

QUELQUES REPÈRES EN LIEN AVEC LES PRINCIPALES NOTIONS DU PROGRAMME DE STSS

RESSOURCE ÉLABORÉE EN COLLABORATION AVEC LE RNR SMS

SOMMAIRE

PÔLE THÉMATIQUE	2
SANTÉ, BIEN-ÊTRE ET COHÉSION SOCIALE	2
Qu'est-ce que la santé ? Qu'est-ce que le bien-être ? Qu'est-ce que la cohésion sociale ?	2
Comment mesurer l'état de santé, de bien-être et la cohésion sociale ?	11
Comment émerge un problème de santé ?	15
Comment émerge un problème de social ?	22
PROTECTION SOCIALE	25
Qu'est-ce que la protection sociale ?	25
MODES D'INTERVENTION SOCIALE ET EN SANTÉ	38
Quelle action en santé pour agir sur les déterminants de santé et garantir la santé des personnes ?	38
Quelles interventions pour agir sur les problèmes sociaux ?	45
PÔLE MÉTHODOLOGIQUE	48
MÉTHODOLOGIES APPLIQUÉES AU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL	48
Comment les études scientifiques en santé-social contribuent-elles à la connaissance d'une population ?	49

Note d'intention

Ces « repères », destinés aux enseignants de STMS, permettent d'éclairer les principales notions du nouveau programme de sciences et techniques sanitaires et sociales de première ST2S, applicable à partir de la rentrée de 2019.

Ce document vise à aider les enseignants dans le repérage des ressources en proposant des définitions fiables et validées au niveau scientifique. Les ressources proposées sont diversifiées et se complètent dans la mesure du possible. Il s'agit de matériel à destination de l'enseignant, pour travailler et pour questionner les élèves.

Des « notions complémentaires » ou « pour aller plus loin » sont parfois proposées afin d'apporter des précisions ou encore des exemples du champ sanitaire et social.

Pôle thématique

SANTÉ, BIEN-ÊTRE ET COHÉSION SOCIALE

Qu'est-ce que la santé ? Qu'est-ce que le bien-être ? Qu'est-ce que la cohésion sociale ?

Santé

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Cette définition est celle du préambule de 1946 à la constitution de l'OMS. Cette définition de l'OMS n'a pas été modifiée depuis 1946.

G. Canguilhem donne, dans son ouvrage *Le Normal et le Pathologique*, quelques définitions : « la santé, c'est un ensemble de sécurités et d'assurances », « être en bonne santé, c'est pouvoir tomber malade et s'en relever », « la santé est une façon d'aborder l'existence en sentant non seulement possesseur ou porteur, mais aussi créateur de valeur, instaurateur de normes vitales ».

BOURDILLON François, BRÜCKER Gilles, TABUTEAU Didier. *Traité de santé publique*. Lavoisier Médecine Sciences, Collection Traités, 2016, 3^e édition, p. 6.

Les notions de santé et de maladie sont multiples, ambiguës et complexes. Un même concept peut-il valoir pour le physique et le mental, les êtres humains, les animaux et les plantes, et pour les différents niveaux d'organisation comme la population, l'individu ou l'organisme, l'organe et la cellule ? Pour le terme de « maladie », au moins trois strates différentes de signification sont mêlées qui ont été conventionnellement associées à trois termes anglais dans le débat philosophique contemporain : un sens médical et objectif (« *disease* », une maladie), un sens subjectif, existentiel et clinique (« *illness* », être malade) et un sens subjectif et social (« *sickness* », être malade). Le préambule de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en donnant une définition positive de la santé comme « un état de complet de bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence

de la maladie et d'infirmité », a en outre contribué à élargir le domaine de la médecine. Car, qu'entend par « bien-être » et par « complet » ? Quelles sont les limites d'« un état de complet bien-être » et quelle est la frontière entre la santé et le bonheur ? S'il convient de reconnaître que les phénomènes relatifs à la maladie et à la santé humaine ont des dimensions qui ne sont pas seulement biologiques, mais aussi sociales, politiques et culturelles, et qu'il est indispensable de prendre en compte l'environnement des individus, est-on pour autant nécessairement conduit à adopter une position « relativiste » et « constructiviste » par rapport à ces concepts ?

GIROUX Élodie. *Après Canguilhem : définir la santé et la maladie*. Presses Universitaires de France, Collection Philosophies, 2010, 160 p.

Santé globale

L'anthropologue Mark Nichter (2008, p. 156) souligne que la santé devient globale « quand les problèmes de santé transcendent les frontières nationales, peuvent être influencés par les circonstances ou les expériences d'autres pays, et appellent des réponses collectives ».

ATLANI-DUAULT Laëticia, VIDAL Laurent. Le moment de la santé globale - Formes, figures et agendas d'un miroir de l'aide internationale. *Revue Tiers Monde*, 2013/3, n° 215, pp. 7-16. Disponible sur CAIRN.info.

La notion de « Global health » est la résultante de trois mouvements :

1. Historique, à partir de la publication aux États-Unis en 1997 du rapport de l'Institute of Medicine sur « America's Vital Interest in Global Health » ;
2. Institutionnelle, avec l'émergence dans les années 2000 des initiatives mondiales (partenariats publics mondiaux) comme nouvelle modalité de financement de l'aide au développement ;
3. Académique, dans le prolongement de la santé publique, puis de la santé internationale.

Global health est un domaine d'étude, de recherche et de pratique qui accorde la priorité à l'amélioration de la santé et à l'équité en matière de santé pour tous dans le monde. Global health met l'accent sur les problèmes de santé transnationaux, les déterminants et les solutions ; fait appel à de nombreuses disciplines au sein et au-delà des sciences de la santé et favorise la collaboration interdisciplinaire ; et est une synthèse de la prévention en population avec les soins cliniques individuels » (Koplan et alii, 2009).

KEROUEDAN Dominique. Globaliser n'est pas sans risques pour les populations les plus pauvres du monde - Émergence de la « Global Health » en Afrique subsaharienne. *Revue Tiers Monde*, 2013/3, n° 215, pp. 111-127. Disponible sur CAIRN.info.

Santé individuelle

La santé a toujours été affaire à la fois individuelle et collective. Les règles fondamentales de la pratique médicale, règles techniques et déontologiques, fixées par Hippocrate de Cos (env. 460-380 avant J.-C.) sont individualistes : c'est l'origine du « colloque singulier » entre le médecin et le malade, mais aussi de la relation personnelle entre le médecin et son élève. (...) Cette double conception, sans doute inévitable, s'est perpétuée jusqu'à nos jours ; l'aspect collectif l'emporte parfois, (...) l'aspect individuel l'emporte à son tour au moment des progrès de la médecine curative qui mettent l'accent sur l'acte thérapeutique ou lorsque la philosophie libérale remplace le concept de ministère médical,

fondé sur l'idée de service (ministerium) par la référence à un contrat passé entre un professionnel (médecin ou autre) et un client (Cass. civ., 20 mai 1936).

DE FORGES Jean-Michel. *Le droit de la santé*. Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?, 2006, p. 3.

La santé pour un individu c'est l'absence de maladie ou de douleur, « *c'est la vie dans le silence des organes* » pour reprendre la belle formule de René Leriche. C'est, dans cette acception individuelle, une notion singulière et intime. D'où sa subjectivité. « *On peut se sentir bien portant (...), mais l'on ne peut jamais savoir que l'on est bien portant* » selon les mots d'Emmanuel Kant.

TABUTEAU Didier. Santé et politique en France. *Recherche en soins infirmiers*, 2012/2, N° 109, pp. 6-15. Disponible sur CAIRN.info.

Santé collective

La santé a toujours été affaire à la fois individuelle et collective. Les règles fondamentales de la pratique médicale, règles techniques et déontologiques, fixées par Hippocrate de Cos (env. 460-380 avant J.-C.) sont individualistes (...) Parallèlement, pourtant, l'importance des institutions hospitalières de l'Antiquité gréco-romaine et du Moyen Âge chrétien révèle l'aspect communautaire de la médecine. Cette double conception, sans doute inévitable, s'est perpétuée jusqu'à nos jours ; l'aspect collectif l'emporte parfois, soit parce que l'efficacité de la prévention dépend du recours à la contrainte publique (isolement des contagieux, vaccinations obligatoires), soit en raison du coût élevé des dispositifs de protection sanitaire (hôpitaux modernes) ; l'aspect individuel l'emporte à son tour au moment des progrès de la médecine curative qui mettent l'accent sur l'acte thérapeutique ou lorsque la philosophie libérale remplace le concept de ministère médical, fondé sur l'idée de service (ministerium) par la référence à un contrat passé entre un professionnel (médecin ou autre) et un client (Cass. civ., 20 mai 1936).

DE FORGES Jean-Michel. *Le droit de la santé*. Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?, 2006, p. 3.

La santé devient phénomène social, elle n'est plus seulement fatalité individuelle. Une organisation sociale dédiée à la prévention et aux soins est possible. C'est l'ambition de la santé publique. Depuis le XIX^e siècle, la santé s'est ainsi imposée comme une problématique politique. Elle définit un système, celui des professionnels et institutions de santé, mais aussi des organismes d'assurances maladie, une économie dont les comptes font l'objet d'une attention singulière et d'une politique malgré les difficultés inhérentes à sa nature. On peut tenter d'en cerner les évolutions et les principaux ressorts en France à travers l'analyse de la place de la santé sur le champ du politique, des relations entre les professionnels et les pouvoirs publics, enfin de l'évolution de l'action publique en matière de santé.

TABUTEAU Didier. Santé et politique en France. *Recherche en soins infirmiers*, 2012/2, N° 109, pp. 6-15. Disponible sur CAIRN.info.

Santé publique

Selon l'OMS, c'est « un concept social et politique qui vise une amélioration de la santé, une plus grande longévité et un accroissement de la qualité de vie de toutes les populations par le biais de la

promotion de la santé, de la prévention des maladies ainsi que par d'autres interventions afférentes à la santé »

Fondamentalement, la santé publique possède trois dimensions indissociablement liées :

- la santé publique est d'abord un objectif politique : préserver et améliorer l'état de santé de la population donnée vivant sur un territoire donné. Elle représente même une visée ultime pour l'État, ce que la Rome antique avait proclamé d'un lapidaire : *salus populi suprema lex*. La santé publique est une fin ;
- la santé publique est aussi une politique publique, c'est-à-dire l'application d'un ensemble cohérent et articulé de mesures, d'une législation et d'une réglementation, politique mise en œuvre par un dispositif institutionnel, administratif pour l'essentiel, mais aussi associatif ou libéral. La santé publique est un moyen ;
- la santé publique est enfin une démarche intellectuelle, marquée par la multidisciplinarité, mais où l'épidémiologie tient une place fondatrice et centrale. La santé publique est un mode de raisonnement.

MORELLE Aquilino, TABUTEAU Didier. *La santé publique*. Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?, 2015, p. 5.

La santé publique est un ensemble de savoirs, de savoir-faire, de pratiques et de règles juridiques qui visent à connaître, à expliquer, à préserver, à protéger et à promouvoir l'état de santé des personnes.

BOURDILLON François, BRÜCKER Gilles, TABUTEAU Didier. *Traité de santé publique*. Lavoisier Médecine Sciences, Collection Traités, 2016, 3^e édition, p. 4.

Bien-être

Le bien-être est ainsi la réalisation des buts et des valeurs qu'une personne a des raisons de poursuivre, qu'ils soient en rapport ou non avec son bien-être¹.

PERRET Bernard. Les indicateurs sociaux : essai de problématique. In *Les mesures du bien-être*, Informations sociales, 2004, n° 114.

Le bien-être existe sous deux dimensions, subjective et objective. Il s'agit d'une expérience individuelle de la vie ainsi qu'une comparaison des circonstances de la vie avec les normes et les valeurs sociales.

OMS. Mesure du bien-être et définitions d'objectifs à cet égard : une initiative du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Deuxième réunion du groupe d'experts, Paris, 25 et 26 juin 2012. Disponible sur euro.who.int.

¹ SEN Amartya. *Inequality Reexamined* Oxford India Paperbacks.

Socialisation

La socialisation c'est donc l'ensemble des processus par lesquels l'individu est construit – « formé », « modelé », « façonné », « fabriqué », « conditionné » - par la société globale et locale dans laquelle il vit, processus au cours desquels l'individu acquiert – « apprend », « intériorise », « incorpore », « intègre » - des façons de faire, de penser et d'être qui sont situées socialement.

DARMON Muriel. *La socialisation*. Édition Armand Colin, Collection 128 sociologie, 2016, 3^e édition, p. 6.

Processus par lequel les individus apprennent les modes d'agir et de penser de leur environnement, les intériorisent en les intégrant à leur personnalité et deviennent membres de groupes où ils acquièrent un statut spécifique. La socialisation est donc à la fois apprentissage, conditionnement et inculcation, mais aussi adaptation culturelle, intériorisation et incorporation.

FERREOL Gilles. *Dictionnaire de sociologie*. Édition Armand Colin, 1995, 315 p.

Normes

Les normes sont des règles qui régissent l'action des individus à l'intérieur des sociétés. Elles existent d'une part sous la forme de règles explicites, qui s'imposent officiellement aux individus et peuvent être de nature juridique (un texte de loi) ou réglementaire (le règlement intérieur d'un établissement scolaire). Ces règles explicites ont pris une importance croissante dans les sociétés modernes. Mais d'autre part, les règles implicites, intériorisées lors de processus de socialisation, importent tout autant et régissent la plupart des relations à l'intérieur des groupes restreints. Ainsi, le comportement des membres d'une famille doit respecter des règles non écrites, mais évidentes pour tous.

MONTOUSSE Marc, RENOARD Gilles. *100 fiches pour comprendre la sociologie*. Édition Bréal, 1997, p. 68.

Les normes sociales seraient ce qui assure en général le lien social (Durkheim, mais aussi Simmel ou Mauss). Elles seraient la manifestation de l'esprit collectif (Descombes). Elles consisteraient en des règles partagées (Wittgenstein, Goffman). Elles assureraient des effets performatifs, par lesquels le langage fait quelque chose au lieu de simplement dire quelque chose (Searle). Elles seraient la manifestation contraignante de valeurs (Durkheim et Mauss), voire tiendraient de l'imposition de contraintes qui forcent à avoir un comportement collectif.

LIVET Pierre. Normes sociales, normes morales et modes de reconnaissance. *Les sciences de l'éducation – Pour l'Ère nouvelle*. 2012, Vol 45, pp. 51-66. Disponible sur CAIRN.info.

Valeurs

Les valeurs désignent des principes de vie relatifs aux finalités d'existence et aux manières d'agir socialement désirables. Elles font référence à des espoirs individuels. Elles sont liées non seulement au concept d'intériorité du sujet (son histoire, ses croyances, ses représentations), mais aussi à une dimension sociale en tant que produit du fait social comme les relations interpersonnelles, les appartenances sociales, la position sociale (le statut, le rôle). Les valeurs transcendent les actions et les situations spécifiques. Elles sont liées de façon cohérente aux choix et aux actions des personnes dans un contexte socioprofessionnel en fonction des situations, des paramètres de l'environnement.

SCHWARTZ Shalom. Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications. *Revue Française de sociologie*, 2006, pp. 929-968. Disponible sur CAIRN.info.

Dans le champ de la sociologie et de la psychologie, les valeurs constituent un ensemble cohérent, hiérarchisé, s'inscrivant dans un système de valeurs. Elles décrivent les croyances et les convictions d'un individu ou d'un groupe dans une société. On parle de valeurs morales (le respect, le pardon, l'altruisme) et éthiques, de valeurs idéologiques (la politique), de valeurs spirituelles (la religion)... Les valeurs représentent des façons d'être et d'agir qu'un individu ou qu'un groupe reconnaît comme idéales et qui rendent estimables et désirables les êtres ou les conduites auxquelles elles sont attribuées. La plupart du temps elles orientent l'action du sujet en lui fixant des buts et des idéaux, en lui soumettant une morale de l'action afin qu'il puisse juger de ses actes tout en lui permettant de se construire une éthique personnelle.

PEOC'H Nadia, CEAUX Christine. Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé... L'apport compréhensif d'une recherche décisionnelle menée au CHU de Toulouse. *Recherche en soins infirmiers*, 2012, n° 108, pp. 53-66. Disponible sur CAIRN.info.

Identité sociale

Selon cet auteur [Henri Tajfel] l'identité sociale est liée « à la connaissance de son appartenance à certains groupes sociaux et à la signification émotionnelle et évaluative qui résulte de son appartenance ».

DEVOS Thierry. Identité sociale et émotions intergroupes. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 2005, pp. 85-100. Disponible sur CAIRN.info.

L'appartenance à un groupe est un état psychologique distinct de celui d'individu isolé. Elle confère une identité sociale, une représentation collective de « qui je suis » et de la manière dont ce « je » doit se comporter. Ces processus associés à l'identité sociale sont à l'origine des comportements de coopération, de conformité aux normes ou de discrimination.

BESSIS Franck, CHASERANT Camille, FAVEREAU Olivier, THEVENON Olivier. 11. *L'identité sociale de l'homo conventionalis*. In *L'économie des conventions, méthodes et résultats. Tome 1. Débats*, François Eymard-Duvernay. La Découverte, Collection Recherches, 2006, pp. 181-195. Disponible sur CAIRN.info.

Stratification sociale

Par stratification sociale on entend généralement le processus par lequel des individus, des familles ou des groupes sociaux sont rangés hiérarchiquement sur une échelle, les uns aux échelons supérieurs, les autres aux échelons inférieurs.

STAVENHAGEN Rodolfo. Classes sociales et stratification. *L'Homme et la société*, n° 8, 1968, pp. 201-211. Disponible sur persee.fr.

La stratification sociale désigne le découpage des sociétés humaines en catégories hiérarchisées, présentant en leur sein une certaine homogénéité, et qui résulte de l'ensemble des différences sociales associées aux inégalités de richesse, de pouvoir, de prestige ou de connaissance.

OSSOWSKI Stanilaw. *Class Structure in the Social Consciousness*. Édition Routledge & Kegan Paul, 1963, 217 p.

Cohésion sociale

Le Conseil de l'Europe définit la cohésion sociale comme la capacité de la société à assurer le bien-être de tous ses membres, en réduisant les disparités au minimum et en évitant la marginalisation, à gérer les différences et les divisions, et à se donner les moyens d'assurer la protection sociale de l'ensemble de ses membres.

Conseil de l'Europe. Nouvelle stratégie et Plan d'action du Conseil de l'Europe pour la Cohésion sociale. 2010, p.2. Disponible sur coe.int.

Dans la pensée durkheimienne, fonctionnalisme et organicisme sont indissociables. Néanmoins, la cohésion sociale est induite, de façon indirecte, par la participation de l'individu à des champs d'activités différenciés et par les solidarités (assurance chômage, vieillesse, protection sociale, etc.) que crée le travail salarié. La dimension d'intégration confère à la notion de cohésion sociale une portée plus compréhensive que celle du lien social. La cohésion sociale introduit des relations fonctionnelles. Davantage que le lien social, la fonctionnalité est le cœur de cette pensée de la cohésion sociale. Ce modèle décrit une société conçue comme une entité intégrée en inclusive, une communauté où l'égoïsme individualiste et les affrontements sociaux représentent des situations anormales, négatives.

GUIBET LAFAYE Caroline. *Cohésion sociale et lien social*. 2010, pp.5-6. Disponible sur archives-ouvertes.fr.

Intégration sociale

La notion d'intégration désigne la manière dont les individus s'incorporent à la société globale via l'activité professionnelle, l'apprentissage des normes de consommation matérielle, l'adoption des comportements familiaux et culturels, les échanges avec les autres, la participation aux institutions communes. Dans ces diverses dimensions de la vie sociale, les modalités de l'intégration peuvent être

décalées et même discordantes. Il faut souligner que le concept ne peut avoir d'utilité que s'il est pris dans le sens d'un mouvement : en effet, il ne désigne pas un état ou le résultat acquis de ce processus. De plus, il ne porte pas seulement sur les formes de participation de populations particulières à la société nationale, mais aussi sur l'évolution de cette dernière tout entière.

Dominique SCHNAPPER. L'intégration. Enjeux de connaissance et de politique. *Grande Europe*, n° 10, La Documentation française, DILA, 2009. Disponible sur ladocumentationfrancaise.fr.

L'intégration est la résultante d'un processus d'apprentissage et de développement qui implique :

- une fonctionnalité dans l'exécution des rôles sociaux appropriés à son groupe d'âge (travailleur, étudiant, ami, partenaire amoureux, citoyen) et à ses capacités ;
- une appartenance à des groupes dont le fonctionnement respecte les règles, les valeurs et les normes, morales et légales ;
- des relations adéquates, stables et réciproques avec ces groupes (dimension objective) dans lesquelles on se sent apprécié et investi en tant qu'individu (dimension subjective).

Cette définition de l'intégration sociale renvoie à plusieurs dimensions (relationnelle, professionnelle, scolaire, sociale, morale et légale) et elle rejoint la conception élargie de l'intégration sociale proposée par des sociologues français, De Gaulejac et Taboada dans *La lutte des places* (1994), qui découle de leurs recherches sur le phénomène de l'exclusion sociale.

KEABLE Pierre. *L'intégration sociale, un cadre conceptuel porteur de changements*. Deuxième congrès international des formateurs en travail social et des professionnels francophones de l'intervention sociale, 2007, pp. 3-4. Disponible sur aifris.eu.

Société

C'est d'une manière générale la communauté humaine plus ou moins complexe où l'on vit, où vivent les individus. Les hommes qui font partie d'une société présentent cette caractéristique d'avoir entre eux des rapports volontaires ou involontaires, explicites ou implicites, réels ou potentiels ; ils sont à quelque degré interdépendants et forment un groupe qui comporte généralement des sous-groupes plus ou moins consistants et entremêlés par les membres communs qu'ils comptent.

JANNE Henri. Introduction à la sociologie générale. *Revue de l'Institut de Sociologie*, n° 3, 1951, pp. 345-392. Disponible sur CAIRN.info.

Ensemble de mécanismes interdépendants assurant l'intégration ou la combinaison d'éléments opposés les uns aux autres ; l'individualisme des acteurs et l'intériorisation de normes institutionnelles au service de l'intégration collective. La société combine l'ordre et le progrès et aussi l'individualisme et la solidarité.

TOURAINÉ Alain. La sociologie après la sociologie. *Revue du MAUSS*, 2004, n° 24, pp. 51-61. Disponible sur CAIRN.info.

Groupes sociaux

Du sens premier « nœud », « assemblage », nous pouvons entendre d'une part ce qui réunit, relie entre eux plusieurs éléments et d'autre part, ce qui retient, emprisonne. Ce qui relie et/ou immobilise met en jeu la nature des rapports entre les parties d'un ensemble selon que ces rapports seront directs ou indirects. Dans une approche sociologique, l'objet groupe inclut outre ces ensembles caractérisés par des rapports interpersonnels, des ensembles médians tels que les classes sociales, associations et de très vastes ensembles sociaux (institutions, nation).

BARUS-MICHEL Jacqueline, ENRIQUEZ Eugène, LEVY André. *Vocabulaire de psychosociologie : positions et références*. Édition Érès, Collection Questions de société, 2013, p. 134.

La définition la plus précise qu'a élaborée Lewin du groupe se trouve [...] dans un article de 1940 (« *The Background of Conflict in Marriage* » republié par G. Weiss Lewin, 1948 ; p. 84) : « Il est de nos jours largement reconnu qu'un groupe est plus que, ou plus exactement, différent de la somme de ses membres. Il a sa propre structure, et des relations propres avec d'autres groupes. L'essence du groupe peut être caractérisée comme une "totalité dynamique" ; ceci signifie qu'un changement dans l'état d'une de ses sous-parties change l'état de n'importe quelle autre sous-partie. Le degré d'interdépendance des sous-parties de l'ensemble des membres du groupe varie le long d'un axe allant d'un amas flou (a loose mass) jusqu'à une unicité compacte. Ceci dépend, parmi d'autres facteurs, de la dimension, de l'organisation et de l'intimité du groupe. »

DE VISSCHER Pierre. Un construct égaré : celui de la dynamique des groupes restreints. *Les Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 2006, n° 70, pp. 53-61. Disponible sur CAIRN.info.

Liens sociaux

L'expression « lien social » est aujourd'hui employée pour désigner tout à la fois le désir de vivre ensemble, la volonté de relier les individus dispersés, l'ambition d'une cohésion plus profonde de la société dans son ensemble. [...]

Le lien social, quelles que soient les époques, a pour fonction d'unir les individus et les groupes sociaux et de leur garantir, par des règles communément partagées, une coexistence pacifique. [...] [...] quatre grands types de liens sociaux peuvent être distingués : le lien de filiation (entre parents et enfants), le lien de participation élective (entre conjoints, amis, proches choisis,...), le lien de participation organique (entre acteurs de la vie professionnelle) et le lien de citoyenneté (entre membres d'une même communauté politique).

PAUGAM Serge. *Le lien social*. Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?, 2018, pp. 4-6 et pp. 64-65.

[...] le lien social pour Durkheim consiste en la combinaison de deux types de relations entre les individus et la société – l'intégration et la régulation – exprimées statistiquement par deux variables liées, mais autonomes. Pour leur définition préliminaire, il suffit de choisir parmi les nombreuses formulations que nous en offre « *Le suicide* » [Durkheim, 1897] : l'intégration désigne « la manière dont les individus sont attachés à la société », la régulation « la façon dont elle les régleme ».

Fait social

Ils [Les faits sociaux] consistent en des manières d'agir, de penser et de sentir, extérieurs à l'individu, et qui sont douées d'un pouvoir de coercition en vertu duquel ils s'imposent à lui. Par suite, ils ne sauraient se confondre avec les phénomènes organiques, puisqu'ils consistent en représentations et en actions ; ni avec les phénomènes psychiques, lesquels n'ont d'existence que dans la conscience individuelle et par elle. Ils constituent donc une espèce nouvelle et c'est à eux que doit être donnée et réservée la qualification de sociaux.

DURKHEIM Émile. *Les règles de la méthode sociologique*. Presses Universitaires de France, Collection Quadriges, 1999, 10^e édition (1895), p.5.

Comment mesurer l'état de santé, de bien-être et la cohésion sociale ?

Indicateurs

Un indicateur est un élément mesurable qui fournit des informations sur un phénomène complexe. Il peut s'agir d'un chiffre isolé, mais c'est le plus souvent un taux ou un ratio.

BOURDILLON François, BRÜCKER Gilles, TABUTEAU Didier. *Traité de santé publique*. Lavoisier Médecine Sciences, Collection Traités, 2016, 3^e édition, p. 588.

La connaissance des situations sanitaires et sociales nécessite une objectivation des phénomènes qui renvoie à la question de la mesure de la quantification des phénomènes observés. L'indicateur, représentation chiffrée d'un phénomène, est tributaire des définitions retenues et des critères utilisés pour apprécier l'importance des problèmes sanitaires et sociaux. Les indicateurs peuvent être classés pour la plupart en trois catégories suivant leur finalité : les indicateurs d'activité permettent le suivi et la mise en œuvre des politiques, les indicateurs de résultats en mesurent les effets – l'évolution globale des phénomènes de santé ou de précarité par exemple – et enfin les indicateurs mixtes évaluent l'effort consenti par la collectivité et son impact.

RAYSSIGUIER Yvette, Gilles HUTEAU. *Politiques sociales et de santé : comprendre et agir*. Presses de l'EHESP, 2018, 3^e édition, 792 p.

Indicateurs composites

Un « *indicateur composite* » est une combinaison mathématique (ou « *agrégation* ») de plusieurs indicateurs qui représentent différentes dimensions d'un même concept. D'autres terminologies existent : il est également possible de parler d'index, de score ou d'indice d'agrégé.

La définition d'un indicateur composite donnée par la Commission européenne est la suivante : « *Les indicateurs composites sont basés sur des sous-indicateurs qui n'ont pas d'unité de mesure (significativement) commune* ». Pour construire un indicateur composite, plusieurs méthodes d'agrégation existent.

Depuis quelques années, un courant de recherche en sciences sociales élabore de nouveaux instruments visant à mesurer « la richesse », le « bien-être » collectif, les « inégalités », la « pauvreté », le « capital social », etc. Ces « nouveaux indicateurs de richesse » ont pour objectif d'apporter un éclairage différent de celui de l'indicateur dominant, le PIB, dont la croissance rythme les analyses économiques ainsi que les commentaires politiques et médiatiques. Dans ce courant de recherche, les indicateurs les plus novateurs sont des indicateurs dits composites ou synthétiques, qui reposent sur des techniques simples de normalisation et des calculs élémentaires de moyenne pondérée. Un indicateur composite est défini comme la moyenne pondérée de notes mesurées sur une même échelle obtenues dans différents domaines, à l'aide desquelles on cherche à rendre compte d'une réalité fondamentalement multidimensionnelle.

LEBARON Frédéric. La crise sociale à la lumière des « nouveaux indicateurs de richesse ». *Savoir/Agir*, 2009/2, n° 8, pp. 33-42. Disponible sur CAIRN.info.

Producteur de données

On entend par producteur de données toute personne ou organisation chargée de la création, de l'alimentation ou de la gestion d'une base de données ou d'un service en ligne décrivant, à l'aide de métadonnées, des documents, des ressources, des contenus, que ceux-ci soient disponibles sous formes numériques ou analogiques.

Ministère de la Culture et de la Communication. *Vadémécum pour les producteurs de données, version 1.0*. 2015, p.2. Disponible sur culture.gouv.fr.

Les producteurs de données traitent les données en fonction de l'utilisation qu'ils vont en faire et créent des fichiers de données cohérents. Ils préparent également la documentation des enquêtes et peuvent archiver et accorder l'accès aux fichiers de données pour garantir une utilisation ultérieure.

CAPORALI Arianna, MORISSET Amandine, LEGLEYE Stéphane. La mise à disposition des enquêtes quantitatives en sciences sociales : l'exemple de l'Ined. *Population*, 2015, Vol. 70, pp. 567-597. Disponible sur CAIRN.info.

Notion complémentaire

Exemple de producteurs de données en santé publique

La DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé et de la Solidarité) : Elle assure la collecte, l'exploitation et la diffusion des statistiques et produit des travaux de synthèse notamment « les comptes de la santé et de la protection sociale », « Données sur la situation sanitaire et sociale en France » et « Chiffres et indicateurs départementaux – CID ».

L'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) : De la biologie fondamentale à la santé publique, l'INSERM a pour champ de compétences toutes les dimensions fondamentales, médicales, cognitives, cliniques. Dans chacun de ses domaines d'activité, l'INSERM maintient des

exigences qualitatives et éthiques de haut niveau. Sa mission est d'améliorer la compréhension des maladies et de raccourcir les délais pour faire bénéficier les patients, le monde médical et les partenaires nationaux, mais aussi internationaux, des résultats de la recherche.

OSELE S. L'information et la documentation en santé publique. *Santé Publique*, 2001 n° 13, pp. 63-76.
Disponible sur CAIRN.info.

Disparités

La mesure des inégalités économiques se caractérise par la concentration et la dispersion des ressources (revenus et patrimoine). L'écart entre les valeurs centrales de plusieurs populations statistiques traduit les disparités qui existent entre celles-ci.

DUVOUX Nicolas. *Les inégalités sociales*. Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?, 2017, 128 p.

Les disparités de santé qui concernent les différents groupes sociaux interpellent directement la cohésion sociale² et des recherches³ tendent à montrer une corrélation entre l'état de santé d'une population et son groupe social de référence. Plus une société est inégalitaire, plus on rencontre une incapacité croissante à satisfaire les normes de réussite de son groupe. Cette perspective fait intervenir des éléments comme le capital social, le statut relatif, le soutien social, le revenu relatif, l'autonomie⁴... Autant d'éléments qui permettent de rendre compte plus finement de la dimension de gradient des inégalités sociales de santé. Autrement dit, si le niveau de revenu global (produit national brut) est un indicateur, c'est sa répartition (variance des revenus) qui reste la plus pertinente pour rendre compte des inégalités sociales de santé.

BASSET Bernard. *Agences régionales de santé - Les inégalités sociales de santé*. Éditions INPES, Collection Varia, 2008, p. 16.

Gradient social

Partout dans le monde, plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. À l'intérieur des pays, les données montrent qu'en général, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé : ce gradient social concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas. Il s'agit d'un phénomène mondial, que l'on constate dans les pays à

²BERKMAN L. F., KAWACHI I. A historical framework for social epidemiology. In : BERKMAN L. F., KAWACHI I. (dir.). *Social Epidemiology*, New York, Oxford University Press, 2000 : p. 3-12

³BUNGENER M., ULMANN P., BAZIN F., PARIZOT I., CHAUVIN P., PASCAL J. et al. Déterminants socio-économiques des inégalités de santé. *Sciences sociales et santé*, 2006 ; 24 (3) : p. 11-29 ; GOLDBERG M., MELCHIOR M., LECLERC A., LERT F. Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences sociales et santé*, 2002, 20 (4) : p. 72-128

⁴CLARK A., Utilité absolue ou utilité relative. *Revue économique*, 2000, 51 (3) : p. 459-71 ; SASS C., MOULIN J.-J., LABBE E., CHATAIN C., GERBAUD L. La fragilité sociale : un déterminant majeur des inégalités de santé. *Pratiques et organisation des soins*, 2007, 38 (2) : p. 139-46 ; NIEWIADOMSKI C., AÏACH P. Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles, Rennes, EHESP, 2008 : 282 p.

revenu faible ou intermédiaire comme dans les pays à revenu élevé. Le gradient social signifie que les inégalités en santé touchent tout un chacun.

Ainsi, si l'on examine les taux de mortalité des moins de cinq ans selon la richesse des ménages, on constate qu'il existe un lien entre la situation socio-économique et la santé. Plus le ménage est pauvre, plus la mortalité avant cinq ans est élevée. Dans les ménages appartenant au deuxième quintile le plus riche, le taux de mortalité des moins de cinq ans est plus élevé que dans ceux appartenant au premier quintile. C'est ce qu'on appelle le gradient social en santé.

OMS [\[site internet\]](#). Principaux concepts. Commission des déterminants sociaux de santé. 2008.

Le gradient social de la santé est un terme utilisé pour décrire le phénomène selon lequel les personnes moins favorisées en termes de position socio-économique ont une santé plus mauvaise (et une vie plus courte) que celles qui sont plus favorisées

Institute of Health Equity [\[site internet\]](#). *Social Gradient*, 2014.

Inégalités

L'inégalité sociale consiste en la répartition non uniforme, dans la population d'un pays ou d'une région, de toutes les sortes d'avantages et de désavantages sur lesquels la société exerce une influence quelconque [...]. Toute différence devient inégalité à partir du moment où elle est traduite en termes d'avantages et de désavantages par rapport à une échelle d'appréciation. Deux langues cessent d'être simplement différentes quand l'une est celle d'une minorité devant passer par la seconde pour faire passer ses idées, défendre ses intérêts, participer à la vie politique et économique de la nation. Deux chevaux de course cessent de n'être que différents par la couleur, l'allure, etc. et deviennent inégaux si l'un se classe régulièrement mieux que l'autre. (...). C'est à cette division de sociétés en couches ou classes inégalement favorisées que s'applique le plus couramment la notion de stratification : répartition inégale des droits, des pouvoirs, des richesses et de tous les autres avantages et désavantages entre les diverses fractions d'une population.

GIROD Roger. *Les inégalités sociales*. Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?, 1986, pp. 3-4.

Selon l'Observatoire des inégalités « on peut parler d'inégalités quand une personne ou un groupe détient des ressources, exerce des pratiques ou a accès à des biens et services socialement hiérarchisés », sous-entendu : « et qu'une partie des autres ne détient pas ». Que voulons-nous dire par là ? Cette définition mérite quelques explications.

D'abord, pour parler d'inégalités, il faut que l'accès aux biens, aux services ou aux pratiques puisse se classer, être valorisé de façon hiérarchique ; sinon, il ne s'agit plus d'inégalités, mais de différences. Une différence ne devient une « inégalité » que lorsque ce dont on parle peut être hiérarchisé.

MAURIN Louis. *Comprendre les inégalités*. Observatoire des inégalités, juin 2018, 128 p.

Épidémiologie

L'épidémiologie cherche à la fois à quantifier la fréquence d'un évènement de santé dans une population, et à déterminer ses causes biologiques et médicales, environnementales, socio-économiques, etc. L'objectif final est d'identifier, pour pouvoir les limiter ou les éliminer, les facteurs (polluants atmosphériques, alimentation, etc.) en cause dans la survenue de l'évènement de santé. Pour cela, les épidémiologistes recueillent des données, fondées sur l'observation de populations d'individus, sains ou malades, qui leur permettent d'estimer les différents niveaux d'exposition aux facteurs suspectés. [...] Différents types d'études épidémiologiques permettent de recenser l'évolution de la fréquence d'un évènement de santé et d'identifier des facteurs de risques associés. [...] Les connaissances issues de la recherche épidémiologique permettent de répondre aux préoccupations de santé publique suivantes : la surveillance sanitaire, la mesure de l'importance des problèmes de santé, l'identification des groupes à risques et des facteurs de risque, la recherche étiologique, c'est-à-dire celle des causes.

INSERM. *Repères en épidémiologie*. Presse de l'INSERM, 2009, p.2. Disponible sur presse.inserm.fr.

L'épidémiologie étudie la fréquence et la répartition dans le temps et dans l'espace des problèmes de santé dans des groupes humains, ainsi que le rôle des facteurs qui les déterminent. Elle contribue à la connaissance des maladies, des facteurs de risques, des comportements, dans un objectif d'aide à la décision en santé publique. On distingue classiquement trois branches de l'épidémiologie, qui se caractérisent par la nature des questions posées ainsi que par les méthodes utilisées :

- **l'épidémiologie descriptive**, dont l'objectif est la mesure de l'état de santé des populations, à partir des données obtenues exhaustivement ou grâce à des échantillons ;
- **l'épidémiologie analytique**, qui cherche à identifier les facteurs de risques des maladies et à quantifier leur importance. Cette identification est une condition nécessaire à la recherche de méthodes de prévention. Elle procède par comparaisons, principalement entre des groupes de sujets exposés à des facteurs ou non (on parle d'étude exposés -non exposés), ou entre des groupes de sujet malades ou non-maladies (on parle d'études cas-témoins) ;
- **l'épidémiologie évaluative ou d'intervention**, qui cherche à mesurer les résultats d'actions de santé menées par la collectivité.

BOURGKARD E, DEMANGE V, AUBRY C. L'épidémiologie en santé au travail (I) : définitions et concepts. *Document pour le médecin du travail*, Inrs, n° 112, 2007, p. 477. Disponible inrs.fr.

Comment émerge un problème de santé ?

Facteurs de risque

On appelle facteur de risque (ou facteur protecteur) tout facteur associé à la survenue d'une maladie. En d'autres termes, l'incidence observée d'une maladie (le risque) sera plus (ou moins, si protecteur) élevée dans un groupe de sujets exposés à un facteur de risque (ou protecteur) que dans un groupe non exposé à ce facteur. L'association ou la liaison entre l'exposition et la maladie est affirmée par

une analyse statistique visant à démontrer que l'excès de risque dans le groupe exposé est significatif. Si le facteur étudié est protecteur, l'incidence attendue est significativement plus faible.

BOURDILLON François, BRÜCKER Gilles, TABUTEAU Didier. *Traité de santé publique*. Lavoisier Médecine Sciences, Collection Traités, 2016, 3^e édition, p. 75.

Un facteur de risque est tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme. Les facteurs de risque les plus importants sont par exemple, le déficit pondéral, les rapports sexuels non protégés, l'hypertension artérielle, la consommation de tabac ou d'alcool, l'eau non potable, l'insuffisance de l'hygiène ou de l'assainissement.

OMS [[site internet](#)]. *Facteurs de risques*.

Déterminants

Selon la définition de l'OMS, les déterminants de la santé sont « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations ». Le dictionary of epidemiology en donne une définition proche : « un déterminant est un facteur, qu'il s'agisse d'un évènement, d'une caractéristique, ou de toute autre entité définissable, qui provoque un changement de l'état de santé ou d'une autre caractéristique définie ».

Ces définitions sous-tendent une relation de cause à effet entre le déterminant et l'état de santé. Cette relation causale peut être unifactorielle et directe ; cependant en santé publique, elle est plus souvent multifactorielle et indirecte, par l'intermédiaire d'une chaîne causale plus ou moins complexe. Le déterminant est l'un des concepts clefs sur lequel repose le principe de l'intervention en santé publique. En effet, c'est en agissant sur un ou plusieurs déterminants que l'on va influencer sur l'état de santé de la population.

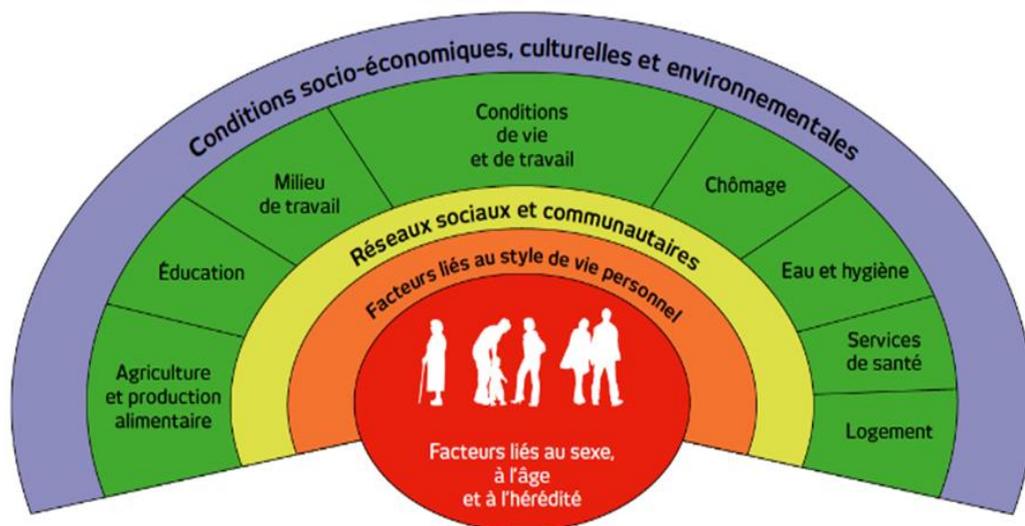
La notion de déterminant est souvent rapprochée de celle de facteur de risque. Pourtant ces deux notions recouvrent des concepts différents. Un facteur de risque est défini comme une caractéristique individuelle ou collective dont la présence est associée à une modification de la probabilité (ou risque) de survenue d'un évènement de santé (selon le sens de la relation, on parle de facteur de risque ou de facteur protecteur). La relation est ici probabiliste ou statistique, sans préjuger d'une éventuelle causalité.

Ainsi le terme de déterminant est généralement utilisé pour définir les facteurs pour lesquels une relation de causalité avec la santé a pu être mise en évidence ou est du moins supposée ; le terme de facteur de risque est utilisé quant à lui pour désigner un facteur pour lequel on a pu mettre en évidence une relation statistiquement significative avec la santé, sans que cette relation implique nécessairement causalité.

BOURDILLON François, BRÜCKER Gilles, TABUTEAU Didier. *Traité de santé publique*. Lavoisier Médecine Sciences, Collection Traités, 2016, 3^e édition, p.15

Pour promouvoir la santé, il faut donc agir sur les déterminants de la santé, qui sont « les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (OMS, 1999). Dès 1974, le rapport Lalonde, à l'origine du concept de promotion de la santé, a permis de dégager quatre grandes familles de déterminants, à savoir la biologie

humaine, les facteurs environnementaux, les habitudes de vie, et l'organisation des soins de santé (Lalonde, 1974). Depuis, d'autres représentations de déterminants ont été élaborées.



Le modèle de Dahlgren et Whitehead représente les différents niveaux d'influence de nombreux facteurs ayant des effets sur la santé et sur lesquels il est possible d'agir (voir figure). Au centre en orange, on trouve les facteurs non modifiables, relatifs aux caractéristiques personnelles des individus comme l'âge ou les gènes. Le premier demi-cercle en marron met en évidence l'influence des comportements individuels sur la santé (tabagisme, alimentation non équilibrée, etc.). Le niveau supérieur en rouge est celui des influences venant des relations sociales, les réseaux sur lesquels les individus peuvent compter, qui peuvent constituer un soutien psychologique. Le niveau en bleu est relatif aux conditions matérielles et structurelles locales influençant l'état de santé comme la qualité d'un logement ou l'accès à l'emploi. Le dernier niveau indique les conditions générales socio-économiques, culturelles et environnementales nationales voire internationales, sur lesquelles l'individu n'a que très peu d'influence.

Il est donc primordial d'agir sur ces sphères d'influence. Pour améliorer la santé de la population, agir directement sur les comportements n'est pas la seule option pour les collectivités. En effet, les comportements sont, comme l'a montré la figure, influencés par d'autres facteurs plus globaux (comme un réseau d'amis qui fument, l'accès à des équipements sportifs,...).

Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. *Agir sur les déterminants de la santé : les actions des Villes-Santé*. Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2015, pp. 11-12. Disponible sur villes-sante.com.

Déterminants sociaux et environnementaux

Les déterminants sociaux de la santé (DSS) peuvent être compris comme les conditions sociales dans lesquelles les personnes vivent et travaillent. Leur étude s'attache à montrer l'impact du contexte social sur la santé, mais aussi les mécanismes par lesquels ces déterminants l'affectent. Ce concept trouve ses sources dans les années 1970, à partir de critiques suggérant que la recherche et l'action publique devraient être dirigées plus vers les sociétés dans lesquelles les individus vivent que vers les individus eux-mêmes. Il s'agissait de passer d'un service fourni aux personnes lorsqu'elles étaient malades à un programme de santé publique qui les aiderait à rester en bonne santé. Les DSS conditionnent la façon dont une personne dispose des ressources physiques, sociales, économiques et personnelles pour satisfaire ses besoins, ses aspirations et s'adapter à son environnement. Si la question des DSS évoque les ISS, il est important de faire une distinction entre DSS et déterminants sociaux des inégalités sociales de santé (ISS). Certaines interventions peuvent avoir pour effet

d'améliorer l'état de santé moyen d'une population, tout en aggravant dans le même temps les inégalités sociales de santé. Les exemples, liés à l'introduction d'innovations qui ont eu pour résultat d'accroître les inégalités, ne manquent pas.

LANG. Thierry. Inégalités sociales de santé. *Les tribunes de la santé*, Presses de Sciences Po, n° 43, 2014, pp. 31-38. Disponible sur CAIRN.info.

La définition de l'environnement aujourd'hui utilisée en santé environnementale dans la plupart des publications internationales ne se réduit pas à la pollution des milieux, elle englobe tous les agents physiques, chimiques et biologiques « externes » à l'individu, c'est-à-dire auxquels il est « exposé ». Cette distinction des types d'agents selon leur nature est également celle du Circ (Centre international de recherche sur le cancer) pour sa classification des agents cancérigènes. L'Institut national du cancer américain (National Cancer Institute) et l'Institut national des sciences de l'environnement et de la santé (National Institute of Environmental Health Sciences), dont l'expérience et les travaux sont anciens dans ce domaine, explicitent cette notion pour le grand public dans un document publié en 2003. Ils décrivent les facteurs « externes au corps », qui incluent le tabagisme actif, les virus, une mauvaise nutrition, les traitements médicaux, les substances chimiques de l'environnement, etc., par opposition aux facteurs « internes au corps », qui incluent les facteurs génétiques, l'état hormonal et immunitaire. Ces termes recouvrent en fait la notion médicale de facteurs exogènes et endogènes.

LE MOAL Joëlle, EILSTEIN Daniel, SALINES Georges. La santé environnementale est-elle l'avenir de la santé publique ? *Santé Publique*, SFSP, 2010, vol. 22, pp. 281-289. Disponible sur CAIRN.info.

Les déterminants environnementaux représentent un ensemble des facteurs extérieurs au corps humain qui ont une incidence sur la santé et qui échappent en tout ou en partie à la maîtrise de chacun.

BOURDILLON François. *Traité de prévention*. Éditions Médecine-Sciences Flammarion, Collection Traité, 2009, 422 p.

Préoccupation

Souci, inquiétude qui occupe l'esprit, le discours et qui est donc visible dans les interventions des acteurs, dans les médias.

Pour aller plus loin

Exemples de prise en compte, de recherche ou d'identification des préoccupations de la population

L'ARS et la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie ont mené une enquête auprès de la population pour connaître ses préoccupations en matière de santé sur les 10 ans à venir. Ces informations alimentent les réflexions de co-construction du Projet régional de santé 2e génération.

[ARS Centre-Val de Loire](#). Préoccupations de la population en matière de santé : les résultats. Communiqué de presse, juillet 2017

Données annuelles de 2007 à 2018 sur les préoccupations des Français.

[Insee](#). Préoccupations des Français selon le sexe en 2018. Décembre 2018.

Illustration sur l'approche des préoccupations d'une société

Au début du XVIII^e siècle, un changement important se produit. [...] L'État commence à s'intéresser à la santé de la population en tant que telle. Il se préoccupe du contrôle des naissances, des politiques natalistes, des problèmes de morbidité, du vieillissement. En somme, il demeure attentif à tous les phénomènes qui réduisent la capacité de travail des individus : les maladies endémiques, la vieillesse, les infirmités, les accidents et les anomalies diverses. [...]

CONTANDRIOPOULOS A-P. La réforme du système de santé : un enjeu de société. *Santé, Société et Solidarité*, 2008, n° 2, pp. 31-40. Disponible sur persee.fr.

Risque

Le risque est la conséquence aléatoire d'une situation, mais sous l'angle d'une menace, d'un dommage possible. À la différence du même aléa perçu sous un jour favorable qui serait plutôt une chance. (...) Risque et incertitude ont un domaine sémantique qui se recouvre, et ils sont souvent utilisés comme des synonymes. Une approche plus méticuleuse en matière de gestion des risques les distingue cependant (Knight, 1964). Le risque est une incertitude quantifiée, il témoigne d'un danger potentiel susceptible de naître d'un événement ou d'un concours de circonstances, mais il n'est qu'une éventualité, il peut ne pas se produire dans une situation envisagée. Des statistiques mettent en évidence ses probabilités d'occurrence. Il est une mesure de l'incertitude. L'incertitude diffère de cette acception puisqu'elle traduit justement une absence radicale de connaissance à son propos. Certes, il y a peut-être un danger, mais il n'est pas identifié, et il n'y en a peut-être aucun. L'ignorance domine encore. On sait seulement que pour l'instant on ne sait pas. Ce n'est que dans le développement des choses que le danger ou l'innocuité se révélera.

LE BRETON David. *Sociologie du risque*. Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?, 2017, pp. 3-4.

L'étymologie du terme « risque » permet de retracer son histoire. Ce n'est pas qu'un nouveau mot pour exprimer l'idée de danger : le risque est un danger sans cause, un dommage sans faute, qui pourtant devient prévisible et calculable. Le succès de cette nouvelle conception du danger est inséparable des développements de la statistique publique et du calcul des probabilités. Il témoigne d'une nouvelle volonté de contrôler les caprices de la nature et du destin.

PERETTI-WATEL Patrick. *La société du risque*. Éditions La Découverte, Collection Repères, 2010, p. 6.

Risque sanitaire

On appelle risque sanitaire un risque immédiat ou à long terme représentant une menace directe pour la santé des populations nécessitant une réponse adaptée du système de santé. Parmi ces risques, on recense notamment les risques infectieux pouvant entraîner une contamination de la population (Ébola, pandémie grippale,...).

Risques prévention des risques majeurs [[site internet](#)]. *Risques sanitaires*.

En épidémiologie, le concept de risque s'applique à la survenue d'une maladie (ou tout évènement de santé) et se mesure en pratique par l'incidence. Appliqué à un individu donné, ce risque équivaut à une probabilité. Mais cette équivalence entre risque et incidence doit être bien comprise. Observer, par exemple, une incidence de 1 cas de maladie X pour 1000 personnes par an signifie-t-il qu'un individu du groupe étudié aura une chance sur mille de contracter la maladie X au cours de l'année future ? Cette probabilité a été calculée par une mesure d'incidence effectuée dans le passé sur un groupe de sujets.

Assimiler un risque probable à une incidence mesurée suppose donc que :

- les conditions de transmission de la maladie ne changent pas ;
- l'individu auquel s'applique ce risque soit un individu théorique « moyen » représentatif de l'ensemble des individus de la population étudiée.

Le risque réel d'un individu particulier qui dépend de toutes ses composantes personnelles n'est pas calculable.

L'emploi du terme « risque » est donc particulièrement délicat. Il faut distinguer le risque calculé (donc théorique), le risque réel pour un individu (non calculable) et le risque ressenti subjectivement par chaque individu et par les groupes sociaux. Ce risque ressenti (ou perçu) par le public est fort éloigné du risque calculé par un épidémiologiste.

BOURDILLON François, BRÜCKER Gilles, TABUTEAU Didier. *Traité de santé publique*. Lavoisier Médecine Sciences, Collection Traités, 2016, 3^e édition, p. 75.

Alerte sanitaire

Signal validé pour lequel, après évaluation du risque, il a été considéré qu'il représente une menace pour la santé des populations et qui nécessite une réponse adaptée.

ILEF Danièle. La veille et l'alerte sanitaires en France. INVS. 2011, p. 11. Disponible sur solidarites-sante.gouv.fr.

L'alerte sanitaire est une composante de la surveillance épidémiologique, qui vise à détecter le plus précocement possible tout évènement sanitaire anormal représentant un risque potentiel pour la santé publique, quelle qu'en soit la nature, afin de mettre en place, si nécessaire, des mesures de protection de la santé des populations.

Selon, Santé publique France, un système d'alerte implique en routine la mise en œuvre des actions suivantes :

- recueil de signaux de toute nature ;
- vérifications d'informations ;
- analyse de données sanitaires ;
- mise en place de mesures de contrôle immédiates au niveau local ;

- mise en œuvre de moyens de diagnostic étiologique ;
- confirmation et investigation des épidémies ;
- transmission de l'alerte au niveau national, voire international.

TUFFREAU François. *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale*. Presses de l'EHESP, 2013, 2^e édition, p. 39.

Crise sanitaire

Pour les autorités publiques, la crise renvoie en effet à son étymologie, krisis, qui signifie « *décision* ». En situation de crise, la population se tourne légitimement vers les gouvernants pour connaître leurs décisions, les réponses qu'ils vont apporter pour tenter de réduire l'intensité de la menace ou de la catastrophe. Le lien avec la réforme est alors immédiat.

La réforme c'est, pour reprendre les termes du Grand Robert, la transformation politique, institutionnelle ou législative d'un système réalisée « *afin de l'améliorer, d'en obtenir de meilleurs résultats* ». Mais il faut également se souvenir de l'origine première du mot. La réforme, c'est le « *rétablissement de la discipline primitive dans un ordre religieux* » et, plus généralement, pour une personne, « *le retour au devoir, à la piété* ». Le retour à la norme en quelque sorte, quand la crise est la situation hors normes...

TABUTEAU Didier. Crises et réformes. *Les Tribunes de la santé*, Presses de Sciences Po 2009, n° 22, pp. 19-40. Disponible sur CAIRN.info.

Selon Patrick Lagadec, « Une alerte n'est pas nécessairement une crise et toutes les urgences sanitaires ne débouchent pas sur des situations de crise. Pour que celle-ci existe, il faut que la situation soit confuse, que les décideurs soient pris au dépourvu et sans vision claire des enjeux, qu'ils soient débordés, déstabilisés, décrédibilisés, mis en cause sur leurs valeurs ou leurs pratiques. Ce qui signe la crise, c'est la perte de crédibilité et de confiance dans un contexte d'intenses controverses médiatisées stigmatisant tel(s) ou tel(s) acteur(s). Le nœud du problème c'est la question de l'incertitude de son traitement. »

Trois types de crises sanitaires sont survenus en France, classement effectué en fonction des erreurs commises :

- « Erreur diagnostic, de traitement des signaux faibles ou négligences entraînant un retard à l'action ou une anticipation insuffisante des risques (vache folle, Érika, canicule, vaccin contre l'hépatite B, Chikungunya, Médiator) ». Mais également, « les erreurs d'expertise (transmission transfusionnelle du sida), parfois en raison d'un biais introduit par les acteurs économiques (amiante, hormone de croissance), parfois liés à une analyse erronée ou incomplète des données scientifiques disponibles, » ;
- « Erreur de communication, par volonté de rassurer à tout prix ("nuage de Tchernobyl") » ;
- « Erreur de stratégie d'intervention devant une menace incertaine (pandémie grippale) ».

DAB Willian. Des crises sanitaires, pourquoi ? *Santé, quel bilan ?*, Cahier français, n° 369, juillet-août 2012, pp. 31-36.

Problème de santé

Le problème de santé se définit par sa nature et représente l'écart entre un état de santé physique, mental, social constaté, observé, exprimé et un état de santé considéré comme souhaitable, attendu, défini par des références médicales élaborées par des experts, le législateur, etc. ou des normes sociales élaborées par des équipes, la société, etc.

BAUMANN M, CAO M-M. Diagnostic de santé d'une population et action humanitaire : un guide pratique. *Santé publique*, 1999, Volume 11, n° 1, pp. 63-75.

Comment émerge un problème de social ?

Problème social

Un problème social est une condition sociale considérée comme « indésirable » par une société ou par certains secteurs de cette société, dans la mesure où cette condition représente une menace de quelque sorte : explicite, valeurs, normes. La condition ou la situation sociale peut être jugée comme problématique quand elle ne correspond pas à ce qu'on pense qu'elle devrait être.

NOCELLA Luisa, JAMROZIK Adam. *The sociology of social problems*. Cambridge University Press, 1998, 241 p.

Un problème social est une situation considérée comme étant incompatible avec les valeurs d'un nombre significatif de personnes qui prônent des actions ou des interventions pour changer la situation.

RUBINGTON Earl, WEINBERG Martin. *The study of Social Problems : Seven Perspectives*. Oxford University Press, 1989. 7^e édition, 400 p.

Précarité

La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible.

WRESINKI Joseph. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal officiel de la République Française, Avis et Rapport du Conseil Économique et social, 1987, p. 6. Disponible sur lecese.fr.

Tout d'abord, le pluriel semble d'emblée nécessaire dans la mesure où les précarités s'explicitent par plusieurs dimensions et s'inscrivent dans divers domaines d'existence. D'autre part, ce terme renvoie de facto à des personnes qui se trouvent en situation de précarité et donc aux « précaires ». Pluralité

tout autant indispensable tant les situations rencontrées sont diversifiées et singulières et qui entraîne « une autre difficulté à caractériser les personnes concernées ». Par ailleurs, les liens entre précarité et pauvreté restent toujours très étroits et les deux termes sont souvent employés de façon indifférenciée par les auteurs, sans doute parce que, dans leurs parcours de vie, les « précaires » sont aussi ceux qui sont « pauvres » ou le deviennent en raison de la faiblesse de leurs revenus et de leurs moyens d'existence ; être dans la précarité signifie souvent se retrouver à la lisière de la pauvreté. Il y a donc de la complexité à définir la précarité et à reconnaître les précaires, mais plusieurs lignes directrices sont repérables. La plus saillante, sans doute, renvoie à la nécessité de parler de précarité en termes de « processus » et non d'« état », dans la mesure où elle touche des individus ; il s'agit bien d'un processus de précarisation de ces personnes. Nécessité de s'appuyer sur une approche multidimensionnelle de la précarité. Nécessité aussi de prendre en compte la dimension subjective des personnes en situation de précarité, pour aller au-delà « d'un dénombrement purement statistique et catégoriel ». Nécessité enfin de ne pas isoler les précaires du système social dans lequel ils sont inscrits.

ZAOUCHE GAUDRON Chantal, SANCHOU Paule. Introduction. *Empan*, édition Érès, n° 60 « Précarités », 2005, pp. 10-13.

Pauvreté

Selon le Conseil européen, sont considérées comme pauvres les personnes dont les ressources (matérielles, culturelles et sociales) sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans la société.

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. *Les Travaux de l'Observatoire 2000*. P. 25. Disponible sur onpes.gouv.fr.

Expression d'une fracture sociale grave séparant les bénéficiaires de la croissance de ceux qui en sont exclus, les pauvres constitueraient un ensemble spécifique aux marges de la société vis-à-vis desquels il convient de penser des politiques spécifiques.

BEC Colette. *L'Assistance : un projet de socialisation et d'émancipation ou un programme de correction des défaillances individuelles ?* Association Départementale pour la Sauvegarde de l'enfant à l'adulte d'Eure et Loir, Intervention de Colette BEC, à Chartres le 26 mars 2007, p. 14. Disponible sur adsea28.org.

Processus d'exclusion

D'une façon générale, tous les phénomènes d'exclusion comportent d'ailleurs la même leçon : l'approche statistique classique est inadéquate à leur compréhension. Un rapport du Commissariat général du Plan⁵ l'a récemment souligné avec force. Cela n'a aucun sens d'essayer d'appréhender les exclus comme une catégorie. Ce sont les processus d'exclusion qu'il faut prendre en compte. La situation des individus concernés doit en effet être comprise à partir des ruptures, des décalages et

⁵*Exclus et exclusions : connaître les populations, comprendre les processus*, sous la direction de Philippe NASSE, Commissariat général du Plan, Paris, janvier 1992, Rapport du groupe technique quantitatif sur la prospective de l'exclusion.

des pannes qu'ils ont vécus. Ce sont des écarts et des différences qui les marquent et non pas des positivités descriptives ordinaires (revenu, profession, niveau de formation, etc.).

RONSAVALLON Pierre. La nouvelle question sociale. Repenser l'État-providence. Édition du Seuil, 1995, p. 202.

L'exclusion fait référence à l'ensemble des mécanismes de ruptures qui empêchent les personnes de participer pleinement à la vie sociale et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle se caractérise par une mise à l'écart durable des mécanismes habituels d'intégration depuis la possibilité d'une embauche jusqu'à la capacité de nouer des relations et par là même leur interdit d'être reconnues comme membres à part entière de la société. Elle est l'aboutissement de différents processus de fragilisation de liens sociaux où facteurs individuels et contextuels interagissent.

RAYSSIGUIER Yvette, JEGU Josianne, LAFORCADE Michel. *Politiques sociales et de santé - Comprendre et agir*. Presses de l'EHESP, 2012, 2^e édition, 792 p.

Pour aller plus loin

Exclusion sociale

L'exclusion peut se définir comme un phénomène social qui met à l'écart un individu ou un groupe d'individus qui présentent des différences ou des manques jugés invalidants. L'exclusion met un individu « hors-jeu », le disqualifie du jeu des rapports sociaux.

WRESINKI Joseph. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. *Journal officiel de la République Française, Avis et Rapport du Conseil Économique et social, 1987, p. 6*. Disponible sur lecese.fr.

L'exclusion est le produit ou le résultat d'un défaut de cohésion sociale globale ; dans une acceptation plus individualisée, l'exclusion est le produit ou le résultat d'un défaut d'insertion ou d'intégration.

BARREYRE Jean-Yves, BOUQUET Brigitte. *Nouveau Dictionnaire Critique d'Action Sociale*. Édition Bayard, Collection Travail social, 2006, 637 p.

La notion d'exclusion ou d'exclu(s) est à la fois une notion « molle » et « dangereuse ».

- Notion « molle » d'abord, parce que très peu analytique. Sous l'étiquette « d'exclus » sont en effet rangées une multitude de trajectoires de vie individuelles et/ou collectives particulières : chômeurs de longue durée, jeunes des banlieues déshéritées, familles en situation de pauvreté, minimexés, enfants en décrochage scolaire durable... Or quelles similitudes ces trajectoires ont-elles entre elles ? Qualifier l'ensemble de ces situations par le seul terme d'exclusion ne permet ni descriptions pointues ni compréhension en profondeur des logiques de relégation propres à chaque situation ou type de situation.
- « Dangereuse » ensuite, parce que cette notion tend à figer des parcours en un ensemble de situations de fait, à les autonomiser en « situations – limites ». L'exclusion est immobile. Elle désigne un état, ou plutôt des états de privation. Dans cette perspective, que Castel qualifie de « substantialiste », l'exclusion porte en elle-même ses propres causes, le risque étant par conséquent de renvoyer aux « exclus » la responsabilité de leur propre situation. Or, l'ensemble des situations qualifiées d'exclusion ne peuvent acquérir de sens et donc devenir compréhensibles que si elles sont resituées dans des processus ou des dynamiques sociales dont elles ne sont que l'aboutissement ultime. Comme l'écrit Castel, la condition faite à ceux qui sont

« out » dépend toujours de la condition de ceux qui sont « in ». Ce sont toujours les orientations prises aux foyers de décision - en matière de politique économique et sociale, de management des entreprises, de reconversions industrielles, de recherche de la compétitivité, etc. - qui se répercutent comme une onde de choc dans les différentes zones de la vie sociale.

KARSZ Saül, AUTES Michel, CASTEL Robert, ROCHE Richard, SASSIER Monique. *L'exclusion définir pour en finir*. Édition Dunod, 2000, p. 21.

PROTECTION SOCIALE

Qu'est-ce que la protection sociale ?

Risques sociaux

Les risques sociaux sont des événements dont la survenance est incertaine, pouvant porter atteinte à la sécurité financière des personnes, soit en empêchant l'accès au revenu (maladie, invalidité, vieillesse, chômage,...), soit en entraînant des dépenses particulières (santé, charges familiales,...). Ces risques ont ainsi pour conséquence de diminuer le revenu d'un ménage ou de diminuer la capacité de travail d'un individu ou de la priver d'effet.

Les risques sociaux peuvent être d'origine professionnelle (accident de travail et maladie professionnelle) ou non professionnelle (maladie, maternité, vieillesse, invalidité, incapacité, décès, chômage). Il est également possible d'élargir la notion de risque social à l'intégralité des risques pris en charge par l'aide sociale : pauvreté, perte du logement,...

CAVILLE Jean-Philippe. *La protection sociale en 170 questions. Droits, Prestations, Bénéficiaires*. GERESCO, Collection l'essentiel pour agir, mars 2015, 4^e édition, p. 13.

Une autre idée visionnaire de Pierre Laroque est également de protéger « chaque famille contre tous les facteurs d'insécurité, aussi bien ceux qui sont actuellement connus que ceux qui peuvent apparaître dans l'avenir ». De fait, les risques de protection sociale sont montés en charge progressivement, à des rythmes différents selon l'expression des besoins sociaux.

Le risque famille a été l'un des premiers identifiés et généralisés. Parallèlement le risque accidents du travail et maladies professionnelles a été intégré à la branche maladie, cœur de la sécurité sociale. Le risque vieillesse-survie, autre grand pilier du système, qui vise à protéger les travailleurs à la retraite et leurs ayants droits mais aussi toute personne âgée, s'est construit plus lentement et reste aujourd'hui assez fragmenté. Plus récemment ont émergé des problématiques nouvelles. Elles n'ont pas été intégrées à la sécurité sociale stricto sensu, mais elles constituent néanmoins des éléments essentiels de notre protection sociale : il s'agit en particulier de l'assurance chômage, des dispositifs mis en œuvre pour aider les plus modestes à se loger et de la lutte contre la pauvreté des personnes durablement éloignées du marché du travail.

MIKOU Myriam, SOLARD Julie, ROUSSEL Romain. La montée en charge des risques sociaux depuis 1945. In *La protection sociale face à ses défis, 70^e anniversaire de la sécurité sociale*. Érès, Collection Vie sociale, n° 10, 2015. p. 110.

Principes

Liberté, égalité, fraternité, les principes de la république pourraient être les principes fondateurs des politiques sociales, sous réserve d'y ajouter la justice sociale et d'élargir la notion de liberté. Depuis les années 1940-1950, les politiques sociales s'appuient plus explicitement sur des principes de solidarité et d'accès aux droits. Ces principes font suite à ceux de charité et de bienfaisance qui animaient l'action des siècles précédents. [...]

La solidarité est au fondement du système français de protection sociale : solidarité entre génération pour le régime des retraites, solidarité nationale en direction des personnes défavorisées, solidarité de proximité à travers l'aide sociale départementale ou l'action communale.

La solidarité apparaît en tant que mode d'action publique par opposition à la charité apportée au nom d'idéaux religieux ou politiques. Elle s'en différencie par son caractère légal qui lui donne une puissance universelle. Ce n'est pas un jugement moral qui détermine l'accès au bénéfice à la solidarité, mais une situation objective, identifiée dans les textes légaux et réglementaires. Cette rationalisation juridique sort l'action sociale de la subjectivité.

LÖCHEN Valérie. *Comprendre les politiques sociales*. Dunod, 5^e édition, 2016, pp. 7-8.

La réalisation de cette ambitieuse reconfiguration sociale requiert la mise en œuvre effective de principes fondamentaux. Le principe d'universalité doit se traduire par l'extension du champ de la protection à l'ensemble de la population et à toutes les éventualités (chômage, maladie,...). Le principe d'unité est le pendant institutionnel de cette généralisation. Pour Laroque, « *l'unité de la Sécurité sociale [...] n'est à cet égard que l'affirmation d'une solidarité nationale indiscutable* ⁶ ». L'unité doit se traduire en premier lieu par l'inscription dans une seule organisation des législations antérieures sur les assurances sociales, les allocations familiales et les accidents du travail. Une caisse unique par circonscription aura en charge l'ensemble des risques, car, au-delà de leurs différences, leurs conséquences sur les individus sont homologues. De même, les prestations malgré leur diversité ont de fait une unique visée : « permettre à tous les individus de développer au maximum leurs possibilités propres ⁷ ». En découle très logiquement, l'unité au plan financier et au plan technique des modes de gestion ⁸. Enfin, le principe d'uniformité vise l'attribution à chacun des mêmes prestations. Ces principes concourent à un même objectif, l'intégration ou la constitution de la société autour d'un partage de valeurs, d'une communauté de droits et d'obligations.

BEC Colette. *La sécurité sociale, une institution de la démocratie*. Gallimard, Collection Bibliothèque des Sciences Humaines, 2014, pp. 139-140.

⁶LAROQUE [s.d. (fin juillet-début août 1945, p3), 2003, p58

⁷Ibid.

⁸« Ce regroupement s'accompagne d'une simplification administrative considérable à la fois par la fusion et la coordination d'organismes complexes et enchevêtrés et par le recouvrement simultané sur une même base de cotisations aujourd'hui multiples et obéissant chacune à des règles propres. Organisation unique, cotisation unique, telles sont les lignes essentielles du texte nouveau. Cette unité de la sécurité sociale s'entend en un double sens : d'une part, elle signifie que tous les facteurs d'insécurité doivent être couverts par des institutions communes ; d'autre part, elle signifie que, dans un même cadre géographique, il ne peut et doit exister qu'une seule institution couvrant l'ensemble des bénéficiaires » (exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945).

Techniques

Il existe plusieurs techniques de protection contre les risques sociaux :

- l'épargne (individuelle et collective), dont l'impact est limité par l'incapacité individuelle d'épargne et le contexte économique ;
- l'assistance, dont la principale manifestation collective date de l'ancien régime, qui rejoint la charité (et ses limites) et plus spécifiquement l'aide sociale telle qu'elle existe actuellement ;
- la responsabilité civile, qui permet une réparation de préjudice imputé à un tiers (si tant est qu'il existe et qu'il soit solvable) ;
- la prévoyance collective : deux procédés sont traditionnellement attachés à cette notion : l'assurance (paiement d'une prime) et la mutualité (paiement d'une cotisation) qui mènent au versement d'une indemnité en cas de réalisation du risque. Ces deux procédés consistent ainsi en la répartition du risque entre les membres d'une communauté qui s'assurent les uns les autres en contrepartie du paiement d'une prime/cotisation. Ce mécanisme est proche de celui des assurances sociales actuelles.

CAVAILLE Jean-Philippe. *La protection sociale en 170 questions. Droits, Prestations, Bénéficiaires*. GERESCO, Collection l'essentiel pour agir, mars 2015, 4^e édition, pp. 17-18.

Il existe plusieurs techniques de prise en charge des risques sociaux qui s'articulent autour de la notion de responsabilité et de solidarité.

Les techniques relevant de la responsabilité, elles sont au nombre de trois :

- la responsabilité : elle crée l'obligation de compenser un dommage causé par sa faute ; elle s'utilise partout dans les accidents du travail, où le paiement constitue la sanction du risque, et commence à s'exercer pour financer les risques exacerbés par le « risque moral », comme le tabagisme et les accidents de la route ;
- la prévoyance : elle consiste à constituer un patrimoine utilisable en cas de besoin ; c'est la capitalisation pour la retraite, pour les décès, etc. ;
- l'assurance : elle garantit, moyennant le versement d'une prime dépendant du niveau d'exposition. Au risque, une couverture en cas de réalisation de risques convenus. [...]

Trois techniques basées sur le principe de solidarité :

- la mutualité : elle reprend le principe de l'assurance, mais s'en différencie par le mode de calcul de la contribution du mutualiste qui est indépendant du niveau d'exposition au risque (cotisation soit forfaitaire, soit proportionnelle aux revenus) ;
- la sécurité sociale : il s'agit d'une assurance obligatoire dont les cotisations sont proportionnelles aux revenus (cotisations salariales et patronales, cotisation sociale généralisée) ;
- l'assistance : c'est la forme ultime de solidarité qui s'exerce à l'égard de ceux qui ne peuvent contribuer à son financement. La couverture du risque n'est donc pas soumise à une quelconque contrainte d'affiliation.

BIMES-ARBUS S., LAZOTHES Y., ROUGE D. *Sciences humaines et sociales*. Masson, Collection Abrégés, 2006, p. 75.

Techniques de protection sociale (Assurance - Assistance)

On distingue de façon classique l'assurance sociale de la solidarité dont la forme la plus ancienne est l'assistance : l'assurance sociale assure la répartition d'un risque aux personnes ayant acquis des droits par des cotisations ; la solidarité sous forme d'aide sociale ou d'action sociale, offre des prestations aux personnes en situation de besoin sans contribution préalable, soit que la personne n'ait pas de droit à l'assurance sociale, soit que ses besoins ne soient pas, ou insuffisamment, couverts par l'assurance sociale.

Assurance et solidarité se distinguent donc par :

- la population éligible : les assurés d'une part, les personnes en situation de besoin d'autre part. L'affiliation est une condition d'accès à l'assurance sociale, tandis que les régimes de solidarité sont sous condition de ressources. L'aide sociale est subsidiaire par rapport aux revenus de la personne et de sa famille (obligation alimentaire) ;
- l'objet de l'assurance sociale est la compensation des conséquences de la réalisation du risque (cout induits, perte de revenus), tandis que la solidarité vise à couvrir les besoins « essentiels ».

PENAUD Pascal, ABALLEA Pierre, AMGHAR Yann Gaël, ARAMBOUROU Simon, BENSUSSAN Constance, BERNAY André, CAILLOT Laurent, FAUCHIER-MAGNAN Émilie, FERRAS Benjamin, FILLON Stéphanie, LAFON Philippe, PLANNEL Maurice-Pierre, ROUZIER-DEROUBAIX Adeline, VINCENT Bruno. *Politiques sociales*. Presses de Sciences Po et Dalloz, Collection Amphi, 2016, 4^{ème} édition, p. 22.

La reconnaissance au citoyen d'un droit à la protection sociale, [...] se caractérise par sa dualité. On distingue en effet traditionnellement :

- le volet assurantiel de la protection sociale, destiné à couvrir les travailleurs, notamment ceux de l'industrie et du commerce en contrepartie d'un effort contributif des employeurs et des intéressés eux-mêmes, sous la forme de cotisations proportionnelles aux revenus du travail ;
- le volet assistanciel de la protection sociale, destiné à couvrir des besoins sociaux spécifiques, notamment en faveur des personnes démunies dès lors qu'elle ne dispose pas d'un autre mode de prise en charge ; il est financé par les collectivités publiques au moyen de l'impôt.

Protection individuelle, collective

Pour faire face aux risques sociaux, deux types de protection sont envisageables : la protection individuelle et la protection collective. Ces deux modes de protection sont complémentaires.

La protection individuelle dépend du choix et des moyens de l'individu, elle est facultative et relève de la responsabilité de tout à chacun. Il s'agit pour l'individu d'anticiper la réalisation d'un risque social en constituant un capital utilisable en cas de besoin. Il peut s'agir également de l'entraide familiale propre à chaque individu.

La protection collective quant à elle est possible grâce au regroupement d'individus qui se protègent les uns les autres face aux aléas de la vie. Il s'agit de constituer un capital commun en cas de réalisation d'un risque social pour l'un des assurés. Ici, les risques sociaux sont mutualisés, souvent la protection collective est obligatoire et fait appel au principe de solidarité.

Prestation sociale

Les prestations de protection sociale comprennent d'une part les prestations sociales proprement dites, qui prennent la forme de transferts attribués personnellement aux ménages, et d'autre part les prestations de services sociaux, qui offrent l'accès aux services gratuits ou à prix réduits, et apportent un concours à la couverture des risques sociaux : il s'agit notamment des soins de santé dans le secteur public hospitalier, de l'hébergement des personnes âgées et handicapées et des structures d'accueil des jeunes enfants.

Les prestations sociales peuvent elles-mêmes être en espèce, lorsqu'elles donnent lieu à des transferts monétaires sans référence à des dépenses engagées par leur bénéficiaire (retraites, prestations familiales, allocation de chômage) ou en nature : elles prennent alors la forme de remboursements pour l'achat de biens ou de services déterminés (principalement les soins de santé, mais c'est aussi le cas pour les aides au logement ou les bons de transport), ou de prise en charge de dépenses comme l'aide-ménagère.

Certaines prestations sociales peuvent être attribuées sous conditions de ressources : les ressources des bénéficiaires ne doivent alors pas dépasser un plafond fixé par la réglementation et variable selon la prestation considérée.

ELBAUM Mireille. *Économie politique de la protection sociale*. PUF, Collection Quadrige, 2011, 2^e édition, p. 8.

Le premier outil des politiques sociales est celui des prestations sociales telles qu'elles sont retracées dans les comptes de la protection sociale, qui recouvrent « l'ensemble des opérations contribuant à la couverture des risques sociaux auxquels les ménages sont exposés (santé, vieillesse-survie, maternité-famille, emploi, logement, pauvreté-exclusion sociale), en considérant l'ensemble des régimes ou organismes ayant pour mission d'en assurer la charge dans un cadre de solidarité

sociale »⁹. Cette approche, centrée sur la notion de couverture solidaire d'un risque, présente l'avantage de favoriser un suivi dans le temps des différents agrégats qui la composent et de permettre les comparaisons internationales. Les prestations sociales répondent à trois critères cumulatifs quant à leur objet, à leur cadre de gestion et à leur destinataire.

Leur objet est de contribuer à la couverture de risques sociaux limitativement énumérés. [...]

Le cadre de gestion est celui d'une solidarité sociale dont les prestations ne constituent pas exclusivement la contrepartie directe d'un paiement ou d'une cotisation par le bénéficiaire. [...]

Les prestations sociales ont deux types de destinataires. Les unes sont versées à titre individuel aux ménages ; les autres prestations de services sociaux, sont des subventions non individualisables versées à des organismes fournissant des services en rapport avec un risque de la protection sociale (hébergement de personnes handicapées par exemple).

PENAUD Pascal, ABALLEA Pierre, AMGHAR Yann Gaël, ARAMBOUROU Simon, BENSUSSAN Constance, BERNAY André, CAILLOT Laurent, FAUCHIER-MAGNAN Émilie, FERRAS Benjamin, FILLON Stéphanie, LAFON Philippe, PLANNEL Maurice-Pierre, ROUZIER-DEROUBAIX Adeline, VINCENT Bruno. *Politiques sociales*. Presses de Sciences Po et Dalloz, Collection Amphi, 2016, 4^{ème} édition, pp. 20-21.

Droits sociaux

Aujourd'hui chaque salarié et membre de sa famille ont massivement accès à la propriété d'un ensemble de droits sociaux, à savoir l'ensemble des droits résultant des lois sur les contrats de travail et les dispositifs sociaux d'assurance. Ces droits sont organisés par grandes catégories de risques à l'appui des acquis du droit du travail (contre les accidents, le chômage, la maladie et la retraite) et du droit de la famille (pour la maternité, la famille et l'éducation, la vieillesse, le handicap).

WARIN Philippe. *L'accès aux droits sociaux*. Presses Universitaires de Grenoble, Collection politique en +, 2007, p. 9.

D'un côté et sur une assez longue période s'est établi le dispositif juridique des « droits fondamentaux¹⁰ » et notamment des « droits sociaux fondamentaux »¹¹. Il s'est agi de façonner une sorte de socle de droits, proclamés à la fois par les textes constitutionnels propres aux États notamment européens¹² et par des conventions internationales¹³, ces droits ayant acquis, certes de façon diversifiée et avec des intensités variables selon les organes qui les portent et les systèmes juridiques dans lesquels ils s'insèrent, une certaine consistance et une certaine effectivité relativement à leur impact sur les législations et les pratiques.

⁹La protection sociale en France et Europe, Paris, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), coll. « Etudes et Statistiques », 2015.

¹⁰G. PECES-BARBA MARTINEZ, *Théorie générale des droits fondamentaux*, Droit et société, LGDJ, 2004, p. 271.

¹¹D. ROMAN, *L'universalité des droits sociaux à travers l'exemple du droit de la protection sociale*, CRDF, n° 7, 2009, p. 117 ; C. M. HERRERA, *État social et droits sociaux fondamentaux*, in *Actes du colloque État et régulation sociale*, Un. Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 2006 ; C. M. HERRERA, *Les droits sociaux*, PUF, QSJ, 2009.

¹²L. GAY, *Les droits sociaux constitutionnels*, Bruylant, 2007.

¹³L. GAY, E. MAZUYER, D. NAZET-ALLOUCHE (Dir), *Les droits sociaux fondamentaux entre droits nationaux et droit européen*, Bruylant, 2006.

Accès aux droits

Une tentative prosaïque de définition de « l'accès aux droits » permet rapidement de cerner l'idée que cela recouvre : il s'agit de ramener les bénéficiaires de l'action sociale au « droit commun », c'est-à-dire au bénéfice des biens, services et prestations disponibles pour tous les citoyens. Liée à l'origine au développement de « l'insertion » qui n'avait comme cible que des populations interstitielles ne relevant ni des statuts assistanciers ni des protections du système d'assurances sociales, la notion fait un bond qualitatif avec l'émergence de l'idée « d'inclusion » dans le champ du handicap et son extension vers l'ensemble de l'action sociale : l'accès aux droits consiste, à rebours du modèle institué de placement et de prise en charge par des filières spécialisées, dans la volonté « d'inclure » à savoir de référer potentiellement tous les publics aux structures et organisations de droit commun. [...]

C'est la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions qui procède à la consécration juridique de cette notion : pour lutter contre les exclusions, il convient, y est-il proclamé, « de garantir l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux ». L'idée est donc bien là : il s'agit, non de reconnaître des droits spécifiques au bénéfice des populations « exclues », mais au contraire de leur permettre de jouir des droits de tous. À rebours de la logique de construction de statuts protecteurs ou réparateurs propres aux inadaptés, on entend parvenir à leur intégration dans le droit commun.

L'accès aux droits sociaux constitue un des fondements des politiques publiques notamment en matière sanitaire et sociale. Il ne s'agit pas seulement pour la puissance publique d'affirmer des droits, mais d'organiser les conditions d'accès et d'exercice de ces droits pour tous et d'en favoriser l'exercice pour les groupes sociaux les plus fragiles. Une mission d'autant plus complexe que le droit est lui-même complexe et mouvant et que, derrière la notion d'accès aux droits, se profile celle d'égalité des chances. [...]

Concernant le droit des usagers, le tournant est pris par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, qui introduit de nouvelles approches dans les relations entre l'utilisateur et l'institution, en garantissant aux usagers l'exercice de leurs droits et libertés individuelles dans le souci de leur conférer une « pleine citoyenneté ». Dans le champ sanitaire, est votée la loi du 4 mars 2002 une loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui poursuit les mêmes objectifs. Dans l'esprit de ces lois, outre les droits fondamentaux attachés à la personne, l'utilisateur ou le malade prend une place nouvelle : informé, il connaît ses droits, il est protégé par la loi et peut utiliser les moyens de recours à sa disposition. Il est mis en position d'acteur, décide de son projet et exerce sa liberté de choix notamment en matière de prestations.

Composantes du système de protection sociale

La protection sociale est marquée en France par la diversité de ses composantes et des institutions qui y interviennent. [...]

La revue de ces composantes recoupe pour partie les trois grandes traditions de la protection sociale, que sont les assurances sociales, la mutualité et l'assistance, [...].

Ce sont des régimes organisés collectivement, pour lesquels il existe une correspondance entre les droits à prestations consentis aux assurés et les contributions qui leur sont ou leur ont été demandées, le versement de ces prestations étant garanti par la perception de cotisations. Ils comprennent les régimes de Sécurité sociale proprement dits (régime général, régimes particuliers de salariés et de non-salariés), les régimes d'employeurs publics versant directement des prestations à leurs salariés, et les autres régimes donnant lieu à une affiliation large et obligatoire, notamment l'assurance chômage (UNEDIC), et les retraites complémentaires obligatoires du secteur privé et de la fonction publique (AGIRC, ARRCO, IRCANTEC, RAFP). Ils englobent également un certain nombre de fonds qui contribuent à la couverture des risques sociaux comme le fonds solidarité vieillesse (FSV), le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) ou la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Du côté de la protection complémentaire ou supplémentaire facultative, interviennent :

- d'une part, des régimes employeurs (2 % de prestations) qui versent des prestations extra légales, liées aux conventions collectives ou aux accords d'entreprises, par exemple, des suppléments familiaux de traitement, des compléments d'indemnités journalières ou des indemnités de licenciement ;
- d'autre part, les régimes de la mutualité et de la prévoyance (4,7 % des prestations), qui englobent les contrats d'assurance collective gérés par les institutions de retraite supplémentaire et de prévoyance, ainsi que les prestations versées par les mutuelles, y compris sur la base d'adhésions individuelles. Ils interviennent principalement en matière de protection complémentaire maladie et invalidité.

L'assistance sociale – mieux vaudrait dire l'action sociale au sens large – englobe quant à elle les prestations qui ne sont pas subordonnées ni à l'affiliation à un régime, ni à un circuit de cotisations.

ELBAUM Mireille. *Économie politique de la protection sociale*. PUF, Collection Quadrige, 2011, 2^e édition, pp. 69-103.

La protection sociale constitue un ensemble vaste : on distingue la protection sociale de base constituée à titre principal des régimes de base de la sécurité sociale et de l'assurance chômage -, la protection sociale complémentaire – qui peut avoir un caractère obligatoire ou facultatif - et les interventions sociales des administrations publiques.

DE MONTALEMBERT Marc. *La protection sociale en France*. La documentation française, Collection Les Notices, 2013, 6^e édition, p. 53.

Aide sociale

Système de solidarité publique obligatoire, financé par l'impôt, composé de l'ensemble des aides apportées par les collectivités publiques en vertu des dispositions légales aux personnes qui ne peuvent pourvoir à leur entretien ou aux soins qu'exige leur état.

Le versement des prestations d'aide sociale est, depuis la réforme de 1982 sur la décentralisation, du ressort des collectivités locales (département et commune) même si la législation et le contrôle des règles d'attribution restent du ressort du ministère et des services déconcentrés de l'État. Les structures mises en place aux trois niveaux (national, départemental et communal) répondent aux besoins (santé, logement, alimentation,...) de la population concernée.

Les principales prestations sont les suivantes :

- aide médicale ;
- aide aux personnes âgées ;
- aide aux personnes handicapées ;
- aide sociale aux familles.

CAVAILLE Jean-Philippe. *La protection sociale en 170 questions. Droits, Prestations, Bénéficiaires*. GERESCO, Collection l'essentiel pour agir, mars 2015, 4^e édition, p. 185.

L'aide sociale est définie comme l'ensemble des prestations constituant une obligation mise à la charge des collectivités publiques par la loi et destinée à faire face à un état de besoin pour des bénéficiaires dans l'impossibilité d'y pourvoir. Elle recouvre des allocations et des services attribués à des catégories de population considérées comme défavorisées et qui ne sont pas couvertes par le système de sécurité sociale. Elle est devenue depuis la décentralisation, un terrain central de l'action des départements. [...]

L'aide sociale intervient à titre subsidiaire lorsqu'une personne n'est pas en capacité de subvenir à ses besoins, notamment en finançant une aide à domicile ou des frais de séjour en institution. Elle s'exerce lorsque la solidarité familiale est inopérante, c'est-à-dire quand l'aide alimentaire qui oblige les ascendants ou descendants ne peut être mise en œuvre. Elle est également subsidiaire par rapport aux droits acquis auprès des différents régimes de sécurité sociale.

L'aide sociale est un droit défini par le code de la famille et de l'aide sociale. Elle constitue un ensemble de prestations obligatoirement délivrées dès lors que les conditions, notamment de ressources, sont remplies. C'est un droit « subjectif » qui dépend de la situation de la personne, à la différence d'un droit « universel » qui est automatique. L'aide sociale doit être demandée par la personne concernée. Les centres communaux d'action sociale (CCAS) sont chargés de recevoir et d'instruire les demandes. Une commission examine la demande, vérifie l'inexistence de ressources personnelles ou familiales et la réalité du besoin. L'aide sociale a vocation à être temporaire et à assurer un minimum de ressources pour permettre la disparition du besoin.

LÖCHEN Valérie. *Comprendre les politiques sociales*. Dunod, 2016, 5^e édition, pp. 28-35.

Pour aller plus loin

L'aide sociale, expression de la solidarité de la collectivité, peut être qualifiée de subsidiaire, alimentaire et récupérable :

- subsidiaire : l'admission à l'aide sociale prend en compte l'ensemble des ressources du demandeur, ses revenus de toute nature, les revenus du capital et les ressources de ses proches ;
- alimentaire : la loi (art 205 et suivants du Code civil) fait obligation aux parents d'entretenir leurs enfants, petits-enfants et réciproquement. Les ressources des obligés alimentaires (par exemple, des

parents dans l'obligation de nourrir des enfants) sont vérifiées lors de la constitution des dossiers, cependant seule une décision judiciaire peut fixer le montant individuel de ces créances. Il n'est pas fait appel aux débiteurs d'aliments (à l'inverse des enfants qui ont des revenus doivent nourrir leurs parents qui n'en ont pas) pour l'attribution de certaines prestations :

- aide-ménagère aux personnes âgées et handicapées,
 - allocation compensatrice ;
 - hébergement des personnes handicapées ;
 - allocation personnalisée d'autonomie.
- récupérable : s'apparente plus à un prêt qu'à un don, les sommes versées au titre des prestations d'aide sociale peuvent faire l'objet d'une récupération :
 - si le bénéficiaire revient à une meilleure fortune ;
 - si une donation intervient après la demande d'aide sociale ou dans les cinq ans qui l'ont précédée,
 - au décès du bénéficiaire, dans la limite des sommes versées et de l'actif successoral.

Les bénéficiaires :

selon les principes généraux du droit à l'aide sociale contenus dans le livre I du CASF (art. L 111-1 à L 115-5), toute personne résidant sur le territoire français bénéficie des formes de l'aide sociale si elle remplit les conditions légales d'attribution. Les personnes de nationalité étrangère bénéficient :

- des prestations d'aide sociale à l'enfance ;
- de l'aide sociale en cas d'admission dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale,
- de l'aide médicale d'État ;
- des allocations aux personnes âgées, si elles justifient d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis au moins quinze ans avant 70 ans ;
- des autres formes d'aide sociale à condition de disposer d'un titre de séjour régulier en France.

DE MONTALEMBERT Marc. *La protection sociale en France*. La documentation française, Collection Les Notices, 2013, 6^e édition, p. 92.

Protection universelle

Dès sa création le 4 octobre 1945, la sécurité sociale affiche l'objectif de généraliser progressivement la protection sociale à l'ensemble des résidents du territoire. Une logique de solidarité fait son apparition. Chaque membre de la collectivité nationale a droit à la garantie d'un minimum vital, indépendamment de l'exercice ou non d'une activité professionnelle, ou de sa capacité à s'ouvrir des droits aux prestations sociales en versant des cotisations. Ainsi, la loi du 22 août 1946 étend les allocations familiales à pratiquement toute la population et devient universelle en 1978. La couverture du risque vieillesse est quasi universelle depuis la création du minimum vieillesse (1956) garantissant à chacun une retraite minimale. La couverture du risque maladie est devenue universelle par la mise en place de l'assurance personnelle en matière de maladie (1978) et surtout de la couverture maladie universelle (27 juillet 1999) permettant à chacun d'accéder au minimum de

soins. Par ailleurs les minima sociaux, comme le revenu de solidarité active (RSA), offrent à chacun une garantie minimale de ressources, afin de lutter contre le risque exclusion de la société.

NEZOZI Gilles. *La protection sociale*. La documentation française, Collection Découverte de la vie publique, 2016, pp. 24-25.

Une des mesures phares de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 est la mise en place de l'universalisation de la prise en charge des frais de santé, à compter du 1er janvier 2016. Deux décrets parus au Journal officiel du 31 décembre 2015 en précisent les modalités d'application (Décrets n° 2015-1865 et 2015-1882). Introduite par l'article 59 de la LFSS, cette nouvelle disposition vise à garantir la simplification et la continuité des droits pour les assurés en matière de prise en charge des frais de santé (notion qui remplace celle des « prestations en nature »).

Au 1er janvier 2016, la Protection maladie universelle donne droit à la prise en charge des soins de santé aux personnes qui : exercent une activité professionnelle, ou résident de manière stable et régulière en France (y compris la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, Saint-Barthélemy et Saint Martin) depuis au moins 3 mois.

En assurant une continuité des droits, elle permet de simplifier les démarches en cas de mutation (passage d'un régime d'affiliation à un autre) ou de changement de situation personnelle. À cet égard, les notions d'« ayant-droit majeur » et de « maintien de droits » sont supprimées.

Principales conséquences de l'introduction de la PUMA (à compter du 1er janvier 2016) :

- conditions d'ouverture de droits : il n'est plus nécessaire de justifier d'une durée minimale de travail ou d'un certain montant de cotisations sur une période donnée pour bénéficier de la prise en charge des frais de santé. Désormais, l'affiliation sur critère d'activité professionnelle est acquise dès la première heure travaillée (hors étudiants) ;
- statut d'ayant droit majeur : il est progressivement supprimé. Une personne majeure peut désormais être affiliée en propre, sur critère d'activité professionnelle ou sur critère de résidence. Un ayant droit majeur au 31/12/2015 peut demander à sa caisse d'assurance maladie d'acquiescer le statut d'assuré. [...]
- la CMU-B : du fait de l'universalisation des soins de santé, elle devient caduque. Elle permettait jusqu'à maintenant d'accorder une couverture de base à des personnes qui n'étaient couvertes à aucun titre (elles ne travaillaient pas, ne percevaient pas de pensions, n'étaient pas conjoints d'un assuré social, ou n'étaient pas en « maintien de droit » après avoir été assurées). [...]

CLEISS [\[site internet\]](#). Mise en place de la Protection Universelle Maladie PUMA au 1er janvier 2016. Disponible sur cleiss.fr.

Pour aller plus loin

L'article 59 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 a mis en place une protection universelle maladie qui garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie. Cette réforme parachève la logique de la couverture maladie universelle de base (CMU-b) qui visait à ouvrir des droits à l'assurance maladie

aux personnes résidant en France de façon stable et régulière, et qui ne relevaient d'aucune couverture maladie obligatoire.

Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'action et des comptes publics. *Circulaire interministérielle n° DSS/5B/2017/322 du 15 novembre 2017 relative à la cotisation subsidiaire maladie prévue à l'article L.380-2 du code de la sécurité sociale.* Disponible sur legifrance.gouv.fr.

Protection complémentaire

Les régimes obligatoires de base ne couvrent pas l'intégralité des risques sociaux, des organismes assurent une protection complémentaire à la sécurité sociale de base. Ils représentent aujourd'hui un élément important du système social français : outre le caractère obligatoire de certains d'entre eux, la possibilité de bénéficier d'une couverture sociale complémentaire est indispensable pour bénéficier de prestations à un niveau satisfaisant. La protection sociale complémentaire est un ensemble complexe, mêlant des organismes de l'économie sociale et de la sphère marchande, des institutions publiques et privées, des régimes obligatoires (en vertu de la loi ou d'un contrat collectif) et facultatifs, des opérations individuelles et collectives.

DE MONTALEMBERT Marc. *La protection sociale en France.* La documentation française, collection Les Notices, 2013, 6^e édition, p. 69.

Les régimes de prévoyance complémentaire offrent aux bénéficiaires une couverture sociale complémentaire qui vient en supplément de la protection assurée par les régimes obligatoires de Sécurité sociale. Elle est accessible à travers trois types d'organismes : les mutuelles, les compagnies d'assurances privées et les institutions de prévoyance. Les garanties le plus souvent assurées sont : le décès, l'invalidité et l'incapacité de travail ainsi que les frais médicaux.

CAVILLE Jean-Philippe. *La protection sociale en 170 questions. Droits, Prestations, Bénéficiaires.* GERESCO, Collection L'essentiel pour agir, mars 2015, 4^e édition, p. 18.

Régimes de sécurité sociale

Le plan français de sécurité sociale de 1945, élaboré par Pierre Laroque, envisageait de mettre en place un régime unique de sécurité sociale, au-delà des particularismes socioprofessionnels de la population. Cet objectif n'a pas été atteint : on dénombre aujourd'hui, à côté du régime général créé à cette fin, plusieurs dizaines de régimes de sécurité sociale plus ou moins autonomes et liés aux différents secteurs d'activité.

Un régime de sécurité sociale est un ensemble de règles juridiques s'appliquant à un groupe donné d'affiliés et définissant les prestations auxquelles ils ont droit. Les prestations du régime et les cotisations qui y ouvrent droit sont en principe gérées par une organisation autonome. Un régime est ainsi généralement désigné par le nom de la caisse nationale qui assure la gestion ou la coordination, mais il peut aussi être géré directement par une administration publique ou par une entreprise. Tous les régimes de sécurité sociale sont légalement obligatoires. Certains assurent une protection de base, d'autres assurent une protection sociale complémentaire. Ils remplissent une mission de service public à caractère administratif et peuvent ainsi se voir confier des prérogatives de puissance publique, même s'ils sont gérés par des organismes de droit privé. De ce fait, ils ne sont pas soumis aux règles du droit communautaire de la concurrence.

Plusieurs acteurs, bien que divers dans leurs régimes juridiques ou leur domaine d'intervention, ont pour point commun d'être spécialisés dans le financement de prestations ou de services. Il s'agit essentiellement d'organismes d'assurances sociales - de « sécurité sociale » au sens international - spécialisés dans la gestion de prestations couvrant des risques sociaux (maladie, vieillesse, chômage) dans un cadre assurantiel et solidaire. Au sein de cet ensemble, en France, la sécurité sociale désigne une réalité plus circonscrite : les régimes obligatoires de base couvrant les risques maladie, vieillesse, famille, accidents du travail-maladies professionnelles (ATMP).

La matrice de la sécurité sociale est organisée en branches et en régimes :

- une branche est un risque social (on parle ainsi de branche maladie, vieillesse, famille) identifié sur le plan comptable et financier ;
- le régime désigne à la fois les règles propres à la couverture d'un risque pour une population donnée et l'organisation comptable et juridique qui gère ce risque (régime général, régime des travailleurs agricoles, régime agricole, régimes des agents de l'Etat, etc.). Les deux significations ne se superposent pas tout à fait.

La structuration en régimes des branches est très variable : la branche famille est complètement unifiée, tandis que la branche vieillesse comprend 21 régimes de base. Certains régimes sont intégralement spéciaux, d'autres ne le sont que partiellement et font intervenir le régime général pour une partie des prestations. Certaines branches n'existent que dans certains régimes : c'est le cas notamment des ATMP. Inversement, la frontière entre les branches est variable selon les régimes : ainsi les prestations d'invalidité relèvent de la branche maladie du régime général, mais de la branche vieillesse dans d'autres régimes.

PENAUD Pascal, ABALLEA Pierre, AMGHAR Yann Gaël, ARAMBOUROU Simon, BENSUSSAN Constance, BERNAY André, CAILLOT Laurent, FAUCHIER-MAGNAN Émilie, FERRAS Benjamin, FILLON Stéphanie, LAFON Philippe, PLANNEL Maurice-Pierre, ROUZIER-DEROUBAIX Adeline, VINCENT Bruno. *Politiques sociales*. Presses de Sciences Po et Dalloz, Collection Amphi, 2016, 4^{ème} édition, pp. 79-80.

Caractère subsidiaire

Enfin, un dernier élément de sa mise en forme juridique, le droit à l'aide sociale est un droit subsidiaire. Cet aspect dérive du caractère alimentaire de l'aide sociale : étant rattaché à une finalité de satisfaction des besoins individuels de survie, sa nature, son étendue et les conditions de sa mise en œuvre s'insèrent logiquement dans la conception prévalente quant à la satisfaction des besoins de chacun dans notre société. Or sur ce point, il est clair qu'il existe une hiérarchie dans les formes de prise en charge et d'entretien des personnes, hiérarchie qui s'inscrit dans le droit par l'aménagement des obligations alimentaires et notamment, parmi ces dernières de l'aide sociale.

Le principe dont il convient de partir est que c'est par lui-même qu'un individu doit subvenir à ses besoins, soit par son travail, soit par la possession d'un patrimoine ; c'est bien pourquoi le bénéfice des prestations d'aide sociale est conditionné par l'absence de ressource personnelle provenant soit de son activité, soit de ses biens. De même (puisque prolongeant l'activité), les droits que l'on peut s'ouvrir dans les divers régimes d'assurances sociales doivent jouer prioritairement, l'aide sociale n'intervenant qu'une fois épuisés les droits de la sécurité sociale ou qu'en l'absence de tels droits. Enfin, le droit civil organise une solidarité familiale qui se traduit pour chacun par l'existence de droits alimentaires familiaux ; même si ce principe supporte de plus en plus d'exceptions, l'aide

sociale n'intervient traditionnellement qu'en complément ou qu'à défaut de créances alimentaires à l'encontre des ascendants ou descendants. L'aide sociale a donc bien un caractère subsidiaire puisqu'on peut y recourir qu'à la condition que, par ses propres moyens ou par la mise en jeu de droits sociaux ou de créances d'aliments, le demandeur ne puisse satisfaire le besoin au titre duquel elle est sollicitée.

BORGETTO Michel, LAFORE Robert. *Droit de l'aide et de l'action sociale*. LGDJ-Montchrestien, Collection Précis Domat Droit public, 2012, 8^e édition, p. 111.

Dans le cadre de la protection universelle maladie, tout assuré bénéficiaire de la prise en charge des frais de santé restera amené à contribuer au financement de l'assurance maladie en fonction de sa situation et de ses ressources. Néanmoins, la disparition des démarches spécifiques relatives à l'affiliation au titre de la CMU-b conduit à des adaptations des conditions d'assujettissement aux cotisations d'assurance maladie dues à côté des cotisations ordinaires assises sur les revenus d'activité et de remplacement.

L'article 32 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 a ainsi prévu de maintenir un assujettissement à une cotisation spécifique, ci-après nommée « cotisation subsidiaire maladie », pour les assurés ayant de faibles revenus ou aucun revenu d'activité professionnelle et ne percevant pas de pension, rente ou allocation au titre d'une telle activité passée, mais qui disposent cependant de revenus du capital suffisants.

La présente circulaire précise le périmètre des personnes redevables et le calcul de la cotisation subsidiaire maladie, ainsi que les modalités de recouvrement qui lui sont spécifiques. Tout assuré bénéficiaire de la prise en charge des frais de santé est amené à contribuer au financement de l'assurance maladie en fonction de sa situation et de ses ressources. Ainsi, selon le niveau de ces revenus (cf. points I.2 et I.3.), les personnes inactives ou dont les revenus d'activité sont trop faibles pour que leurs cotisations sur ces revenus puissent être considérées comme suffisantes au regard de l'octroi des droits à l'assurance maladie, sont susceptibles d'être redevables, au titre de l'année 2016 et pour les années suivantes, de la cotisation subsidiaire maladie. Celle-ci remplace l'ancienne cotisation liée à la couverture maladie universelle de base (CMU-b) due par les personnes auxquelles il était demandé de procéder annuellement à des démarches spécifiques en vue de leur affiliation à la sécurité sociale.

Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'action et des comptes publics. Circulaire interministérielle n° DSS/5B/2017/322 du 15 novembre 2017 relative à la cotisation subsidiaire maladie prévue à l'article L.380-2 du code de la sécurité sociale. Disponible sur legifrance.gouv.fr.

MODES D'INTERVENTION SOCIALE ET EN SANTÉ

Quelle action en santé pour agir sur les déterminants de santé et garantir la santé des personnes ?

Veille sanitaire

La veille sanitaire est définie comme « la collecte et l'analyse en continu par les structures de santé publique des signaux pouvant représenter un risque pour la santé publique dans une perspective

d'anticipation, d'alerte et d'action précoce » [...]. Cette fonction de veille sanitaire est régionale, nationale, européenne (European Centre for Disease Control) et internationale (OMS). Les Agences régionales de santé (ARS) créées par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires auront cette responsabilité au niveau régional avec la constitution d'une cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire qui s'appuiera sur les compétences des cellules de l'InVS en région.

DESENCLOS Jean-Claude, VISO Anne-Catherine. Sécurité et veille sanitaires. In *Santé publique. L'état des savoirs*, FASSIN D, HAURAY B. La Découverte, Hors collection sciences humaines, 2010, pp. 341-342 et 346-347.

Outre la surveillance, la veille sanitaire inclut le signalement aux autorités sanitaires des situations ou événements susceptibles de menacer la santé, la mise en œuvre de systèmes de surveillance non spécifiques, la veille internationale et l'utilisation de toute autre source d'information comme la veille scientifique, les médias et les réseaux sociaux. Le signal peut-être quantitatif (modification d'un indicateur produit par un système de surveillance) ou qualitatif (signalement par un médecin praticien, tout professionnel de santé ou tout autre personne d'un événement de santé perçu comme inhabituel, par exemple la survenue de plusieurs cas d'une maladie infectieuse rare dans un même quartier ou l'occurrence d'une exposition inhabituelle d'une population à un agent potentiellement dangereux pour la santé,). Les signaux doivent faire systématiquement l'objet d'une confirmation, d'une analyse et d'une interprétation. Les signaux deviennent alertes si, lors de l'analyse, on porte le jugement que l'évènement signalé constitue une menace potentielle pour la santé publique.

BOURDILLON François, BRÜCKER Gilles, TABUTEAU Didier. *Traité de santé publique*. Lavoisier Médecine Sciences, Collection Traités, 2016, 3^e édition, p. 80.

Sécurité sanitaire

La sécurité sanitaire est donc définie comme la protection de la santé de l'homme contre les risques pour la santé induits par le fonctionnement de la société, qu'ils soient notamment alimentaires, environnementaux (risques climatiques inclus) ou sanitaires (produits de santé, médicaments, vaccins, greffes, radiothérapie...). [...]

DESENCLOS Jean-Claude, VISO Anne-Catherine. Sécurité et veille sanitaires. In *Santé publique. L'état des savoirs*, FASSIN D, HAURAY B. La Découverte, Hors collection sciences humaines, 2010, pp. 341-342 et 346-347.

La sécurité sanitaire peut être définie comme l'ensemble des processus qui vont de l'observation à la décision, dans un objectif d'action de santé publique, pour maîtriser les risques et ses conséquences et, tout ça, pour protéger finalement la population, de façon collective.

ASTAGNEAU Pascal. Introduction à la sécurité sanitaire, prévention, promotion pour la santé. MOOC EHESP, mai 2015.

La promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part,

réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. [...]

L'intervention en promotion de la santé signifie que l'on doit :

- élaborer une politique publique saine ;
- créer des milieux favorables ;
- renforcer l'action communautaire ;
- acquérir des aptitudes individuelles ;
- réorienter les services de santé.

Organisation mondiale de la santé. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. 1986, pp. 1-5. Disponible sur [agence de la santé publique du Canada](#).

La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les deux déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé.

La Charte d'Ottawa définit trois stratégies fondamentales pour la promotion de la santé. Il faut sensibiliser à la santé pour créer les conditions essentielles à la santé indiquées plus haut ; conférer à tous des moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé ; et servir de médiateur entre les différents intérêts présents dans la société en vue d'atteindre la santé.

NUTBEAM Don. *Glossaire de la promotion de la santé*. [Organisation mondiale de la santé](#), 1999, pp. 1-2.

Éducation pour la santé

Composante essentielle de la promotion de la santé, l'éducation à la santé, l'éducation pour la santé est une démarche visant à aider les individus, durant toute leur vie, à maximiser leur potentiel de vie en bonne santé. Elle doit permettre à chacun d'acquérir les connaissances nécessaires pour adapter son comportement et, dans la mesure du possible son environnement, dans le but de préserver ou de renforcer sa santé. Elle est essentielle pour améliorer la santé publique et réduire les inégalités de santé, mais elle induit inévitablement une « normalisation » plus ou moins explicite des comportements sociaux.

L'éducation pour la santé peut-être générale ou ciblée sur les populations les plus exposées aux risques qu'elle cherche à réduire. Elle peut être assurée dans un cadre général – école, clubs sportifs, associations,...- ou être dispensée par les acteurs du système de santé.

Les dispositifs d'éducation pour la santé font appel aux outils de la formation comme de la communication. Des actions de masse sont développées pour sensibiliser toutes les catégories de la population par la diffusion de messages écrits ou audiovisuels. Des actions de groupes sont également organisées pour atteindre des populations plus ciblées, en fonction de l'âge, de la profession, du sexe ou de l'environnement socio-culturel. Une éducation individuelle peut-être assurée par exemple lors d'une consultation, d'un examen ou de l'acquisition d'un produit de santé. Les supports de l'éducation pour la santé sont nombreux.

Des brochures et des livrets sont distribués ou mis à la disposition du public. Des affiches et spots radiodiffusés ou télévisés accompagnent les actions de masse. Des émissions médicales ou généralistes permettent également de sensibiliser le public par la radio ou la télévision. La diffusion de messages par internet et le développement de sites spécialisés peuvent également, sous réserve de leur qualité, contribuer efficacement à l'éducation pour la santé. Il reste que les dispositifs plus personnalisés – séances de groupe, entretiens individuels, consultations médicales, services d'information ou d'écoute téléphoniques,... - sont indispensables pour assurer une formation et diffuser une information adaptée aux spécificités, aux attentes ou aux inquiétudes, des personnes concernées.

MORELLE Aquilino, TABUTEAU Didier. *La santé publique*. Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?, 2015, p. 45.

Éduquer des personnes pour la santé, c'est, compte-tenu des compétences acquises et potentielles de ces personnes, mettre en œuvre les informations, formations et apprentissages nécessaires pour que ces personnes soient aptes à discerner (savoir) et à adopter (savoir-être et savoir-faire) pour elles-mêmes et pour ceux dont elles sont responsables, les attitudes et comportements requis en vue de promouvoir un bien-être physique, psychologique et social durable ; prévenir les risques de maladies et d'accidents ; et réduire les invalidités fonctionnelles.

PIETTE D, SCHLEIPER A. Développement des programmes de formation en éducation pour la santé : description et analyse des approches et des actions dans la Communauté française (1984-1985) – Rapport du groupe de travail interuniversitaire enseignement en éducation pour a santé au Bureau régional de l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé. CUNIC, 1985.

Prévention

La prévention¹⁴, usuellement définie comme l'ensemble des actions, des attitudes et des comportements tendant à éviter l'apparition, le développement ou la complication d'une maladie ou la survenue d'un accident, est une composante « naturelle » de l'action sanitaire. « Mieux vaut prévenir que guérir » : l'adage bien connu a, pendant très longtemps, inspiré les politiques publiques de lutte contre les épidémies. Dès le XIV^e siècle, les statutisanitari de Florence prescrivait un contrôle de la provenance des marchandises et la surveillance des marchés de comestibles.

Si l'on s'en tient aux seules actions relevant du système de santé, l'OMS distingue d'abord la prévention individuelle qui vise à modifier les comportements par des obligations (vaccinations obligatoires, interdiction de fumer..) ou des incitations (dépistages, vaccination recommandée, formation individualisée,...) et la prévention collective qui tend à réduire les facteurs de risque liés à

¹⁴F. BOURDILLON, *Traité de prévention*, Paris, Médecine-Sciences Flammarion, 2009

l'environnement (mesures visant à garantir la qualité de l'eau, de l'air ou la salubrité des logements,...) ou aux comportements par des actions collectives (campagnes d'information,...)

Une deuxième grille d'analyse des mesures de prévention, également retenue par l'OMS, prend en considération la temporalité de l'intervention préventive :

- la prévention primaire désigne les actions portant sur les facteurs de risque de maladies afin d'agir avant leur survenue ;
- la prévention secondaire se propose d'agir le plus précocement possible sur la maladie après sa survenue, notamment par le biais de dépistages ;
- la prévention tertiaire vise à réduire les complications et séquelles de la maladie et fait une place importante à l'éducation thérapeutique.
- Une troisième typologie des mesures de prévention peut être organisée à partir des populations visées.

On peut alors identifier 3 catégories d'intervention :

- la prévention universelle, qui s'adresse à l'ensemble de la population quel que soit son état de santé ;
- la prévention orientée, destinée aux personnes à risque et qui vise à limiter la survenue des maladies qui les menacent ;
- la prévention ciblée, mise en œuvre à l'intention des malades et dont l'objectif est d'améliorer l'efficacité des traitements par une meilleure observance.

MORELLE Aquilino, TABUTEAU Didier. *La santé publique*. Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?, 2015, p. 47.

- La prévention universelle s'adresse à l'ensemble de la population. Elle cherche la participation de celle-ci, par l'éducation pour la santé. Elle ne se contente pas d'énoncer des règles. Elle tend à faire que la population se les approprie, grâce à l'éducation reçue. Elle devient d'autant plus efficace qu'elle s'appuie sur des mesures associées. Les grandes règles d'hygiène et de respect des équilibres (activité physique, alimentation, sommeil) ne sont que des phrases creuses si l'on ne donne pas les moyens de se les approprier. À l'école par exemple, en reprenant l'exemple du chapitre précédent, il faut une réelle possibilité de se laver les mains avant les repas, de se laver les dents après, comme on l'apprend en cours. Un vrai choix d'aliments à la cantine permet de respecter les préconisations du programme national nutrition santé, apprises en classe. C'est une application des principes de la promotion de la santé ;
- La prévention des maladies regroupe des préventions sélectives et ciblées de Gordon, les préventions primaires et secondaires de l'OMS. Elle est destinée à chaque sous-groupe de la

population exposé à des risques spécifiques, qu'il présente ou non des facteurs de surexposition. Contrairement aux conceptions classiques de la prévention, elle ne se limite pas à des mesures destinées à la population cible. L'intervention a pour objectif de mobiliser cette population, pour qu'elle participe activement à construire les conditions de sa propre santé. L'intervention devra en outre se coordonner avec la mise en place de mesures extérieures bénéfiques. Par exemple, une campagne de dépistage reposera autant sur les mesures de dépistage traditionnelles que sur la mobilisation active de la population cible, par une éducation efficace. Tant que le dépistage du cancer du sein consistera en une mammographie, l'organisation de cette procédure reposera moins sur l'invitation rythmée des femmes de 50 à 74 ans que sur l'exigence, par cette population, du respect du rythme annoncé. Dans cette optique, on ne peut concevoir que l'acte vaccinal le plus simple soit pratiqué sans qu'il ait été proposé, expliqué, qu'on en ait débattu et qu'il ait été promu, au sens propre du terme, si l'on ne veut pas déboucher sur un échec ;

- La prévention ciblée, enfin, est destinée aux malades, comme la prévention tertiaire de l'OMS, mais elle tend à leur faire prendre en charge leur affection et leur traitement. Elle correspond à l'éducation thérapeutique, dont l'objectif est l'autonomisation du malade, l'établissement d'une alliance thérapeutique entre le médecin et le malade, et pas seulement l'apprentissage à ce dernier de gestes de surveillance et de soin.

BOURDILLON François, BRÜCKER Gilles, TABUTEAU Didier. *Traité de santé publique*. Lavoisier Médecine Sciences, Collection Traités, 2016, 3^e édition, p. 50

Restauration de la santé

Il s'agit d'un mode d'intervention en santé mobilisé quand il y a dégradation de l'état de santé, il est donc orienté curatif. La santé publique, discipline d'action visant à protéger, promouvoir et restaurer la santé des populations intègre donc ce mode d'intervention.

Droits de la personne

Les droits de l'homme sont les droits inaliénables (droit directement rattaché à une personne, en raison de ce qu'elle est, pour une qualité donnée ou par sa position exercée dans la société, et qui ne peut être transmis ou vendu à une autre personne. Il s'éteint au décès de celui qui le détient) de tous les êtres humains, quels que soient leur nationalité, lieu de résidence, sexe, origine ethnique ou nationale, couleur, religion, langue ou toute autre condition. Nous avons tous le droit d'exercer nos droits de l'homme sans discrimination et sur un pied d'égalité. Ces droits sont intimement liés, interdépendants et indivisibles.

Nations Unies des droits de l'homme, Haut-Commissariat [[site internet](#)]. *Que sont les droits de l'homme ?*

Acteurs en santé

Ce terme désigne tout intervenant dont l'action a un retentissement sur la santé des populations : les institutions (administrations publiques et collectivités territoriales, caisses d'assurance maladie et mutuelles, établissements de santé,...), les soignants et autres professionnels qui interviennent dans

le champ de la santé, mais également les associations de malades et d'usagers, les associations qui développent des actions d'éducation pour la santé...

TUFFREAU François. Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale. Presses de l'EHESP, 2013, p. 11.

Notion complémentaire

Acteurs

Les acteurs qui interviennent dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé sont nombreux émanant des services de l'État (services de santé scolaire, services de santé au travail, principalement), des collectivités (PMI, vaccinations, programmes de dépistage organisés par certaines d'entre elles, en lien avec les ARS) et des organismes de protection sociale (services de prévention des caisses primaires d'assurance maladie).

Le secteur associatif intervient dans le domaine de la promotion de la santé avec les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé et certaines associations spécialisées (alcool, tabac, VIH,...)

L'INPES, créé par la loi du 4 mars 2002, transformé par la loi du 9 août 2004, a fusionné, depuis la loi de janvier 2016, avec l'institut de veille sanitaire et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires au sein une nouvelle agence nationale, Santé publique France. Le champ de cette nouvelle agence couvre la promotion de la santé, la réduction des risques sanitaires, l'action sur les déterminants sociaux de la santé et la prise en compte des inégalités sociales de santé. Son programme prévoit également le développement d'approches préventives basées sur des méthodes issues du marketing social et sur les nouvelles technologies et outils numériques.

RAYSSIGUIER Yvette, HUTEAU Gilles. *Politiques sociales et de santé, Comprendre pour agir*. Presses de l'EHESP, Références Santé Social, 2018, p. 455.

Parcours de santé

« Les parcours de santé résultent de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées. Pour cela, les professionnels doivent s'organiser de telle sorte que soient délivrées les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels ». L'organisation des parcours doit permettre la mise en œuvre « appropriée ou pertinente » des interventions en santé, gage d'efficacité, de sécurité et de satisfaction du patient, mais aussi d'efficience, d'équité, d'accessibilité et de continuité des soins.

Le webzine de la HAS [[site internet](#)]. *Certification V2014 - Parcours du patient en V2014*. Janvier 2015.

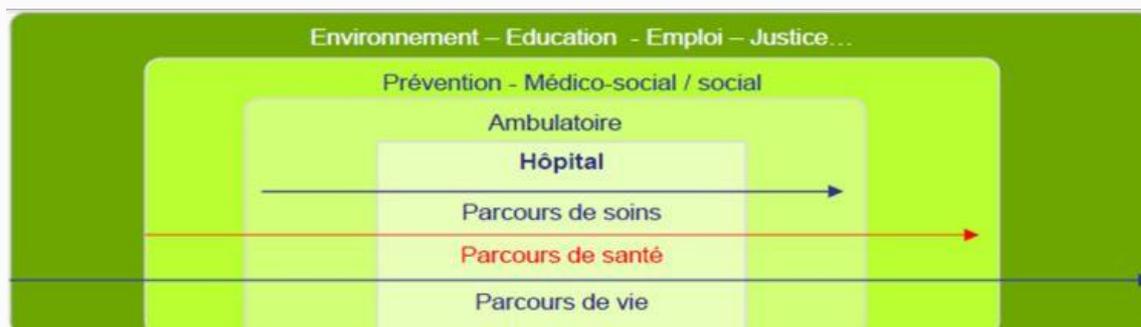
Le parcours de santé est l'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par un sujet dans un système sanitaire et social organisé, dans un temps et un espace donnés. S'inscrivant au-delà du parcours de soins, il apporte une réponse aux besoins de prévention, sociaux et médico-sociaux. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé. Il englobe ainsi les acteurs des secteurs sanitaires,

médico-sociaux et sociaux dont le choix et la coordination permettent d'assurer dans la durée la prise en charge la plus adaptée, la plus globale et la plus harmonieuse pour le patient.

ARS. Parcours de soins - Parcours de santé - Parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique des parcours de A et Z. 2016, p. 61. Disponible sur solidarites-sante.gouv.fr.

Notion complémentaire

Parcours



Un parcours se définit comme la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

ARS. Parcours de soins - Parcours de santé - Parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique des parcours de A et Z. 2016, p. 61. Disponible sur solidarites-sante.gouv.fr.

Quelles interventions pour agir sur les problèmes sociaux ?

Diagnostic social

Le diagnostic social est l'articulation entre la collecte d'information sur la personne et la définition d'un projet commun d'intervention. Cette jonction se fait par l'analyse de la situation à la lumière des connaissances qui l'éclairent (juridiques psychologiques, sociologiques, de santé, économiques, etc.) et par l'élaboration d'hypothèses de travail qui vont orienter le plan d'intervention. Ce diagnostic permet de définir les objectifs de changement et d'apprécier les forces et dynamismes présents, les potentialités tant individuelles que de l'environnement social et familial susceptibles d'intervenir en faveur de la personne concernée. D'évaluer aussi les faiblesses et les freins éventuels. Sans diagnostic social, il ne peut y avoir élaboration d'une intervention du projet de la personne et négociation d'un contrat.

DE ROBERTIS Cristina. *L'accompagnement : une fonction du travail social*. La Revue Française de Service Social, juin 2005, n° 217, pp. 35-43.

Le diagnostic est un processus de travail participatif qui met en évidence les points forts, les points faibles, les potentialités et les menaces d'une organisation (association, entreprise, institution) dans

son environnement. Il recherche des écarts entre les représentations des différents acteurs, met en évidence des atouts et des attentes, il recherche les causes des dysfonctionnements constatés dans la structure et surtout recherche des axes de progrès.

CAF [\[site internet\]](#). Le diagnostic partagé, un outil au service du projet territorial enfance et jeunesse. Les guides pratiques, D'Qual, p. 6.

Intervention sociale

Le terme « *intervention sociale* » a été retenu pour signifier le choix d'une démarche d'analyse postulant l'existence d'un champ plus large que celui structuré par les professions sociales actuellement certifiées et resituer les activités des professionnels du social comme produit d'un ensemble de politiques publiques concourant au traitement de la question sociale et à la mise en œuvre de formes diverses de solidarité.

BARREYRE Jean-Yves, BOUQUET Brigitte. *Nouveau Dictionnaire Critique d'Action Sociale*. Édition Bayard, Collection Travail social, 2006, 637 p.

Toutes les activités rémunérées par des financements socialisés, s'exerçant dans un cadre organisé, qu'il soit public ou privé, et visant des personnes ou des publics en difficulté d'intégration sociale ou professionnelle dans une perspective d'aide, d'assistance ou de contrôle, de médiation ou d'actions d'animation ou de coordination.

CHOPART Jean-Noël. *Les mutations du travail social. Dynamiques d'un champ professionnel*. Édition Dunod, Collection Action Sociale, 2000, 376 p.

Développement social local

Le développement local est un processus collectif qui permet d'inventer certaines solutions aux problèmes économiques et sociaux et de les mettre en œuvre avec ceux qui en sont les acteurs et les bénéficiaires. Le DSL est produit par la mise en œuvre du développement des personnes, le développement des solidarités, et le développement participatif des organisations du territoire.

BARREYRE Jean-Yves, BOUQUET Brigitte. *Nouveau Dictionnaire Critique d'Action Sociale*. Édition Bayard, Collection Travail social, 2006, 637 p.

[...] Le développement social peut alors être défini comme une nouvelle conception de l'action publique visant à irriguer l'ensemble des politiques locales (décentralisées et déconcentrées) d'une aspiration volontariste à la reconstruction des liens sociaux. Mais aussi comme une nouvelle pratique d'intervention sociale favorisant l'implication de tous les acteurs locaux dans le développement d'initiatives (culturelles, éducatives, festives, sportives,...) aptes à renforcer la solidarité de droit par une solidarité d'implication, à transformer la citoyenneté passive en une citoyenneté active. C'est à ce prix qu'on pourra s'éloigner d'une logique de dispositifs au profit d'une logique d'intégration des populations fragilisées non seulement par la précarité matérielle ou la différence culturelle, mais aussi par l'âge, le handicap ou encore l'isolement. Il ne s'agit plus seulement d'accompagner les personnes en situation de précarité par la voie d'actions individuelles ou collectives, mais bien de s'appuyer sur l'ensemble des forces vives d'un territoire pour en renforcer la cohésion.

Cette méthodologie d'intervention [Le développement social local] permet d'assurer une meilleure transversalité entre les thématiques, obligeant ainsi à mieux prendre en compte l'environnement social de la personne accompagnée. Dans sa conception initiale, le développement social local (DSL) c'est :

- penser le développement par la population elle-même ;
- une méthodologie d'intervention sur le milieu de vie des habitants dont on considère que chacun est concerné.

Ainsi, le DSL permet d'apporter des réponses adaptées aux besoins locaux.

Si l'on devait représenter le DSL, il prendrait la forme d'un triangle avec à une pointe les élus (régions, département, communes) à une autre pointe les professionnels (travailleurs sociaux, associations,...) et à la dernière pointe la population. L'objectif est alors de faire fonctionner le tout ensemble pour améliorer l'action publique et les politiques publiques. La mise en place DSL nécessite une forte participation des différents acteurs, un partenariat et doit être territorialisée et transversale (approche plus globale)

Association Nationale des Assistants de Service social. Le développement social local aujourd'hui : pour qui ? Pour quoi ? *La revue Française de Service social*, 2016, n° 260.

Accompagnement social

L'accompagnement social se situe dans une relation contractuelle entre des individus, temporairement ou non en situation sociale difficile et des agents officiels ou non de l'action sociale. Il consiste, dès la première rencontre finalisée ou le premier entretien d'accueil, à construire une ou des relations entre des individus et/ou organismes afin d'atteindre des objectifs fixés en commun. L'accompagnement social repose sur trois dimensions :

- la prise en compte de la situation sociale, telle qu'elle est construite par l'utilisateur, sujet de droit ;
- la compréhension de la dynamique de l'action dans le cadre des contraintes, des potentialités et des événements qui la fondent ;
- l'adaptation de l'action commune à un champ de possibilités stratégiques.

BARREYRE Jean-Yves, BOUQUET Brigitte. *Nouveau Dictionnaire Critique d'Action Sociale*. Édition Bayard, Collection Travail social, 2006, 637 p.

Selon Brigitte Bouquet (Professeur émérite et professeur titulaire de la chaire travail social) et Christine Garcette (assistante sociale) : l'accompagnement social vise à aider les personnes en difficultés à résoudre les problèmes générés par des situations d'exclusion, et à établir avec elles une relation d'écoute, de soutien, de conseil et d'entraide, dans une relation de solidarité, de réciprocité et d'engagement de part et d'autre. Inclus dans l'ISAP (Intervention Sociale d'Aide à la Personne), l'accompagnement social ne peut donc être fondé que sur une démarche volontaire. Il repose sur la liberté de chacun et sur la capacité d'engagement réciproque. Cette démarche orientée vers le « faire

ensemble » est attentive aux processus, au cheminement des personnes, à leur parcours ». La fonction d'accompagnement implique :

- une notion de proximité et de présence – on est côte à côte, on est avec, on soutient l'autre ;
- une notion de participation active de l'intéressé – on l'accompagne dans sa voie, celle qu'il s'est lui-même tracé, donc une notion d'autodétermination ;
- une idée de mouvement, l'autre est en devenir, même si nous ne savons pas à l'avance vers où il va, et qu'il faut chercher avec lui le chemin pour y parvenir ;
- une notion d'individualisation, chaque personne est différente, chaque situation est unique même si elle peut être regroupée dans des catégories précises ;
- une idée de passage, de temps limité, de moment partagé, mais de séparation après évaluation du chemin parcouru.

DE ROBERTIS Cristina. *Méthodologie de l'intervention sociale*. Édition Bayard, Collection Travail, 2007, 400 p.

Insertion sociale

L'IIDRIS (Index International et Dictionnaire de la Réadaptation et de l'Intégration Sociale) définit l'insertion sociale comme une « *action visant à faire évoluer un individu isolé ou marginal vers une situation caractérisée par des échanges satisfaisants avec son environnement* ».

Conseil National des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale [[site internet](#)]. *Insertion sociale, intégration sociale*. 2014.

L'insertion sociale nécessite l'appropriation des valeurs, des règles et des normes du système au sein duquel a lieu l'insertion. Elle revêt plusieurs dimensions : familiale, scolaire, professionnelle, économique, culturelle, habitat,... L'expression est parfois utilisée pour l'intégration des personnes dans un groupe ou un milieu social différent de celui dont ils sont originaires.

PAUGAM Serge. *Les 100 mots de la sociologie*. Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ? 2010, 128 p.

Pôle méthodologique

MÉTHODOLOGIES APPLIQUÉES AU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL

Comment les études scientifiques en santé-social contribuent-elles à la connaissance d'une population ?

Source d'information

La première tâche du chercheur consiste à rassembler le matériel documentaire concernant son sujet de recherche. Ces documents peuvent être écrits, audiovisuels, sonores, électroniques ou iconographiques ? Ils sont composés d'ouvrage, de traités, manuels, périodiques, revues, d'articles, de banque de données, etc. Les documents qui constituent le corpus de l'étude sont appelés documents primaires, ceux qui étudient, analysent synthétisent, critiquent, documents secondaires et ceux qui apportent des informations de base (les définitions de notions par exemple) tels que le dictionnaire et encyclopédies documents tertiaires. À côté des bibliothécaires qui peuvent vous aider à accéder aisément aux informations dont vous avez besoin, l'internet constitue un outil précieux dont il faudrait utilement se servir pour accomplir cette tâche. Les textes que vous lirez vous enverront au fur et à mesure à de nouvelles références bibliographiques. Il faudrait privilégier dans un premier temps la consultation des ouvrages de référence ou de synthèse, afin de vous imprégner des grandes questions et des notions clés de votre objet d'analyse.

YEO Lacina. *Guide pratique de rédaction et de présentation d'un travail de recherche*. L'harmattan, Collection L'étude africaine, 2012, pp. 23-24.

Pour documenter une thématique de recherche, les sources d'information ne se limitent pas aux seuls articles issus de périodiques scientifiques. Un travail de bibliographie complet doit s'intéresser aussi à la littérature grise et aux structures officielles.

FRAPPE Paul. *Initiation à la recherche*. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Global Média Santé et CNGE Production, 2018, 2^e édition, p. 19.

Fiabilité de la source

La confiance a été et reste un élément déterminant de la diffusion de l'information : selon la source et la confiance que l'on a en elle, le jugement de valeur que l'on portera sur l'information sera différent. La confiance n'est pas seulement un sentiment individuel ou subjectif, c'est un processus élaboré socialement pour réduire la complexité du traitement de la masse informationnelle. Nos sociétés ont mis en place un système de délégation de confiance : des personnes ou des organismes sont promus référents pour assurer une certaine sûreté aux informations diffusées. Les bibliothèques et les musées sont les premiers référents dans le domaine culturel. Le professionnel de l'information fait partie de ces référents, en raison de ses connaissances et des règles déontologiques qu'il applique dans sa fonction : le traitement documentaire qu'il effectue ajoute de la valeur aux documents. La fiabilité de la source, sa capacité à fournir des informations qualifiées et non déformées sont des éléments de cette sûreté. Lorsque l'information est désintermédiée, c'est à l'utilisateur d'apprécier la sûreté de l'information.

Patrick Wilson, bibliothécaire à l'université de Californie de Berkeley et formateur en science de l'information et des bibliothèques, a développé le concept d'« autorité cognitive ». Chez lui, ce concept fait référence aux influences qu'une personne reconnaît et qui rendent l'information crédible et digne de confiance. Pour Patrick Wilson, l'autorité cognitive – qu'il nomme ainsi pour la distinguer de

l'autorité administrative – n'est pas l'apanage des personnes, elle n'est pas limitée aux seuls individus. Elle peut être attribuée à des livres, des instruments, des organisations ou des institutions. À l'autorité personnelle de l'auteur s'ajoute l'autorité institutionnelle de l'éditeur, l'autorité liée au type de document et l'autorité liée à la plausibilité du contenu du texte, ce que Évelyne Broudoux nomme l'« autorité informationnelle ».

SIMONNOT Brigitte. Évaluer l'information. *Documentaliste - Sciences de l'information*, 2007, vol.44, pp. 210-216. Disponible sur CAIRN.info.

Qualité de l'information

Effectuons un retour aux sources. Paul Otlet, le père de la Classification décimale universelle, a posé un certain nombre de conditions relatives à la qualité de la documentation : « *Les buts de la documentation organisée consistent à pouvoir offrir sur tout ordre de fait et de connaissance des informations universelles quant à leur objet ; sûres et vraies ; complètes ; rapides ; à jour ; faciles à obtenir ; réunies d'avance et prêtes à être communiquées ; mises à la disposition du plus grand nombre.* » Relire cette proposition à l'heure actuelle donne quelques pistes de réflexion. Si l'internet a apporté la rapidité et une mise à disposition plus large des informations, s'il a amélioré l'accessibilité directe aux documents et la rapidité des mises à jour, force est de constater qu'il a aussi brouillé les repères. Les innovations se font souvent à marche forcée et ignorent parfois un certain héritage culturel. C'est peut-être le prix à payer pour que ces innovations voient le jour, mais c'est aussi l'occasion de repenser cet héritage culturel. Revenons un instant sur les qualités de la documentation décrites par Paul Otlet. [...]

Les scientifiques savent que toute vérité est relative à l'état des connaissances à un moment donné. Les connaissances évoluent et seule la rigueur méthodologique garantit une certaine validité de l'information diffusée. Plutôt que de vérité, il convient de parler d'exactitude et de sincérité : l'exactitude d'une conformité avec le réel et des méthodes employées pour arriver à une conclusion ; la sincérité de l'expression qui dit clairement d'où elle parle et pourquoi elle le fait. [...]

Valider l'information, c'est s'assurer qu'elle est conforme à certaines exigences, expliquent Annaïg Mahé et Élisabeth Noël à propos de l'évaluation des ressources pédagogiques en ligne. Elles distinguent pertinemment le processus de validation des ressources et l'évaluation de la qualité intrinsèque des contenus. La validation s'appuie sur un ensemble de critères souvent formels, critères que l'on retrouve fréquemment dans les grilles d'évaluation de l'information sur le web : peut-on trouver l'auteur ? Le site est-il daté et régulièrement mis à jour ? Les ressources sont-elles présentées de façon logique et claire ? Quelques grilles vont plus loin qui, en s'appuyant sur une analyse de contenu, proposent d'examiner l'intention de l'auteur, le pourquoi de la publication.

SIMONNOT Brigitte. Évaluer l'information. *Documentaliste - Sciences de l'information*, 2007, vol.44, pp. 210-216. Disponible sur CAIRN.info.

Ce qui semble aujourd'hui caractériser l'étude des jugements sur la qualité de l'information est l'investigation des « jugements de crédibilité », certainement due à la qualification de plus en plus fréquente des systèmes d'information en tant que médias numériques. Les mesures de la crédibilité de l'information (news) dans les médias traditionnels se réfèrent généralement à l'honnêteté, à

l'exactitude de l'information, basée sur les faits. D'autres critères sont pris en compte : véracité, crédibilité, en état complet, précision, objectivité, sans biais, digne de confiance, profondeur¹⁵. À première vue, ces mesures ne sont pas différentes de celles effectuées dans les études de pertinence attachées à l'étude des systèmes d'information relative au contenu et à la source. Rieh¹⁶, étudiant la recherche d'information universitaires, professeurs ou doctorants de différentes disciplines, note que la réputation de la source (niveau « institutionnel », éditorial par exemple) a plus de valeur que la réputation d'un auteur (niveau individuel).

BOUBEE Nicole, TRICOT André. *Qu'est-ce que rechercher de l'information ?* Presses de l'ENSSIB, Collection Papiers, 2010, pp. 108-109.

Requête

Dans le cadre d'une recherche, élaborer une requête consiste à poser une question pour interroger les catalogues des bibliothèques, les banques de données ou les moteurs de recherche.

Cette interrogation ne peut se faire qu'une fois que le sujet de la recherche a été correctement défini par des questionnements, et après que la problématique aura été clairement élaborée. Ces deux étapes permettent de lister les concepts et mots clés indispensables pour formuler la requête. [...]

Tous les systèmes de recherche proposent de formuler une requête, c'est-à-dire d'écrire un ou plusieurs termes dans la barre de recherche, associés ou non à des opérateurs de recherche. Pour formuler la requête, deux modes de recherche sont généralement proposés : la recherche simple ou la recherche avancée. [...]

Les opérateurs de recherche permettent d'affiner une requête par le biais d'une équation de recherche. [...] L'opérateur de recherche est un mot ou un symbole utilisé pour préciser les relations entre plusieurs termes dans le cadre d'une requête. Chacun d'eux a une fonction spécifique permettant de combiner des mots-clés, descripteurs et expressions.

DEL MAR CASTELLANO Maria S, DELACROIX-TESSERAU Florie, VERGNES Frédérique. *La recherche et le traitement de l'information. Retenir l'essentiel*. Nathan, collection Repères pratiques, 2018, pp. 64-65.

Lorsqu'on interroge un catalogue de bibliothèque ou un moteur de recherche, on utilise une requête pour préciser les critères de la recherche.

Catalogue de bibliothèque

Lorsqu'on fait une recherche dans un catalogue de bibliothèque, la requête exprime des critères qui sont structurés selon les champs des notices bibliographiques. On peut choisir les opérateurs pour combiner ces critères :

¹⁵HILIGOS B & RIEH S. Y. Developing and unifying framework of credibility assessment : construct, heuristics, and interaction in context. *Information Processing Management*, 2008, vol. 44, n° 4, p. 1467-1484.

¹⁶RIEH S. Y. Judgment of information quality and cognitive authority in the web. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 2002, vol.53, n°2, p. 145-161.

- l'opérateur ET (celui proposé par défaut) rend tous les critères obligatoires ;
- Si on utilise à mauvais escient cet opérateur, cela peut éliminer des réponses pertinentes des résultats : c'est le phénomène de « silence »
- avec l'opérateur OU il suffit que l'un des critères soit vérifié ;
- Si on change un ET en un OU dans une requête, cela augmente le nombre de résultats, au risque de voir apparaître des documents non pertinents : c'est le phénomène de « bruit ».
- l'opérateur SAUF permet de signaler un mot-clé non souhaité.

Dans certains cas, on utilise la version anglaise des opérateurs : AND, OR et NOT.

Au-delà de ces opérateurs booléens, il existe l'opérateur de troncature * qui permet de ne donner que le début d'un mot-clé pour inclure virtuellement toutes les terminaisons possibles.

Le critère certificat* est vérifié si on a certificat, certificats, certification, etc.

Moteur de recherche

Les moteurs de recherche tendent à limiter l'effort de formulation de l'utilisateur en décidant automatiquement de la façon de combiner et ajuster les mots-clés saisis. Cependant, il est possible de réaliser une recherche plus fine en utilisant les opérateurs booléens pour combiner les critères. Les moteurs proposent généralement des notations plus légères :

- le signe + devant un mot-clé signifie qu'il est obligatoire (proche du ET) ;
- le signe - signifie qu'il ne doit pas apparaître (proche du SAUF) ;

Au-delà de ces opérateurs booléens, on utilise souvent les guillemets pour rechercher une expression exacte (l'expression entière doit être présente, et sous cette forme exactement).

Les moteurs offrent souvent un mode de recherche avancée où on peut préciser par exemple la langue des réponses, les sites auxquels doivent se limiter les réponses, etc.

L'ordre des réponses d'un moteur à une requête tient compte de la pertinence thématique, c'est-à-dire de l'importance des mots-clés de la requête dans la page web. Il tient aussi compte de la popularité de la page web, que les moteurs déduisent :

- de l'abondance et de la qualité des liens qui mènent à la page ;

- de la tendance des internautes à cliquer sur la page en réponse à la même requête.

Certains moteurs sont explicitement collaboratifs : l'ordre des réponses est déterminé par les notes laissées par les internautes et l'indexation peut s'appuyer sur leurs tags.

DENOS Nathalie, SILINI Karine. Rechercher de l'information avec une démarche adaptée. Les requêtes. Disponible sur pairform.fr.

Références, typologie des principales bases documentaires du champ

Vos lectures alimentent tous vos écrits, ceux-ci méritent donc tous des références bibliographiques : elles donnent à vos lecteurs des indications précieuses sur le champ théorique et professionnel dans lequel vos actions de santé publique s'inscrivent.

La référence bibliographique est la citation d'un document permettant de l'identifier précisément. Les documents cités peuvent être de toute nature : articles, ouvrages, outils pédagogiques, rapports, sites internet, etc. C'est la sélection organisée de références bibliographiques qui constitue une bibliographie.

Pour les chercheurs, la publication constitue un des moyens de mesure de leur travail. Dans ce cadre, l'élaboration et l'exploitation de la bibliographie contribuent à mesurer la validité de la recherche et inscrivent les auteurs dans la légitimité de leur communauté. En général, ces professionnels maîtrisent l'usage de la bibliographie.

Pour justifier leurs choix, éclairer leur propre travail et participer eux aussi à la diffusion des connaissances, les praticiens de la santé publique livreront de la même façon leurs ressources bibliographiques indispensables.

LEGUERE Jean-Pierre, LAURENT-BEQ Anne, ALLA François, DOUILLER Alain, FERRON Christine, LAVIELLE Catherine, MEHEUST Claire, CORMAND Marie-Frédérique. *Écrire en santé publique, guide d'aide à la rédaction en promotion de la santé*. [Société Française de Santé Publique](http://www.societefrancaisedesantepublique.fr), septembre 2006, p. 31.

Il existe plusieurs normes de présentation des sources bibliographiques, selon le champ disciplinaire, la nature du document et son support de diffusion (papier ou électronique) :

- AFNOR Z-41-006 d'octobre 1983 « présentation des thèses et documents assimilés » ;
- AFNOR Z-44-005 de décembre 1987 « Références bibliographiques. Contenu, forme et structure (normes internationales ISO 690-1987) » ;
- ISO 690-2 de 1997 « Partie 2 : documents électroniques, documents complets ou parties de documents » ;
- Normes de Vancouver (règles communes à la publication d'articles scientifiques médicaux. 5^e révision, 1997).

- Quelle que soit la norme utilisée, il est notamment important de :
- citer tous les documents mentionnés dans le texte ;
- citer de façon précise les éléments obligatoires qui composent la référence ;
- respecter l'ordre des éléments à citer.

CHEVAILLIER Guillemette. *Guide documentaire santé social*. Presses de l'EHESP, 2011, p. 26-27.

Démarche

Une démarche est une manière de progresser vers un but. Chaque recherche est une expérience singulière. Chacune est un processus de découverte qui se déroule dans un contexte particulier au cours duquel le chercheur est confronté à des contraintes, doit s'adapter avec souplesse à des situations imprévues au départ, est amené à faire des choix qui pèseront sur la suite de son travail. Mais, pour autant, il ne s'agit pas de procéder n'importe comment selon sa seule intuition ou les seules opportunités du moment. Dès lors que l'on prétend s'engager dans une recherche en sciences sociales, il faut « de la méthode ». Cela signifie essentiellement deux choses : d'une part il s'agit de respecter certains principes généraux du travail scientifique ; d'autre part, il s'agit de distinguer et mettre en œuvre de manière cohérente les différentes étapes de la démarche. En mettant l'accent sur la démarche plutôt que sur les méthodes particulières, notre propos a une portée générale et peut s'appliquer à toute forme de travail scientifique en sciences sociales. Quels sont donc les principes et les étapes d'une recherche en sciences sociales ?

Dans son livre *La Formation de l'esprit scientifique* (Paris, Librairie philosophique J.Vrin, 1965), G. Bachelard a résumé la démarche scientifique en quelques mots : « *Le fait scientifique est conquis, construit et constaté* ». La même idée structure l'ensemble de l'ouvrage *Le métier de sociologue* de P. Bourdieu, J.-C. Chamboredon et J.-C. Passeron (Paris, Mouton, Bordas, 1968). Les auteurs y décrivent la démarche comme un processus en trois actes dont l'ordre doit être, selon eux, respecté. C'est ce qu'ils appellent la hiérarchie des actes épistémologiques. Ces trois actes sont la rupture, la construction et la constatation (ou expérimentation).

QUIVY Raymond, MARQUET Jacques, VAN CAMPENHOUDT Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod, 2017, 5^e édition, p. 27.

Toute recherche sociologique débute par la construction d'un objet, à partir d'un sujet spécifique. Une fois cet objet défini, le sociologue choisit la ou les méthodes d'enquête adaptées pour répondre à sa problématique : études d'archives ou de documents administratifs, réalisation d'entretiens et/ou d'observations ou encore analyse de données statistiques. Le travail d'observation ethnographique apporte au chercheur une bonne connaissance de l'environnement où vit et travaille la population qu'il étudie, les entretiens donnent accès à l'expérience vécue des individus tandis que les données statistiques fournissent une mesure chiffrée des faits sociaux. Très souvent, l'objet d'étude et le type de questionnement commandent le recours à une ou plusieurs approches méthodologiques, mais l'une d'entre elle est privilégiée par rapport aux autres. Dans le cas d'une enquête par questionnaire, le travail ethnographique mené au préalable a généralement une fonction exploratoire pour concevoir le questionnaire ; dans le cadre d'une enquête qualitative, les données statistiques

constituent la plupart du temps des données de cadrage qui contribuent peu à l'analyse. Dans toutes ces situations, les méthodes sont juxtaposées et une approche est subordonnée à l'autre.

PAUGAM Serge. *L'enquête sociologique*. Presses Universitaires de France, Collection Quadrige Manuel, 2012, 2^e édition, p.208.

Protocole d'étude

Le protocole [d'étude] est la pierre angulaire d'un projet d'étude épidémiologique : c'est le document dans lequel le but de l'étude, la méthode, la population étudiée et les analyses prévues sont décrits. Les questions administratives et juridiques, les difficultés possibles et les limites, les délais de réalisation, les modalités de communication des résultats sont aussi abordés dans le protocole. Écrire et suivre un bon protocole fait partie de l'éthique scientifique, et définir et conduire des études sans les ressources et les compétences scientifiques nécessaires doivent être considérées comme non éthique. Le protocole doit également refléter les principes éthiques de base de l'épidémiologie évoqués plus haut.

Objectifs d'un protocole d'étude épidémiologique

Les principaux objectifs du protocole sont :

- justifier le besoin de réaliser l'étude, c'est-à-dire expliquer, dans l'état actuel des connaissances, pourquoi l'étude doit être entreprise ;
- définir les objectifs de l'étude et montrer qu'ils correspondent au besoin reconnu ;
- démontrer que les méthodes proposées pour atteindre les objectifs sont adéquates ;
- démontrer que l'investigateur a les compétences voulues pour conduire l'étude proposée ;
- démontrer que les dispositions visant à protéger les données personnelles des participants sont prévues et conformes à la réglementation.

Utilisation du protocole

Le protocole doit être écrit avant que l'étude ne débute.

Le protocole est un instrument pour justifier le projet dans le cadre de l'obtention des moyens financiers et des autorisations nécessaires.

Il tient lieu de documentation pour tous ceux qui participent à la réalisation de l'étude.

Il doit pouvoir être accessible à toutes les personnes concernées par l'étude, notamment les personnes qui seront incluses dans celle-ci.

Caractéristiques du protocole

Puisque les études épidémiologiques peuvent avoir des schémas variés, il n'est pas possible de présenter un modèle standard convenant à toutes les études. Cependant, le protocole doit être suffisamment détaillé pour servir de base documentaire de l'étude.

Le protocole doit préciser le but de l'étude et les questions auxquelles elle doit apporter des réponses. Pour certaines études épidémiologiques cependant, on peut ne pas préciser tous les objectifs de l'étude dans le document accessible aux sujets inclus, car dévoiler toutes les hypothèses peut biaiser l'investigation quand à la fois l'exposition et les événements de santé sont connus des répondants. Quand le chercheur propose une information sélective, l'autorité de protection des données personnelles doit revoir le protocole.

Le protocole doit montrer que l'investigateur connaît la littérature scientifique concernant le sujet traité par l'étude.

Il est important d'inclure dans le protocole les éléments portant sur les délais de réalisation, les publications et la liste des auteurs. En outre, le protocole doit faire référence aux présentes recommandations de déontologie et bonnes pratiques en épidémiologie.

Le protocole doit être traité comme un document confidentiel par ceux qui le lisent ou qui l'évaluent.

GOLDBERG Marcel (sous la direction de). *Recommandations de déontologie et bonnes pratiques en épidémiologie*. 2007, pp. 18-19.

Le protocole reprend l'ensemble des étapes réalisées durant l'expérience. Le protocole doit être rédigé après une analyse complète de la littérature, ceci afin d'éviter de construire une étude qui ne respecterait pas les connaissances actuelles ou encore de démarrer une étude alors qu'une étude similaire aurait déjà été conduite et rapportée dans la littérature.

La rédaction du protocole représente une étape décisive dans le processus de recherche. En effet, une fois les expérimentations démarrées, il faut appliquer le même protocole pour l'ensemble des sujets sous peine d'induire un biais méthodologique au sein de l'étude.

BONNECHERE Bruno, BOUANCHEAUX ZUCKERMANL Éric. *Guide pratique du mémoire et autre TFE - Rédaction et soutenance*. Édition La Charte, Collection 24h Chroknow, 2016, 200 p.

Méthode de recueil de données

Le terme « méthode » n'est plus compris ici dans le sens large de dispositif global d'élucidation du réel, mais bien dans un sens plus restreint, celui de dispositif spécifique de recueil ou d'analyse des informations, destiné à tester des hypothèses de recherche. En ce sens strict, l'entretien de groupe, l'enquête par questionnaire ou l'analyse de contenu sont des exemples de méthodes de recherche en sciences sociales.

Dans le cadre de la mise en œuvre d'une méthode, des techniques particulières peuvent être utilisées, comme par exemple les techniques d'échantillonnage. Il s'agit alors de procédures spécialisées qui n'ont pas de finalité en elles-mêmes. De la même manière, les dispositifs méthodologiques font nécessairement appel à des disciplines auxiliaires comme les mathématiques, la statistique ou la psychologie sociale notamment.

En lettres et sciences humaines, il existe un large éventail de méthodes de recueil de données. On distingue les méthodologies de type quantitatif (données chiffrées ; niveau macro) de celles de type qualitatif (analyses circonstanciées ; niveau micro).

Parmi les méthodes disponibles (l'analyse documentaire, l'entretien ou le questionnaire, l'observation, le test, le sondage, la méthodologie clinique, la démarche expérimentale, la recherche-action, etc.), le chercheur va retenir celle qui correspond le mieux à ses objectifs et donc, la mieux adaptée.

ISLARU Georgeta, CLAUDEL Chantal, VLAD Monica. *L'écrit universitaire en pratique*. De Boeck, Collection Méthodes en sciences humaines, 2011, 2^e édition, p. 55.

Producteur de données

On entend par producteur de données toute personne ou organisation chargée de la création, de l'alimentation ou de la gestion d'une base de données ou d'un service en ligne décrivant, à l'aide de métadonnées, des documents, des ressources, des contenus, que ceux-ci soient disponibles sous formes numériques ou analogiques.

[Ministère de la Culture et de la Communication](#). *Vadémécum pour les producteurs de données, version 1.0*. 2015, p. 2.

Les producteurs de données traitent les données en fonction de l'utilisation qu'ils vont en faire et créent des fichiers de données cohérents. Ils préparent également la documentation des enquêtes et peuvent archiver et accorder l'accès aux fichiers de données pour garantir une utilisation ultérieure.

CAPORALI Arianna, MORISSET Amandine, LEGLEYE Stéphane. La mise à disposition des enquêtes quantitatives en sciences sociales : l'exemple de l'Ined. *Population*, 2015, Vol. 70, pp. 567-597. Disponible sur CAIRN.info.

Objet d'étude

Il est fréquent de trouver dans les mémoires et les thèses de sociologie, ainsi que dans les introductions des ouvrages qui relèvent de cette discipline une partie intitulée : « *La construction de l'objet d'études* ». Généralement, le sociologue s'emploie dans un premier temps à parler de son sujet tel que celui-ci est généralement traité dans la vie courante. Qu'est-ce qui en fait un sujet dont on parle, qui questionne, qui intéresse ? Ce faisant, il prend son lecteur par la main en évoquant tout d'abord ce qui lui est familier et le conduit peu à peu vers une démarche scientifique qui passe par une série de ruptures avec le sens commun. La clarification des mots et des concepts est bien entendu nécessaire, mais il s'agit surtout d'un nouveau questionnement, d'une nouvelle problématique qu'il convient de justifier à partir des travaux sociologiques existants, des hypothèses déjà vérifiées, mais de celles qui ne l'ont pas été encore. C'est précisément à ce stade que l'on peut parler d'un objet d'études construit, lequel ne peut plus se confondre avec le sens premier des questions dites d'actualité ou de société. Mais ce que le sociologue dit en quelques pages et qui semble simple est souvent le fruit d'une longue maturation. Le sociologue doit tout d'abord être capable de neutraliser

ses sentiments ou de refouler ses passions. Il lui faut prendre conscience de ses préférences au moment même où il délimite le champ de ses investigations et s'efforcer de rendre compte de la façon la plus objective possible des limites et des inconvénients de la relation intime qu'il entretient le plus souvent avec son objet. C'est à cette condition qu'il pourra vraiment s'affranchir des prénotions et éviter les pièges de la sociologie spontanée. En définitive, construire un objet d'études en sociologie consiste à passer du sens commun au sens sociologique.

PAUGAM Serge. *Les 100 mots de la sociologie*. Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?, 2010, pp. 16-17.

Premier conseil (qui va sans dire, mais sait-on jamais ?) : travailler sur un thème qui vous intéresse, qui vous « questionne ». Deuxième recommandation : votre thème doit pouvoir faire l'objet d'une manière profitable d'un travail de terrain, réalisable dans la durée du temps qui vous est impartie pour le faire [...]. Ce qui implique, troisième principe, une préférence pour le choix de « petits » objets d'enquête, ou plus exactement la traduction d'une question générale, sociale ou académique en question d'enquête, en objet empirique.

Rappelons un principe de base de toute recherche : vous ferez une bonne enquête si vous choisissez un thème qui vous « parle », à propos duquel vous avez envie d'en savoir plus, de découvrir des choses et plus tard, de les faire savoir. Il est donc essentiel que la réalisation de votre enquête de terrain soit guidée par une question de départ qui peut être formulée dans l'univers politico-médiatique ou dans l'univers théorico-académique. C'est cette question de départ qui orientera vos premières lectures et qui vous motivera pour choisir votre terrain et votre mode d'enquête. Cette question de départ subira plusieurs traductions, mais doit être rapidement confrontée à des formulations théoriques (par le biais de lecture) et à la première délimitation d'une population concernée. Qu'une enquête de terrain soit possible sur cette base dépend de l'existence de faits objectivés, c'est-à-dire d'objets, de lieux, d'écrits : quelque chose dont on puisse parler. Il faut que votre question de départ se transforme très vite en thème d'entretien, en thème de conversation. Autrement dit, votre question doit avoir un sens (même si vous ne savez pas encore lequel) dans l'univers d'interconnaissance qui va devenir votre terrain d'enquête.

BEAUD Stéphane, WEBER Florence. *Guide de l'enquête de terrain, produire et analyser des données ethnographiques*. La découverte, Collection Grands repères, 2010, 4^e édition, pp. 27-28.

Pour aller plus loin

Si l'on décide de conduire une enquête, c'est pour répondre à une question que l'on se pose (ou qui nous est posée lorsqu'il s'agit d'une commande). [...]

Tout l'art est ici de transformer la question générale de départ en questions de recherches spécifiques, claires et précises, qui permettront une vérification empirique à travers l'enquête. « Le savant n'est pas l'homme qui fournit les vraies réponses, c'est celui qui pose les vraies questions » remarque Claude Lévi-Strauss dans *Le Cru et le Cuit*.

BERTIER Nicole. *Les techniques d'enquête en sciences sociales. Méthodes et exercices corrigés*. Armand Colin, Collection Coursus sociologie 2016, 4^e édition, p. 45.

Hypothèses

L'organisation d'une recherche autour d'hypothèses de travail constitue le meilleur moyen de la mener avec ordre et rigueur sans sacrifier pour autant l'esprit de découverte et de curiosité. Pourquoi ? D'abord parce que l'hypothèse traduit par définition cet esprit de découverte qui caractérise tout travail scientifique. Fondée sur une réflexion théorique et sur une connaissance préparatoire du phénomène étudié (phase exploratoire), elle se présente comme une présomption non gratuite portant sur le comportement des objets réels étudiés. Le chercheur qui la formule dit en fait : « Je pense que c'est dans cette direction-là qu'il faut chercher, que cette piste sera la plus féconde. »

Mais en même temps, l'hypothèse procure à la recherche un fil conducteur particulièrement efficace qui, à partir du moment où elle est formulée, remplace la question de recherche dans cette fonction, même si celle-ci doit rester présente à l'esprit. La suite du travail consistera en effet à tester les hypothèses en les confrontant à des données d'observation. Parmi l'infinité des données qu'un chercheur peut en principe recueillir sur un sujet, l'hypothèse fournit le critère de sélection des données dites « pertinentes » à savoir leur utilité pour tester l'hypothèse.

QUIVY Raymond, MARQUET Jacques, VAN CAMPENHOUDT Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod, 2017, 5^e édition, pp.167-168.

« L'hypothèse est une proposition anticipée de réponse, une idée pressentie, le point de départ nécessaire de toute recherche, mais attend confirmation par la vérification argumentaire ».¹⁷

L'hypothèse peut être envisagée comme une réponse anticipée que le chercheur formule à sa question spécifique de recherche. Il s'agit d'un énoncé déclaratif précisant une relation anticipée plausible entre des phénomènes observés ou imaginés. En d'autres termes, l'hypothèse est une affirmation anticipée par rapport à une question énoncée autour d'un problème formulé. Elle constitue le lien entre la théorie de départ et le travail de vérification. Elle oriente la démonstration du chercheur.

L'hypothèse peut être confirmée ou infirmée par les résultats de la recherche. Pour qu'elle soit pertinente, elle doit être plausible (vraisemblable), vérifiable, (démontrable), précise (sans ambiguïté, générale (allant au-delà du cas particulier), communicable (compréhensible d'une seule et même façon par quelqu'un d'autre). Elle doit être reliée à la question de départ.

L'hypothèse est une phrase affirmative qui sert de réponse à la question spécifique. Les hypothèses constituent des propositions qui devront être discutées ou défendues par le chercheur, leur vérification donne lieu à une confirmation ou une infirmation des questionnements formulés en début d'étude.

« Faire de la recherche que ce soit en science ou en philosophie, en science pures ou en sciences humaines, c'est appliquer la réflexion à des problèmes, en vue de les résoudre. Une personne entreprend une recherche après s'être rendu compte de son ignorance à propos de quelque chose qu'elle voudrait pourtant savoir ou connaître. On veut savoir pourquoi certaines choses se

¹⁷ Zacharie BÉRÉ, *Techniques et stratégies d'un travail scientifique. Etude, mémoire, thèse et autres recherches*, Abidjan, Ed UCAO, 2006, p142.

produisent ou pourquoi elles sont comme elles sont ; on fait alors des recherches dans l'espoir d'arriver par ce moyen à des théories, des explications, des modèles, des systèmes, etc., qui constituent des réponses ou du moins des éléments de réponse- ce qui est le plus souvent le cas. Une problématique est une organisation systématique des problèmes impliqués par une recherche »¹⁸.

YEO Lacina. *Guide pratique de rédaction et de présentation d'un travail de recherche*. L'harmattan, Collection L'étude africaine, 2012, pp. 23-24.

Outils de recueil de données

L'élaboration des instruments d'observation

Cette phase du travail d'observation consiste à construire l'instrument capable de recueillir ou de produire l'information prescrite par les indicateurs. Cette opération ne se présente pas de la même façon selon qu'il s'agit d'une observation directe ou indirecte.

L'observation directe est celle où le chercheur procède directement lui-même au recueil des informations, sans s'adresser aux sujets concernés. Elle fait directement appel à son sens de l'observation. Par exemple, pour comparer le public du théâtre à celui du cinéma, un chercheur peut compter les gens à la sortie, observer s'ils sont jeunes ou vieux, comment ils sont habillés, etc. [...] La particularité et l'avantage de l'observation directe sont que les informations recueillies par le chercheur sont « brutes » dans le sens où elles n'ont pas été spécialement aménagées, voire arrangées pour lui. Les sujets observés (par exemple les amateurs de théâtre et de cinéma [...]) n'interviennent pas dans la production de l'information recherchée. Celle-ci est manifeste et prélevée directement sur eux par l'observateur.

Dans le cas de l'observation indirecte, le chercheur s'adresse au sujet pour obtenir l'information recherchée. En répondant aux questions, le sujet intervient dans la production de l'information. Celle-ci n'est pas prélevée directement et est donc moins objective. En fait, il y a ici deux intermédiaires entre l'information recherchée et l'information obtenue : le sujet à qui le chercheur demande de répondre et l'instrument constitué des questions à poser. Ce sont là deux sources de déformations et d'erreurs qu'il faudra contrôler pour que l'information apportée ne soit pas faussée, volontairement ou non.

Dans l'observation indirecte, l'instrument d'observation est soit un questionnaire soit un guide d'entretien. L'un et l'autre ont comme fonction de produire ou d'enregistrer les informations requises par les hypothèses et prescrites par les indicateurs.

QUIVY Raymond, MARQUET Jacques, VAN CAMPENHOUDT Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod, 2017, 5^e édition, pp. 213-214.

L'entretien d'enquête n'est pas une situation de bavardage à bâtons rompus entre amis ni une simple discussion de palier avec ses voisins. Ce n'est pas non plus un échange d'arguments pour convaincre ou pour controvertiser, ni un interrogatoire policier ou une confession.

L'entretien est demandé par l'enquêteur pour obtenir de l'information sur un thème ; c'est lui qui est concerné et qui « conduit » l'entretien. Il devra donc utiliser un savoir-faire professionnel pour

¹⁸ UQAM, département de philosophie, « Méthodologie du travail intellectuel »

parvenir à motiver l'enquêté avec attention et gentillesse et l'amener à fournir des informations valables et non des informations « pour faire bonne impression ».

Les entretiens d'enquêtes réalisés montrent que l'enquêté peut se confier sur des sujets très intimes, privés ou même des pratiques répréhensibles : il n'y a pas de sujet qui soit inabordable avec un bon enquêteur. [...]

Dans l'entretien non-directif l'enquêté organise son discours à partir d'un thème qui lui est proposé (le stimulus ou la consigne). Il choisit librement les idées qu'il va développer sans limitation, sans cadre préétabli. [...]

Une recherche peut être conduite à partir uniquement d'entretiens exploratoires non-directifs (pour prendre connaissance d'un terrain). Mais généralement, après quelques entretiens de ce type, on passera à une technique un peu plus directive, comme celle de l'entretien semi-directif ou guidé. Dans ce type d'entrevue, l'enquêteur s'est fixé des zones d'exploration et veut obtenir que le sujet traite et approfondisse un certain nombre de thèmes. [...]

BERTIER Nicole. *Les techniques d'enquête en sciences sociales. Méthodes et exercices corrigés*. Armand Colin, Collection Cours sociologie, 2016, 4^e édition, pp. 69-78.

« L'art d'interroger n'est pas si facile qu'on pense. C'est bien plus l'art des maîtres que des disciples ; il faut avoir déjà beaucoup appris de choses pour savoir demander ce que l'on ne sait pas. » (Rousseau)

La pré-enquête avait pour objet de déterminer « sur quoi » interroger. Maintenant, nous allons nous intéresser aux problèmes de forme : « comment » traduire les indicateurs en question et les formuler. Parce que les outils construits dans le cadre d'une étude sont rarement réutilisables pour une autre, la construction du questionnaire est une nécessité dans le cadre de l'enquête.

Une petite différence dans la formulation de deux questions peut produire des écarts importants. La mise au point d'un questionnaire fiable et valide demande un travail attentif et scrupuleux. Sa construction relève tout autant de « l'art » que de « l'artisanat »¹⁹ (tours de main, savoir-faire, essais) que de principes et de théories. [...]

Le questionnaire conçu comme un instrument devra être standardisé, c'est-à-dire qu'il placera tous les sujets dans la même situation pour permettre des comparaisons entre groupes de répondants : on ne doit pas, en cours de passation, modifier les questions ou ajouter des explications. En même temps le questionnaire devra correspondre aux besoins de l'enquête : chaque question est là parce qu'elle est utile. Ainsi on se demande pour chacune : pourquoi poser cette question ? À quoi servira-t-elle ?

BERTIER Nicole. *Les techniques d'enquête en sciences sociales. Méthodes et exercices corrigés*. Armand Colin, Collection Cours sociologie, 2016, 4^e édition, pp. 91-92.

Spécificités des données et des informations à caractère sanitaire et social

Les données et informations à caractère sanitaire et social peuvent être obtenues directement auprès de la population ou auprès de professionnels ou institutions qui interviennent en santé-social. Elles concernent surtout la vie privée des individus, elles peuvent concerner leur état de santé, leurs

¹⁹Un manuel américain de référence s'intitule : « The Art of Asking questions », (J. D. PAYNE, Princeton University Press, 1951)

habitudes de vie, leur histoire de vie, leur revenu, leur statut social,... Elles peuvent toucher à l'espace intime des personnes, à leur espace personnel dans toutes ces dimensions. Elles permettent de caractériser l'état de santé ou de bien-être des personnes ou des populations. Aussi, le secret médical et le secret professionnel dans le secteur social garantissent la protection de la vie privée des individus et permettent une rencontre entre le professionnel et l'utilisateur/la personne accompagnée en toute confiance, cela d'autant plus que les usagers sont souvent en situation de fragilité. Comme toutes les données collectées, elles doivent être de qualité et actualisées autant que possible puisque leur analyse va permettre une prise de décision. La qualité des informations est essentielle tant au niveau de l'individu où elles participent aux propositions concernant sa prise en charge, son accompagnement ou son conseil, qu'au niveau collectif dans le cadre d'une étude nationale, régionale, locale permettant de construire des choix, participer à la construction des décisions ou à leur adaptation.

Protection de l'information

Les épidémiologistes utilisent souvent des données à caractère personnel ; le droit à la confidentialité doit donc être respecté. Travailler avec les données personnelles est un privilège qui appelle un haut degré de protection de données. Au-delà des exigences établies par l'autorité de protection des données personnelles, les épidémiologistes doivent élaborer des normes de travail qui réduisent au maximum les risques de rupture de la confidentialité.

GOLDBERG Marcel (sous la direction de). Recommandations de déontologie et bonnes pratiques en épidémiologie. 2007, p.15.

Pour aller plus loin

En France, un certain nombre de règles juridiques encadrent la collecte de données auprès d'une population.

Lorsqu'un chercheur en sciences sociales en France souhaite collecter des données auprès d'une population, il doit respecter un certain nombre de règles juridiques (Règlement européen sur la protection des données, loi informatique et libertés, etc.). [...]

L'article 8 I de la loi n° 78-17 modifiée du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés stipule :

« Il est interdit de collecter ou de traiter des données à caractère personnel qui font apparaître, directement ou indirectement, les origines raciales ou ethniques, les opinions politiques, philosophiques ou religieuses, ou l'appartenance syndicale des personnes, ou qui sont relatives à la santé ou à la vie sexuelle de celles-ci ».

Cette interdiction peut être levée sous certaines conditions, notamment lorsque l'enquête donne son consentement exprès, et que l'enquête est considérée comme relevant de la recherche publique.

Une enquête en partenariat international peut impliquer un transfert de données entre pays : lorsque tout ou partie d'un fichier contenant des données sur des personnes est transféré vers un pays étranger, le responsable du transfert doit s'assurer auprès de la DPO (Déléguée à la protection des données) que la législation de l'État vers lequel il envoie ses données garantit un niveau de protection des données personnelles équivalent au pays d'origine. C'est le cas de tous les pays de l'Union

européenne. Hors de l'Union européenne, la situation est à examiner au cas par cas avec l'aide de la DPO.

INED [[site internet](#)]. *Les démarches.*

Le Règlement Général de Protection des Données est un texte réglementaire européen développé pour encadrer le traitement des données de manière égalitaire sur tout le territoire de l'Union Européenne. Il a pour visée de permettre aux entreprises européennes de développer leurs activités numériques dans un contexte juridique égalitaire et compétitif. Du fait qu'il est un règlement, le RGPD ne nécessite aucune transposition juridique dans les États membres, il devra donc être appliqué de la même manière sur tout le territoire européen.

Le RGPD s'inscrit dans la continuité de la Loi française Informatique et Libertés de 1978 établissant des règles sur la collecte et l'utilisation des données sur le territoire français. Il a été conçu autour de 3 objectifs :

- renforcer les droits des personnes ;
- responsabiliser les acteurs traitant des données ;
- crédibiliser la régulation grâce à une coopération renforcée entre les autorités de protection des données.

Le RGPD est entré en application le 25 mai 2018. Les professionnels du numérique concernés par le traitement des données sont donc désormais tenus de se mettre en conformité avec les prescriptions du Règlement.

Portail de l'Économie, des Finances, de l'Action et des Comptes publics [[site internet](#)]. *Le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), mode d'emploi.* Bercy Infos, 2018.

Éthique

L'éthique renvoie dans un premier sens à la notion morale, notion que l'on peut entendre dans un sens objectif, de morale collective, ou dans un sens subjectif, de morale individuelle. Or, ni dans la première (éthique collective), ni dans la seconde (éthique individuelle), l'éthique ne peut justifier à elle seule qu'elle soit admise ou écartée une limite juridique. Cette solution peut sembler étonnante notamment en matière biomédicale, alors que l'éthique est omniprésente, et souvent avec la bénédiction des pouvoirs constitués. Elle s'explique pourtant assez facilement dans une société démocratique soucieuse à la fois de neutralité morale et de sécurité juridique.

DEBUIRE Brigitte, HIRSH Emmanuel. *La recherche peut-elle se passer d'éthique ?* Vuibert, Collection Espace éthique, 2004, p. 24.

Éthique et morale sont deux termes qui, par leur origine étymologique, sont équivalents : « éthique » (introduit en France en 1265) renvoie à une racine grecque, *ethos* (mœurs), et « morale » (mot latin proposé par Cicéron pour traduire le mot grec « éthique » qui apparaît en France en 1530) renvoie à

une racine latine, *mores*. Cela explique la difficulté à choisir l'un ou l'autre. Il convient donc de se référer à l'histoire des idées. [...]

Il n'existe pas de définition consensuelle de l'éthique et le concept oscille, selon les auteurs, entre réflexion portant sur la notion de Bien et énoncé de règles normatives.

Nous proposons de qualifier d'éthique, la réflexion qui intervient en amont de l'action et qui a pour ambition de distinguer la bonne et la mauvaise façon d'agir²⁰. Le domaine de l'éthique est celui du bon et du mauvais, ou du juste et de l'injuste²¹. Ces notions relatives se forment à partir du système de valeurs et des attitudes des acteurs. Il est cependant possible d'opter pour une certaine objectivité en éthique : Boudon [1995] montre ainsi que le bon et le vrai peuvent exister indépendamment du temps, du lieu ou des intérêts.

Par rapport à la morale (vue comme un ensemble de normes conformes à un groupe à dimension universelle et qui s'imposent à tous), l'éthique doit permettre à l'individu de faire valoir sa parole et ses intérêts propres.

Le problème fondamental qui se pose à l'acteur est centré sur la manière dont il tente de concilier consciemment la recherche de son intérêt personnel et le respect de celui des autres²². La question ne se pose qu'à celui qui, libre de ses décisions, détient du pouvoir sur ses partenaires.

MERCIER Samuel. Introduction : le besoin d'éthique. In *L'éthique dans les entreprises*. La découverte, Collection Repères, 2004, pp. 3-12. Disponible sur CAIRN.info.

Notion complémentaire

Éthique de l'investigation

Pour mémoire, il faut rappeler les précautions d'ordre éthique concernant les personnes « se prêtant à des recherches biomédicales », comme le formule la loi française. Cet impératif du consentement concerne également les recherches en santé publique, à tous les niveaux. Chacun doit pouvoir savoir que des informations le concernant seront utilisées dans des études et qu'il peut le refuser. Chacun doit, par ailleurs, pouvoir accéder s'il le désire aux documents de recueil de l'information et aux résultats. Évidemment ces obligations sont plus faciles à satisfaire lorsque les études sont réellement participatives. La rigueur des méthodes est également un impératif éthique, en même temps que technique. Un questionnaire mal fait, non pré-testé par exemple, n'est pas acceptable : on ne peut pas amener les gens à parler d'eux, parfois dans le champ de leur vie intime, avec la désinvolture de questionnaires ou de guides d'entretien approximatifs. Heureusement le public dispose d'un moyen de défense : la non-réponse, traduisant souvent une gêne ou un désaccord devant les questions formulées... et que bien des professionnels interprètent comme un désintérêt, rejetant sur les personnes interrogées la responsabilité de leurs propres errements. En recherche comme ailleurs, la compétence est une valeur éthique. Bâcler la bibliographie préalable à une étude (... ou ne pas la faire du tout), sélectionner les références allant dans le sens attendu, généraliser à une population des résultats observés sur un échantillon non représentatif, présenter des résultats partiels, sont à l'évidence des pratiques moralement inacceptables – et pouvant confiner à la fraude scientifique.

²⁰MERCIER, 2002, p. 34

²¹BERGMANN, 1997, p. 1239

²²COURRENT, 2003, p. 140

Échantillon

Il a fallu attendre le début du XX^e siècle et le progrès de la statistique pour que naisse l'idée que la bonne connaissance d'une partie d'un domaine, que l'on appellera échantillon, permette la bonne connaissance du tout de ce domaine, tout en réduisant considérablement le coût d'une démarche exhaustive, ou en rendant l'opération tout simplement possible en évitant le harcèlement statistique de la population. Dire que les résultats obtenus sur un échantillon sont valables pour l'ensemble, revient à prétendre que les caractéristiques, opinions, etc., des quelques personnes interrogées représentent approximativement celles de la population sur laquelle porte notre étude ; on parle alors d'un échantillon représentatif. Cette prétention est hardie et, dès l'origine, la question de la généralisation a été au centre de débats scientifiques passionnés.

PAUGAM Serge. *L'enquête sociologique*. Presses Universitaires de France, Collection Quadrige Manuel, 2012, 2^e édition, p. 71-72.

Sous ensemble de la population (d'individus, de groupes ou d'objets quelconques) étudiée sur laquelle portera effectivement l'observation ou le recueil de d'informations (via par exemple l'enquête par questionnaire ou les entretiens). L'échantillon peut être représentatif ou caractéristique de cette population.

QUIVY Raymond, MARQUET Jacques, VAN CAMPENHOUDT Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod, 2017, 5^e édition, p. 381.

Traitement des données

L'analyse des informations est l'étape qui traite l'information obtenue par l'observation pour la présenter de manière à pouvoir comparer les résultats observés aux résultats attendus par hypothèse.

Cette étape comprend trois opérations :

- la première opération consiste à préparer les données et informations. Cela revient d'une part à les présenter (abrégés ou non) sous la forme requise par les variables impliquées dans les hypothèses et, d'autre part, à les présenter de manière à permettre leur analyse ;
- la deuxième opération consiste à mesurer les relations entre les variables, conformément à la manière dont ces relations ont été prévues par les hypothèses ;
- la troisième opération consiste à comparer les relations observées aux relations théoriquement attendues par hypothèse et à mesurer l'écart entre les deux. Si l'écart est nul ou très faible, on

pourra conclure que l'hypothèse est confirmée ; sinon il faudra examiner d'où vient l'écart et tirer des conclusions appropriées.

Les principales méthodes d'analyse des informations sont l'analyse statistique des données et l'analyse de contenu. La fieldresearch constitue un exemple de mise en œuvre complémentaire de différentes méthodes d'observation et d'analyse des informations.

QUIVY Raymond, MARQUET Jacques, VAN CAMPENHOUDT Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod, 2017, 5^e édition, p. 313.

Les réponses aux questions de l'enquête ne peuvent généralement être traitées telles qu'elles ont été recueillies sur le terrain : il faudra les mettre sous une forme qui les rende aptes à être analysées. Avec la réalisation d'un codage, on passera des données brutes aux données préparées pour l'analyse. Ensuite les traitements classiques de données d'enquête quantitative seront exposés : distribution des fréquences, tableaux croisés et analyse multivariée. Enfin les résultats sont destinés à être présentés dans un rapport d'enquête [...].

L'exploitation des enquêtes est souvent réalisée à l'aide de l'ordinateur avec des logiciels spécialisés. On effectue ainsi sans difficultés un grand nombre de calculs divers. Néanmoins, il est important de comprendre l'opération qui s'exécute automatiquement lorsqu'on active la commande d'un logiciel. Il est donc utile d'effectuer manuellement l'analyse d'une enquête à petite échelle : c'est la meilleure façon de comprendre la logique des procédures de traitement et de représentation des données. C'est pourquoi vous aurez à vous exercer sur de petits fichiers d'enquête. Mais vous aurez aussi à travailler sur des résultats issus de traitements informatiques.

BERTIER Nicole. *Les techniques d'enquête en sciences sociales. Méthodes et exercices corrigés*. Édition Armand Colin, Collection Cursus sociologie, 2016, 4^e édition, p. 226.