La santé, c'est notre affaire

Autor(en): **Cresson-Steinauer, Geneviève**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse**

Band (Jahr): **79 (1987)**

Heft 1

PDF erstellt am: **25.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-386267

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Les risques? Ils dépendent surtout de facteurs sociaux. Le travail sanitaire? Celui des femmes dans la famille est primordial. Les objectifs? Un choix politique avant tout.

La santé, c'est notre affaire

par Geneviève Cresson-Steinauer

La crise de l'Etat-providence a fait fleurir le thème: **«La santé, c'est votre affaire».** Mais en contrepoint, un autre discours vient le contredire: la santé, c'est l'affaire des professionnels. De fait, le système de soins (encore trop souvent appelé, à tort, système de santé: parle-t-on du département de l'intelligence cantonale pour désigner l'instruction publique?) et les décisions sanitaires échappent de plus en plus aux profanes, aux non-professionnels. Alors, notre affaire ou pas? Essayons de poser quelques jalons.

Les risques d'abord. Ils sont notre affaire: ils ne sont pas également répartis dans la population.

Cristallisation des inégalités

Dans les années récentes, une abondante série de travaux est venue étayer cette certitude: selon votre catégorie d'emploi ou de revenu, les risques que vous encourez sont plus ou moins importants. A 35 ans, l'espérance de vie d'un manœuvre français est à peine de plus de 34 ans; elle est de 42 ans pour les cadres supérieurs et professions libérales. Autrement dit, le manœuvre de 35 ans est soumis au même risque de décès que le cadre supérieur de 53 ans[1]. Plus terribles encore, les différences qui touchent nos enfants: les Anglais ont établi que les risques d'accident mortel pour les piétons de 1 à 14 ans sont 5 à 7 fois plus importants pour les enfants des classes les plus populaires que pour ceux des classes supérieures. Et ces différences peuvent encore s'accroître pour d'autres causes de mort enfantine. La différence des risques encourus ne peut pas s'expliquer uniquement en termes d'exposition sur le lieu de travail. C'est bien sûr une dimension importante[2], où les risques liés à l'utilisation de produits chimiques ou d'engins lourds, par exemple, sont renforcés lorsque le statut des travailleurs est précaire (immigrés), lorsque la contrainte du temps s'élève (cadences), etc.
A toutes les conditions liées au travail s'ajoutent les nuisances de l'environ-

nement: HLM bruyants construits en bordure d'autoroutes, moindre confort du logement et des voitures par exemple. L'impact des inégalités salariales n'est pas négligeable. Il ne se lira pas uniquement sur les consommations médicales ou la couverture en matière d'assurance, mais aussi – beaucoup plus indirectement – sur la qualité des consommations alimentaires et de toutes ces consommations «de confort» qui permettent éventuellement de faire un sort à la fatigue et au stress: loisirs, sport, vacances...
Entremêlées aux différences environnementales et économiques, les différences d'ordre culturel et relationnel. Selon le niveau d'études atteint, selon la proximité culturelle avec la médecine savante, selon que vous avez ou non des médecins ou des infirmières dans votre famille ou dans vos relations, vous aborderez différemment les questions de santé, de prévention, de risque. Vous aurez une certaine complicité avec les soignants, une certaine familiarité avec leur souci préventif, même si vous n'appliquez pas tous leurs conseils à la lettre. Ou bien, au contraire, le médecin restera pour vous un personnage plutôt lointain, dont vous ne comprendrez guère les explications, et aux ordres de qui vous vous rendrez le plus tard possible...
Enfin, mentionnons au passage les différences de risque entre les sexes. Les femmes ont une meilleure espérance de vie que les hommes, à tous les âges. Moins souvent victimes d'accident, elles sont par contre plus facilement conduites à consulter un médecin, en dehors même des maternités. Il semble bien qu'on tolère davantage la maladie chez elles, et qu'on préfère les voir consommer des psychotropes et tranquillisants que contester les discriminations dont elles sont l'objet au travail, dans la famille ou... dans le syndicat!

«Est-ce la fumée qui tue les travailleurs ou le travail qui tue les fumeurs?»

Face à cette inégale répartition des risques, comment affirmer que «la santé, c'est notre affaire»? Il y a au moins deux moyens d'y arriver, dont la contradiction est éclairante.
Le premier consiste à braquer le projecteur sur la marge de manœuvre individuelle qui reste à chacun, c'est incontestable, une fois balisés les risques encourus. Attachez votre ceinture, roulez moins vite et cessez de fumer... Mais aussi: prenez personnellement des habitudes de vie saines, et ne comptez pas trop sur la médecine réparatrice, forcément limitée – et chère! (Au détour, vous reconnaîtrez que les habitudes de vie saines sont plus facilement accessibles aux classes moyennes et supérieures qu'aux autres, pour des raisons à la fois économiques et culturelles, mais ne le dites pas trop haut, on vous taxerait de mauvais esprit. Des habitudes de vie saines, en effet, ce sont une alimentation variée et conforme aux normes diététiques, la pratique des sports les plus adéquats aux besoins

de l'organisme, un rythme de vie équilibré où fatigue et stress sont régulièrement compensés...)
Les recherches épidémiologiques et sociales vont dans ce sens à chaque fois qu'elles mettent l'accent sur les comportements individuels plutôt que sur les conditions collectives de vie. Un chercheur impertinent les a critiquées en posant une question apparemment naïve: *«Est-ce la fumée qui tue les travailleurs, ou le travail qui tue les fumeurs?»* Dans la grossesse, on a davantage étudié (une fois encore) les conséquences de la fumée que celles du travail ménager, et c'est logique. Vous pouvez interdire à une femme enceinte la cigarette, mais qui fera le ménage si vous le lui interdisez? On ne se pose guère la question, ce qui est la plus sûre façon de ne pas connaître la réponse...
Il faut ainsi savoir que la définition médicale ou épidémiologique du risque ne rend compte que d'une partie de celui-ci. Elle privilégie les facteurs sur lesquels chercheurs et médecins pensent qu'une action immédiate est possible, dans un souci pragmatique à court terme. Les aspects comportementaux et individuels sont ainsi survalorisés, tandis que restent dans l'ombre les conditions collectives et sociales sur lesquelles il est autrement plus difficile d'agir. Et cette façon de voir les choses imprègne largement l'éducation à la santé et les discours sur les risques en la matière.

Responsables, oui mais...

Il y a une autre manière d'affirmer que *«la santé, c'est notre affaire»,* c'est de poser ce constat au plan collectif. Ceux qui partagent ce point de vue condamnent la myopie sociale décrite plus haut (celle qui place dans la modification des seuls comportements individuels les espoirs d'amélioration de la santé) en la rapprochant des espoirs insensés mis dans la mobilité sociale, réputée accessible à tout le monde. On trouve certes, ici et là, des individus qui réussissent, des *self-made-men* et des *guéris-à-force-de-volonté*. On oublie, ce faisant, que l'échec des programmes visant à modifier les comportements individuels tient justement à la non-prise en compte des contextes social, économique et culturel.
Au surplus, le modèle individualiste concourt à culpabiliser ceux qui n'ont pas réussi à rester en bonne santé. En tombant malade, vous signez votre non-conformité au bon modèle, c'est votre faute; un pas de plus, et vous voilà sommé d'assumer le risque économique de votre maladie! Enfin, et plus généralement, il occulte sous des qualificatifs médicaux des rapports qui sont de nature politique ou sociale. L'accidenté du travail entre à l'hôpital sous l'étiquette de «polytraumatisé» ou de «grand brûlé», non pas comme victime d'une mauvaise organisation de chantier ou d'une politique d'immigration de type presse-citron: à ce stade-là de la démarche médicale aussi, les dimensions collectives de la santé sont évacuées...

La prise en compte de ces dimensions ne s'oppose nullement, bien entendu, à la responsabilisation des individus. Elle refuse simplement d'en faire le seul terrain d'action possible. Elle élargit son approche aux champs du politique, du social, de l'économique. L'ampleur de la tâche est certes insondable, si l'on veut bien admettre que nos valeurs dominantes (la compétitivité exacerbée, par exemple) représentent aussi des risques pour la santé. Mais quel sens y aurait-il à ne vouloir considérer que les derniers maillons d'une longue chaîne?

Toubibs et profanes, collègues de travail

Les risques sont donc notre affaire, en ce sens qu'ils ne peuvent être appréciés correctement qu'en termes collectifs. Mais le travail sanitaire aussi nous concerne directement, il n'est pas l'affaire exclusive des professionnels. Il ne s'agit évidemment pas de contester les spécificités de ceux-ci, leur bagage de connaissances, leur savoir-faire, ni même leur dévouement... Il s'agit de rappeler une série d'évidences trop souvent oubliées. Et d'abord ceci: sans le travail des profanes, celui des professionnels ne pourrait pas s'exercer. On nous dit plus souvent l'inverse, qui est également vrai. Mais imaginons que les parents cessent de s'inquiéter de la santé de leurs gosses: qui donc irait chez le pédiatre? Quand un professionnel reçoit un patient, ce n'est pas le début d'un travail sanitaire, mais sa continuation. Le patient se rend chez lui avec un pré-diagnostic (même mal formulé), en ayant déjà trié des informations, en ayant déjà une idée (même approximative) du traitement qui suivra. Alors, travail sanitaire ou pas?

La prise en charge de la santé physique et mentale au sein de la famille, par exemple, est trop souvent considérée – uniquement ou prioritairement – comme un soutien d'ordre émotionnel ou relationnel, en particulier lorsqu'il s'agit d'entourer les personnes âgées, infirmes ou malades. On en fait, pour dire vite, une question d'amour. Mais il existe une autre dimension, beaucoup moins mise en valeur, en particulier lorsqu'on préconise la prise en charge à domicile des convalescents ou des personnes âgées pour éviter une hospitalisation prolongée: c'est tout le travail que cela représente. La santé, ainsi, ne peut être assurée qu'au prix d'une multidude de tâches que l'on relègue au niveau du domestique alors même qu'elles sont essentielles pour la survie et le bon développement des membres de la famille.

Tâches matérielles incontournables (changer les bébés, faire la lessive, entretenir le logement, préparer les repas), auxquelles il faut ajouter toutes les tâches centrées sur la relation ou l'éducation. Quand il s'agit des soins dispensés par une bonne infirmière, on admet qu'elle doit aussi se préoccuper du confort psychologique du patient, de sa compréhension des consi-

gnes... Pourquoi donc cela, qui est une tâche professionnelle reconnue, ne peut-il être considéré comme un travail dès lors que ce sont des profanes qui l'effectuent à la maison?

Au front... sans le savoir

Ce travail domestique sanitaire et éducatif tout à la fois requiert du temps, des savoir-faire et des connaissances qui ne sont pas vraiment reconnus socialement. A cela, plusieurs raisons.
D'abord, les qualités requises ici sont présentées non pas comme des compétences acquises, mais comme des qualités «innées» qui s'épanouiraient le mieux dans un contexte affectif. Il y a là une méprise importante: les soins dispensés par les membres de la famille sont ceux qui prennent le plus de temps et d'énergie.
En outre, ce sont jusqu'à présent les femmes qui, pour l'essentiel, prennent en charge les tâches liées aux soins et à la santé des personnes de leur entourage. Les enquêtes sont unanimes: la participation des hommes (enfants, maris, pères ou autres) n'existe que marginalement. Les femmes sont ici en première ligne. Leur disponibilité de fait à l'intérieur de la famille, même doublée d'un manque d'autonomie à l'intérieur du champ sanitaire, est pourtant de plus en plus restreinte du fait de leur travail professionnel (qui tarde, soit dit en passant, à entraîner un meilleur partage des responsabilités domestiques...).
Enfin, les «mêmes» tâches qui sont accomplies contre rémunération à l'hôpital le sont gratuitement à l'intérieur de notre entourage. On ne va ni le regretter, ni exiger que les «profanes» soient rétribués pour cela. Il s'agit simplement de constater que le travail effectué gratuitement devient du même coup invisible, sans valeur, sans reconnaissance. A tel point que les mères elles-mêmes affirmeront *«ne rien faire de particulier»* pour la santé de leurs enfants, et partagent souvent la cécité sociale à propos de leurs propres tâches sanitaires.

La santé, notion mouvante

Poser la question des comportements et conditions de santé en termes de travail à assumer (avec ses composantes de formation, d'information, de temps et de disponibilité, avec ses aspects matériels, relationnels et financiers), c'est donc permettre une véritable reconnaissance de ce que nous faisons pour notre santé. Or, ces querelles de définition (travail ou pas?) ne sont pas aussi byzantines qu'on pourrait le craindre. Elles sont un enjeu de taille.
La conception même de ce qui est sain, de ce qui est bon pour la santé,

varie selon les époques, les milieux sociaux et les spécialités des professionnels. Certes, le temps est révolu, où la crasse était censée protéger notre corps contre les maladies, où le recours à l'eau pour l'hygiène personnelle était suspect. Mais, plus près de nous, les vertus de l'allaitement maternel ou celles de tel médicament par la suite retiré du marché, et tant d'autres choses, ont subi ce qu'il faut bien appeler des modes changeantes.
De plus, à un moment donné, les contemporains ne partagent pas la même conception de ce qu'est la santé ou la maladie, de la conduite adoptée en cas de douleur ou de maladie. L'une des clefs de l'explication de ces divergences réside dans les différents rapports au corps que vivent les individus, selon leur situation sociale, le métier qu'ils exercent, leurs caractéristiques de sexe, d'âge, etc. C'est donc bel et bien toute l'insertion sociale des individus, toute leur socialisation, qui joue sur les différentes conceptions de la santé et de la maladie. Et il ne serait pas réaliste de prétendre agir sur ces conceptions hors de toute transformation de la situation professionnelle et sociale des individus concernés.

Et si on en causait?

Il n'empêche que les non-spécialistes sont de plus en plus dépossédés du premier pouvoir dans le domaine sanitaire: celui de définir ce qu'est la maladie, ce qui relève – ou ne relève pas – du champ sanitaire ou de la médecine. Le corps médical s'est approprié ce pouvoir, et le chercheur américain Freidson a bien montré qu'il décrète les normes sanitaires comme les pouvoirs législatifs ou religieux décrètent les normes juridiques ou pastorales. Toute la question est de savoir s'il y a, ou non, abus de pouvoir.
Or, il y a nécessairement abus de pouvoir lorsque la profession médicale détermine seule en quoi consiste son travail. A quels besoins, en somme, elle doit répondre. Car, dès lors, ce sont les médecins qui définissent tranquillement nos besoins de santé. Ils se prévalent de leur compétence technique pour imposer un choix qui ne l'est pas, un peu comme ces électriciens tellement imbus de leur «maîtrise» du nucléaire qu'ils s'estiment fondés à déterminer le nombre et l'implantation des centrales nécessaires à leurs yeux...
Si la santé, comme l'énergie, est notre affaire, alors il nous appartient d'abord de dire ce que nous jugeons prioritaire dans les objectifs, l'ampleur ou le choix des moyens. La compétence des médecins peut s'exercer dans l'édiction de normes techniques, elle n'a pas à envahir – même si c'est avec notre complicité plus ou moins tacite qu'elle y a réussi jusqu'à présent – le champ politique; elle n'a pas à y court-circuiter la libre discussion des citoyens. Cela aussi, cela d'abord, c'est notre affaire.

[1] *Données sociales,* INSEE, Paris 1984 (p. 350).
[2] Voir les documents USS *Sécurité et santé au travail,* Berne, octobre 1983, *Amiante et santé,* Berne, février 1985 et *Temps de travail et sécurité,* Berne, octobre 1986. Cf. aussi B. Cassou, *Les risques du travail,* éd. Maspéro, Paris 1985.

Références

Sur ces questions, consulter:

Cassou, B.; Huez, D.; Mousel, M.-L.; et coll.
Les risques du travail, Maspero – La Découverte, Paris, 1985.

Colliere, M.-F.
Promouvoir la vie, Interéditions, Paris 1982.

Crawford, R.
C'est de ta faute, l'idéologie de la culpabilisation de la victime et ses applications dans les politiques de santé; article reproduit dans le très intéressant recueil cité ci-après:

Bozzini, L. et coll.
Médecine et société, les années 80, Ed. coop. Albert St Martin (Québec) 1981.

Freidson, E.
La profession médicale (original 1970: traduction française: 1984) – Payot Paris.

Guyon, L.; Simard, R.; Nadeau
Va te faire soigner t'es malade!, Ed. Shanké (Canada) 1981.

Townsend, P.; Davidson, N.
Inequalities in health – The black report. Penguin Books, Harmondsworth 1982.