

LA SOCIOLOGIE EN TRAIN DE
SE FAIRE : STRUCTURE
SOCIALE, ECOLE, TRAVAIL AU
PRISME D'UNE ENQUETE EN
COURS SUR LES INEGALITES
SOCIALES DE SANTE

*Conférence de Muriel DARMON, sociologue et directrice de
recherche au CNRS, présidente de l'Association Française
de Sociologie*

A partir d'une enquête sur les inégalités sociales de santé , Muriel DARMON nous
présente des liens entre le travail du sociologue et les programmes de SES

PREAMBULE - Il s'agit de nous donner des éléments pour illustrer notre travail - la sociologie est une discipline où les rapports secondaire/supérieur sont forts : des intérêts conjoints et des discussions possibles car un rapport à la sociologie riche -

Il s'agit de faire le lien dans les programmes avec le travail du sociologue (cf préambule) à partir de thèmes du programme autour du travail en présentant une enquête en cours menée avec une méthode par observation ethnographique - C'est une ouverture sur la sociologie en train de se faire -

Muriel DARMON a mené une enquête sur les inégalités sociales de santé en étudiant les suites pour les patients après un AVC : quel est le parcours post AVC (survenue de l'AVC, décès ou non, qualité de la récupération en cas de survie) ?

C'est un thème qui a une dynamique politique forte mais aussi scientifique et qui interpelle les professionnels de santé (épidémiologues, médecins), les sociologues et les économistes qui travaillent ensemble. Il est au cœur de la sociologie actuelle - Muriel DARMON travaille actuellement sur un grand projet européen sur les inégalités sociales de genre qui a été vu comme central au niveau social européen (éléments de contexte important) -

En termes de chiffres, on indique souvent qu'en cas d'AVC = 1/3 meurt, 1/3 sans séquelles, 1/3 avec de lourdes séquelles.

Un cadre conceptuel qui ne varie pas : travailler les questions de socialisation, de structure sociale, de dispositions de classes, de genre sur les suites de l'AVC -

Dimension médicale : de quelle pathologie s'agit-il ?

1. En cas d'AVC = un incident dans le cerveau qui est un siège neurologique, qui peut faire brutalement disparaître ou empêcher de façon provisoire ou non un grand nombre de capacités de la vie quotidienne dans des nombreux domaines (physiques ou intellectuels) - exemples : marche, déglutition, planification, lecture, préhension... Donc une variété extrêmement large de domaines qui peuvent être touchés.
2. Le second aspect à prendre en compte ici : des séquelles en partie réversibles qui sont travaillées par des services hospitaliers particuliers, les services de rééducation post-AVC : on va essayer de faire récupérer ces compétences-là au patient - et donc de nombreux spécialistes vont intervenir dans ce cadre -

Comment s'est construit l'objet de la recherche ?

Il s'agit de travailler en sociologue : évaluer les pertes suite à l'AVC (interprétation et mesure des pertes de compétences, perceptions différentes par le patient, le médecin, les proches) - Mais surtout comment travailler en sociologue les processus de réapprentissage institutionnellement organisés dans les hôpitaux et les centres de rééducation ? Que peut dire la sociologie sur un objet tel que le parcours post AVC ? C'est une recherche qui montre dès le départ, une forte présence de la notion des classes sociales et des inégalités sociales dans les travaux épidémiologiques - **Les conclusions globales** de ces nombreux travaux épidémiologiques menés depuis une vingtaine d'années montrent l'importance de la classe sociale dans les trois événements (survenue d'un AVC, décès ou non, qualité de la récupération) - on constate que les moins touchés et le plus tard, ce sont les classes supérieures, qui en meurent moins souvent, en ont des formes moins sévères et en récupèrent mieux - à l'inverse des classes populaires qui sont touchées

plus jeunes, en meurent plus souvent et connaissent des formes plus sévères et en récupèrent moins bien - pour arriver à ces conclusions et parler de ces positions de classes, des indicateurs multiples ont été retenus : revenus, diplômes, professions, lieux d'habitation pour déterminer les "classes" - Parfois certains indicateurs ont été combinés : on agrège le revenu et le diplôme qui forment le « statut économique » (Socio Economic Status) - cela peut instaurer des biais quand le sujet habite par exemple un quartier jugé "défavorisé" - c'est à mettre en lien avec la finesse de l'indicateur - La sociologue utilise les enquêtes et les synthèses déjà faites par le corps médical - elle utilise l'énorme corpus de ces synthèses quantitatives épidémiologiques pour avancer ces résultats - Elle les vérifie en se fiant à la scientificité de ces études.

Constat : la question de l'influence de la position sociale ne fait pas débat - elle intervient dans les trois phases du parcours - la question qui se pose est de savoir : où cela intervient-il ? Comment expliquer ces différences/inégalités sociales ? Comment situer dans la trajectoire des patients le moment où ces inégalités se nouent et s'opèrent ? La sociologue restreint son propos à la récupération - On constate des différences dans le temps d'arrivée aux urgences, le temps d'accès à la neurologie, le passage en service de rééducation (hôpital public ou clinique privée) - l'intervention sera centrée sur ce dernier point -

Au-delà de ce constat fait par les tests épidémiologiques (et toutes choses étant égales par ailleurs¹), on peut en déduire que des choses se passent à l'intérieur des centres de rééducation pour expliquer ces différences et inégalités sociales de récupération post AVC - Comment les comprendre ? Cela laisse les observateurs assez démunis - Une des manières de répondre à ces questions était de le faire en qualitatif et en ethnographe et non pas en sociologue quantitativiste ou statisticien - il faut changer de focale : il faut diminuer le nombre de cas et gagner en ampleur de l'étude -

Le protocole a été une enquête d'observation ethnographique dans deux services de rééducation (CHU et clinique privée) - une présence longue = 9 mois en CHU et 6 mois à la clinique - 2 ou 3 jours par semaine d'observation qu'il faut préparer - il faut aussi écrire un journal de terrain pour servir de base de traitement de données : on y inscrit sa journée (observations, discours entendus, notes prises...) à chaud - d'autre part, des entretiens en plus ont été menés (enregistrés ou non) avec les patients, l'équipe médicale et les différents professionnels intervenant dans le parcours post AVC - une spécificité du parcours post AVC, c'est que c'est un service avec un myriade de professionnels (8 ou 9 métiers de la rééducation : kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, neuropsychologue, assistant social) - ces professions sont installées dans le plateau technique (idem dans les pays anglo-saxons) qui matérialisent la présence de ces professionnels, avec des outils et des bureaux, des ateliers (par exemple : une cuisine en état de fonctionnement, salle de sports, simulateur de conduite)... Une petite société (= institution à deux étages : médical / rééducation) est reconstruite pour permettre la rééducation pendant une période de 3 à 9 mois le plus souvent (parfois jusqu'à 12 mois) -

Des types d'outils théoriques ont été mobilisés pour mener à bien cette enquête : pour analyser les inégalités sociales de santé (sur l'AVC dans l'espace décrit précédemment), un outil central = la notion de socialisation présente sous deux figures principales - d'abord celle de la socialisation primaire des patients (de classe, de genre...) : on peut en observer les résultats sous la forme de leurs attitudes, leurs rapports au monde,

¹ Les tests épidémiologiques montrent que ce n'est pas l'accès aux soins, l'état de santé antérieur qui jouent

leurs habitudes, leurs corps (configurés différemment par leur histoire) - c'est la socialisation qui a produit les patients dans leurs spécificités et propriétés sociales - d'autre part, l'hôpital et la rééducation joue le rôle de socialisation secondaire qui vise explicitement à rééduquer les patients et à leur faire intégrer de nouvelles (ou anciennes à retrouver ? la question reste posée) dispositions, attitudes et pratiques - c'est une socialisation institutionnelle - enfin, une 3ème notion dérivée de la sociologie de la socialisation est mobilisée : c'est une notion des 80/90, la sociologie de la forme scolaire² - les auteurs montrent que la lente apparition d'une forme particulière de socialisation, la forme scolaire, se fait à partir du XVI-XVIIème siècle : constitution d'un univers séparé pour l'enfance, division claire des tâches entre enseignants et élèves, importance des règles dans l'apprentissage, organisation rationnelle du temps et de l'espace, "apprendre selon les règles" à l'aide d'exercices impersonnels répétitifs ! Cela construit l'école comme institution et ce modèle se serait diffusé à toutes les formes d'institutions et d'apprentissages (armée, musique par exemple) - la sociologue nous invite à regarder *The Voice* ou "le meilleur pâtissier" avec cette focale - ce sont des émissions de télé-réalité dans lesquelles les formes scolaires apparaissent de manière éclatante ! LAHIRE insiste sur le fait que la nature écrite du savoir à transmettre, qui est objectif, formalisé, codifié, délimité - le mode scolaire de socialisation s'oppose à l'apprentissage dans et par la pratique contre lequel il s'est construit - il est analysé comme un mode de rapport au monde de classe, celui des classes populaires - cela explique pourquoi il existe des inégalités de réussite qui se situent dans la discordance entre les deux - le mode scolaire est plus en affinités avec la socialisation des classes moyennes et supérieures -

La forme scolaire : dans l'hôpital, la rééducation s'inscrit dans cette forme scolaire - or cela n'a jamais été pensé dans ce cadre - cf. extrait lu du journal de bord le premier jour : la grande visite hebdomadaire³ (= visite dans la chambre du patient de tous les professionnels intervenant dans le cadre de la rééducation) met en évidence la similitude avec un conseil de classe - en conséquence, à l'issue de ces impressions, de ces sentiments, MD met dans son journal de bord des entrées spéciales en lien avec la forme scolaire (tout ce qui s'observe et qui le corrobore) pour vérifier son sentiment (car cela n'aurait pu être qu'un simple moment évaluatif) : EDT, organisation du temps et de l'espace comme dans un lycée (salles spécialisées), un modèle de cours particulier dans chaque interaction avec les professionnels (et non une relation patient-professionnel de santé) - ce sont des évaluations de type scolaire (temps limité, évaluation écrite) - L'écrit est omniprésent (y compris en kiné où l'on apprend à marcher en regardant un déroulé écrit des positions à réapprendre et non pas en faisant le geste) - Cela pose donc la question de savoir quelle est la figure du "bon patient" ? C'est celui pour lequel la rééducation est profitable ? Le patient est attentif, concentré et volontaire (il suit les règles) - Cette organisation a un premier effet sur les patients : ils parlent d'avoir cours ! (des lapsus répétés ont observés par la sociologue) - l'hôpital ressemble à une école, fait penser à l'école et fonctionne comme une école - **en conséquence, il faut des prédispositions des patients qui sont des prédispositions de classe pour "réussir" dans cet "hôpital-école" -**

Or les prédispositions valorisées par l'hôpital ne sont pas nécessairement en adéquation avec les dispositions des patients - Il s'agit ici d'une rencontre entre des

² - cf école lyonnaise de la socialisation - Guy VINCENT, Bernard LAHIRE, Daniel THIN - cf "Éducation prisonnière de la forme scolaire" - <https://books.openedition.org/pul/9522?lang=fr>
Pour un état de la recherche sur ce point - <https://www.cairn.info/revue-recherches-en-didactiques-2012-1-page-109.htm>

³ Cf annexe 1 -

dispositions (des patients) et une institution (l'hôpital) : des mondes sociaux très éloignés des patients sont chargés d'évaluer leurs progrès – par exemple, on propose des phrases à un patient qui doit retrouver « l'erreur »⁴ mais qui n'y arrive pas car les situations proposées ne lui sont pas familières - si les exemples utilisés pour la rééducation étaient plus familiers avec le monde social du patient, ils seraient plus faciles pour le réapprentissage. Autre exemple : construire un nichoir à oiseaux - L'ergothérapeute demande au patient d'écrire les étapes de la construction sur un papier en numérotant les étapes alors que le patient (qui a déjà réalisé ce travail avant son AVC) souhaite passer à la réalisation pratique à l'aide de bois, de clous, de scie... présents dans l'atelier juste derrière lui - L'ergothérapeute est dans la logique de fournir un outil (l'écrit) pour que le patient retrouve des capacités cognitives perdues ou altérées (planification et mémoire) alors que le patient est dans une logique de réalisation concrète - Les réussites du « bon patient » (= les progrès de la rééducation) sont liées à l'espace social - on peut comprendre a contrario pourquoi certains semblent moins bénéficier de la rééducation puisqu'on observe que l'institution fournit des outils qui ne sont pas toujours adaptés aux prédispositions des patients - attention toutefois à ne pas pointer la responsabilité sur les professionnels : ce qui est en jeu, c'est la rencontre entre une institution et des dispositions individuelles -

CONCLUSION

Les conclusions tirées de l'enquête permettent de mieux travailler dans les services hospitaliers et donc de faire progresser la qualité des soins de santé - Bien que le monde médical serait plus enclin à mettre l'accent sur d'autres champs d'analyse (par exemple le lien entre AVC et poursuite ou rupture du parcours de vie - divorce) il ne s'agit pas de les opposer car les travaux mettent en évidence des explications intéressantes concernant la réussite des soins. Un des impacts de cette étude est l'idée de faire participer des sociologues spécialistes des classes populaires pour concevoir des tests plus adaptés et donc de permettre une meilleure récupération post AVC.

QUESTIONS

Plateau technique : une forte hétérogénéité des cultures au sein même du plateau technique avec des **cultures professionnelles** à l'œuvre très différentes - ils ne viennent pas du même endroit de l'espace social -

La dimension du **genre** : des professions plutôt féminines alors que les patients sont plutôt des hommes - ce sont des femmes qui retravaillent le corps masculin (alors que traditionnellement c'est le corps de la femme qui est objectivé) -

Des **niveaux de formation** très différents - dans ces diversités professionnelles, une culture institutionnelle de la rééducation transcende cela - la question des hiérarchies dans ces professions : un ordre immuable dans la grande visite qui reproduit le niveau d'études - une mise en commun de différents professionnels -

⁴ Exemples de situations proposées par l'ergothérapeute à un patient de classe populaire : « rôti de veau dominical, vacances au ski, faire-part de mariage... »

ANNEXE 1 – LA GRANDE VISITE

Extrait du journal de terrain de Muriel DARMON

Chaque semaine, une grande visite est organisée avec l'ensemble des professionnels impliqués dans la rééducation du patient (10 au total) - Chaque professionnel est invité tour à tour à prendre la parole sur la situation de monsieur B.

Docteur X, chef de service : « ok ! alors ? Comment ça s'est passé pour monsieur B cette semaine ? En kiné, ça donne quoi ? »

La kiné : « monsieur B. a vraiment bien travaillé cette semaine – Il est toujours très motivé – Aujourd'hui, il a tenu les 20 secondes, même 22 secondes sans rien tenir »

L'ergothérapeute : « alors, il y a de bonnes bases pour faire chez monsieur B – monsieur travaille avec moi en ce moment la dextérité fine – c'est en bons progrès »

Docteur X : « de bons progrès donc – bravo monsieur B. Et en ortho alors ? »

L'orthophoniste : « chez moi, monsieur B est aussi très motivé – et sa participation est très satisfaisante – on a travaillé à la fois l'écrit et l'oral – On travaille en ce moment l'expression orale et l'hypo-spontanéité »

Docteur X : « et maintenant Martine, ça donne quoi ? »

Martine, neuropsychologue : « monsieur B est pénalisé dans les épreuves de rapidité, à cause de sa main droite – et il perd la totalité des points en mémoire – mais à part ça, il est très motivé et il a vraiment progressé sur le reste : l'épreuve d'attention, il la réussit totalement »

Docteur X : « j'ai envie de dire : monsieur B, on change rien – on est sur une pente positive – c'est bien – vous travaillez bien – j'écris ça dans le dossier »

Il écrit dans le dossier médical et tout le monde sort de la chambre