charge, mais aussi de l'histoire ou du parcours des femmes. Ces éléments exercent ainsi une réelle influence sur les trajectoires de grossesse et contribuent à redéfinir le rapport au système de santé et à la technique médicale.

C'est également cette question du rapport au risque qu'envisage le texte d'Anastasia Meidani en analysant les pratiques d'alcoolisation des étudiant(e)s. Les modalités de gestion du risque sont ici considérées comme des processus spécifiques qui ne peuvent pas être interprétés comme de simples réponses ou ajustements aux politiques de prévention. L'auteur démontre en particulier l'inadéquation entre la diffusion d'une information et l'adoption d'une conduite qui découlerait logiquement de cette connaissance. Au-delà des liens entre alcoolisation et sociabilité, c'est aussi la question du genre qui est discutée dans la mesure où elle apparaît comme une variable essentielle et structurante permettant d'identifier des stratégies différenciées de gestion des risques et les logiques qui y sont associées.

Avec le vieillissement de la population, la maladie d'Alzheimer est devenue un véritable enjeu sanitaire impliquant les pouvoirs publics, les professionnels et les familles, de même que les malades. Cherchant à mieux repérer les personnes atteintes, les professionnels proposent un diagnostic précoce de la maladie (stade des troubles cognitifs débutants) afin de constituer une population dite « à risque » de développer la maladie d'Alzheimer. Christine Rolland analyse ainsi les stratégies identitaires de cette nouvelle catégorie de « pré-malades », sans réelle place définie, et leur positionnement face au risque de dépendance, de démence et de stigmatisme.

Gestion collective de la santé : politiques, expertises, controverses

Au-delà des pratiques et des représentations, qu'elles soient professionnelles ou profanes, la notion de risque a durablement marqué les manières d'envisager les enjeux collectifs de la santé. Expertises professionnelles et scientifiques, débats publics et politiques sont régulièrement traversés par cette question du risque sanitaire qui implique désormais la légitimité des institutions. Dans cette troisième partie, les auteurs replacent cette notion de risque au centre des débats politiques et sociaux : dans ses liens avec le contrat social et la notion de responsabilité (Aballéa, Le Talec), dans les domaines de

la prévention ou du dépistage (Calvez, Ménoret, Sitbon), ou encore en matière d'évaluation des risques (Paicheler). Partant de l'incertitude qui entoure la plupart des risques, ces auteurs montrent que cette dimension est constitutive des dynamiques collectives qui s'élaborent : si l'incertitude des professionnels et des experts marque les limites de leur savoir, elle ouvre aussi des espaces d'interprétation et de concurrence sur les actions politiques à mener. Les désaccords ou polémiques relevés dans ces contributions sont, de ce point de vue, particulièrement éclairants sur les rapports de pouvoir qui s'établissent entre acteurs et sur les processus à l'œuvre dans la production des politiques de santé. Ainsi, les auteurs sont-ils attentifs à la diversité des logiques et des forces en présence : acteurs politiques, professionnels, médias, acteurs associatifs contribuent à redéfinir les conceptions du risque et les interventions publiques qui y sont associées. C'est en particulier l'émergence de collectifs profanes, impliqués à différents degrés dans les risques sanitaires, qui participe largement du renouveau des modalités d'appréhension collective du risque : l'implication des profanes sur la scène publique et dans le jeu politique, mais surtout dans le monde de l'expertise et de la production de savoirs est emblématique de ces évolutions. Au cœur des politiques du risque et de l'action publique dans le champ sanitaire, c'est enfin la place de l'individu et de sa responsabilité qui est constamment discutée et négociée.

Replaçant la question du risque dans une perspective historique, François Aballéa interroge cette notion du point de vue du contrat social. Si les trois thèmes du progrès, de la solidarité et de la responsabilité sont, dès les XVIII^e et XIX^e siècles, étroitement liés à l'idée même de risque, la période contemporaine se caractérise par une remise en cause de ce qui a fait la synthèse républicaine : les risques prennent désormais le pas sur le progrès et la solidarité, dénoncée comme coûteuse et aliénante, est étendue à l'échelle du monde, tandis que la responsabilité se rétrécit à l'individu comptable de ses propres risques qu'il se doit d'assumer. La santé, située au croisement de ces dimensions, est ainsi pleinement concernée par cette crise de confiance qui affecte les institutions.

Dans le domaine du cancer du sein, Marie Ménoret montre que les progrès techniques en matière de dépistage se sont accompagnés d'un mouvement de surveillance de populations asymptomatiques, témoignant ainsi d'une intériorisation du risque par les femmes. En France, la seule logique qui prévaut aujourd'hui n'est pas celle d'une prévention primaire, qui viserait à éviter l'apparition d'un cancer en intégrant par exemple des dimensions écologiques et environnementales, mais c'est une prévention uniquement secondaire, fondée sur le dépistage et le diagnostic précoce, qui repose sur les espoirs

mis dans la science et la recherche biomédicale. Cette logique, nous suggère l'auteur, est loin d'être neutre en ce qu'elle induit chez de nombreuses femmes un diagnostic, voire un pronostic marqué par l'incertitude liée notamment aux difficultés d'interprétation des clichés; elle conduit aussi à envisager et définir les femmes comme des « personnes à risque » devant pratiquer vigilance et autosurveillance, engageant ainsi une nouvelle relation au cancer du sein.

À partir des recherches menées sur la prévention en matière de sida, Marcel Calvez établit une distinction entre deux approches du risque en sciences sociales : les approches objectivistes définissent les risques comme une possibilité objective et mesurable en termes de probabilité, tandis que les approches constructivistes appréhendent les risques en prenant en compte les contextes sociaux dans lesquels les individus agissent. L'auteur montre comment les recherches en sciences sociales (soumises aux approches définies par la santé publique), ont pu être guidées et orientées par les présupposés de la prévention et les acceptions (de type objectiviste) de la notion de risque qui en découle, limitant du même coup le potentiel explicatif de cette approche. Ce texte plaide ainsi pour une approche constructiviste du risque, en montrant qu'elle peut être pleinement opérationnelle, répondre aux préoccupations en matière de prévention et contribuer à l'intervention publique.

Les manières de considérer et d'évaluer les risques sanitaires connaissent des évolutions significatives avec l'influence et la mobilisation de mouvements profanes engagés dans des démarches de protestation dans les médias, auprès des scientifiques, des professionnels ou des politiques. Ainsi, Geneviève Paicheler étudie l'émergence de nouvelles formes d'appropriation du risque par ces collectifs profanes qui s'efforcent de faire reconnaître leur manière d'appréhender le risque à partir de leur propre cadre de référence et tentent d'orienter les actions publiques ou plus simplement de faire exister un problème tant d'un point de vue politique que médical. Ce texte interroge la modification des frontières entre profanes et experts liée à la production, par ces collectifs, de connaissances nouvelles ou de « savoirs locaux », inscrivant cette revalorisation de formes de savoirs souvent négligées par la science dans une perspective de démocratie sanitaire.

À partir d'une recherche menée sur les campagnes de prévention du sida, Audrey Sitbon analyse les débats et désaccords autour de la notion de risque de transmission de la maladie, en particulier entre acteurs publics, scientifiques et militants associatifs. L'exemple des controverses concernant le risque buccogénital permet notamment de rendre compte des logiques et intérêts qui traversent l'arène de l'action publique : les polémiques entretenues par les professionnels de la prévention, de la communication et des médias, ainsi que du

monde associatif face aux conflits entre chercheurs sont à cet égard assez révélatrices des diverses conceptions du risque en présence et des choix qui en découlent en matière de prévention.

L'émergence récente d'une responsabilité pénale en matière de transmission du VIH constitue un changement significatif dans l'appréhension des conduites à risque. Jean-Yves Le Talec montre comment s'instaure une reconstruction sociale du risque qui vient stigmatiser certaines catégories de la population homosexuelle ou hétérosexuelle. Plus largement, c'est aussi une mutation du rapport au risque sida à laquelle nous avons assisté ces dernières années et qui engage une notion de responsabilité non plus comprise comme devant être partagée entre partenaires d'une interaction sexuelle mais apparaissant de plus en plus comme une valeur individuelle à l'égard d'autrui.

Les textes que nous présentons dans cet ouvrage témoignent de la diversité avec laquelle les chercheurs se sont emparés du risque dans ses différentes acceptions. Ils s'inscrivent dans la dynamique que suscite ce concept et n'ont d'autre ambition que de contribuer au débat qu'il génère dans les sciences sociales.

Références bibliographiques

- Beck U. (2001), *La société du risque*, Paris, Aubier (1^{re} éd. : 1986).
- Berlivet L. (2001), « Déchiffrer la maladie », in Dozon J.-P. et Fassin D. (dir.), *Critique de la santé publique*, Paris, Balland, p. 75-102.
- Borraz O., Gilbert C., Joly P.-B. (2005), « Risques, crises et incertitudes : pour une analyse critique », *Cahiers du GIS Risques collectifs et situations de crise*, n° 3, mars.
- Bourdin A. (2003), « La modernité du risque », *Cahiers internationaux de sociologie*, « Faut-il une société du risque ? », n° 114, p. 5-26.
- Carricaburu D., Cohen P. (dir.) (2002), « Regards croisés sur la santé. Itinéraires de recherche en anthropologie et en sociologie », *Innovations et Sociétés*, n° 2.
- Castel R. (2003), *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?*, Paris, Seuil, coll. « La République des idées ».
- Clarke A. (2000), « Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales et rhizomes mondiaux », *Sciences sociales et santé*, vol. 18, n° 2, p. 11-42.
- Ewald F. (1986), *L'Histoire de l'État providence*, Paris, Grasset.
- Fassin D. (2003), « Santé publique », in Lecourt D. (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France, p. 1014-1018.
- (1998), « Politique des corps et gouvernement des villes », in Fassin D. (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, p. 7-46.

- (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, Presses universitaires de France.
- Fox R. (1988), *L'incertitude médicale*, Paris, l'Harmattan.
- Giddens A. (1994), *Les conséquences de la modernité, théorie sociale contemporaine*, Paris, L'Harmattan.
- Gilbert C. (dir.) (2002), *Risques collectifs et situations de crise. Apport de la recherche en sciences humaines et sociales*, Paris, L'Harmattan.
- (1992), *Le pouvoir en situation extrême. Catastrophes et politiques*, Paris, L'Harmattan.
- Marks H. (1999), *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Paris, Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond » (1^{re} éd. : 1997).
- Parsons T. (1951), *The social system*, New York, Free Press.
- Peretti-Watel P. (2001), *La société du risque*, Paris, La Découverte.
- Setbon M. (2004), *Risques, sécurité sanitaire et processus de décision*, Paris, Elsevier.
- Tabuteau D. (2002), *La sécurité sanitaire*, Paris, Berger-Levrault.

Table des matières

Liste des auteurs.....	3
Avant-propos	5
Introduction , <i>Danièle Carricaburu, Michel Castra, Patrice Cohen</i>	7
Première partie	
RISQUES ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES	19
Chapitre 1 : D'une périlleuse victoire à un triomphe sans gloire : la construction sociale du « risque anesthésique », <i>Yann Faure</i>	21
Chapitre 2 : Entre incertitude et risque, les professionnels de l'obstétrique face à l'accouchement podalique, <i>Danièle Carricaburu</i>	35
Chapitre 3 : La représentation du risque dans la pratique du dépistage prénatal : ce que révèle l'ethnographie, <i>Bénédicte Champenois-Rousseau</i>	49
Chapitre 4 : Faire appel à l'équipe mobile de soins palliatifs : une pratique à risques, <i>Émilie Legrand</i>	65
Chapitre 5 : Souffrance psychique et risques en médecine générale, <i>Claudie Haxaire, Carole Noumbissi-Nana, Céline Bouakkaz-Loubriat</i>	81
Chapitre 6 : Le syndrome d'alcoolisme fœtal : les enjeux sociaux d'une construction médicale, <i>Monique Membrado</i>	95
Deuxième partie	
PROFANES FACE AU RISQUE : REPRÉSENTATIONS ET ENJEUX	109
Chapitre 7 : Confiance et risque en médecine générale : entre contradiction et intégration, <i>Raphaël Hammer</i>	111
Chapitre 8 : Reconfiguration de l'expérience du risque. Le cas de l'Association française des hémophiles (AFH) : de la délégation au militantisme scientifique ?, <i>Emmanuelle Fillion</i>	129
Chapitre 9 : Les femmes enceintes face aux incertitudes de la grossesse, <i>Caroline Despres</i>	139
Chapitre 10 : Alcoolisation et pratiques à risques des jeunes : des logiques sociales aux logiques sexuées, <i>Anastasia Meidani</i>	155
Chapitre 11 : Enjeux et risques du diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer, <i>Christine Rolland</i>	173

Troisième partie

GESTION COLLECTIVE DE LA SANTÉ : POLITIQUES, EXPERTISES, CONTROVERSES ...	187
Chapitre 12 : Risque et contrat social : la dynamique du progrès, de la solidarité et de la responsabilité dans le champ de la santé, <i>François Aballéa</i>	189
Chapitre 13 : Femmes sous contrôle : sociologie d'une détection précoce, <i>Marie Ménoret</i>	203
Chapitre 14 : Pour une approche constructiviste des risques de santé : quelques leçons des recherches sur la prévention du sida, <i>Marcel Calvez</i>	215
Chapitre 15 : Vivre ou évaluer le risque sanitaire : expertises, controverses et confrontations entre profanes et professionnels, <i>Geneviève Paicheler</i>	227
Chapitre 16 : Construction et devenir d'une controverse autour de la notion de risque dans la communication publique sur le sida, <i>Audrey Sitbon</i>	239
Chapitre 17 : Judicialisation de la santé et responsabilité médicale : l'exemple de la prise en charge de l'infection à VIH, <i>Jean-Yves Le Talec</i>	251