



HAL
open science

Un exemple de déphasage entre activité gouvernementale et activité de recherche. Le rapport Black et la recherche sur les inégalités de santé

François Briatte

► **To cite this version:**

François Briatte. Un exemple de déphasage entre activité gouvernementale et activité de recherche. Le rapport Black et la recherche sur les inégalités de santé. Sciences, Communication et Société : Engagements, déplacements, résistances dans les pratiques de recherche au quotidien, May 2006, Lyon, France. halshs-00118298

HAL Id: halshs-00118298

<https://shs.hal.science/halshs-00118298>

Submitted on 4 Dec 2006

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - ShareAlike 4.0 International License

**Un exemple de déphasage entre activité scientifique et activité gouvernementale.
Le rapport Black et la recherche sur les inégalités de santé.**

Séminaire CS2O/CRICS « Engagements, déplacements et résistances dans les pratiques de recherche au quotidien », Lyon, École Normale Supérieure – Lettres et Sciences Humaines, mardi 23 mai 2006.

François Briatte
Étudiant, Institut d'Études Politiques de Grenoble

briatte@gmail.com

Introduction

*Si les chercheurs sont des porte-parole, à qui parlent-ils ? Qui sont les autres représentants auxquels ils s'opposent ? Comment font-ils pour régler les controverses entre représentants ? **

Je vais essayer de présenter, dans les grandes lignes, un exemple de déphasage entre activité scientifique et activité gouvernementale. Au début des années 1980, la Grande-Bretagne a connu une vive controverse entre deux protagonistes : les praticiens de santé publique d'un côté, le gouvernement conservateur nouvellement élu de l'autre. Leur conflit s'est cristallisé autour d'un rapport rendu au gouvernement en 1980, que l'on désigne comme le « rapport Black¹ » du nom du président de son comité scientifique.

L'objet de cette communication est de retracer le déroulement de cette controverse et de montrer en quoi elle constitue une situation typique dans laquelle, pour reprendre termes de la présentation du séminaire, « les pratiques du chercheur [se sont retrouvées] en porte à faux avec les cadrages politiques et institutionnels ».

Mon intention est aussi de souligner un paradoxe : alors que le gouvernement conservateur s'était montré totalement désintéressé vis-à-vis des thèmes et des pratiques de recherche consacrées par le rapport Black, la recherche sur les inégalités de santé est aujourd'hui une branche prédominante de la recherche médicale en Grande-Bretagne.

* B. Latour, *La science en action. Introduction à la sociologie des sciences*, 2^e éd., Paris, La Découverte, 2005, p. 335.
Je remercie Joëlle Le Marec et Igor Babou d'avoir intégré cette communication dans le planning du séminaire.

Je vais suivre un plan totalement dénué d'imagination qui dissipera vos derniers doutes sur ma formation de politiste. C'est un plan en deux parties : en premier lieu, je présenterai les facteurs qui ont amené science et politique à se déphaser ; en second lieu je présenterai deux types de conséquences de cette divergence d'intérêts respectifs.

I. Les facteurs de déphasage entre science et politique

Pour commencer, on peut ramener le déphasage entre activité scientifique et activité gouvernementale à deux dynamiques de fond :

1. Le cheminement scientifique de la santé publique britannique d'une part ;
2. Le parcours politique du parti conservateur d'autre part.

1. Le cheminement scientifique de la santé publique en Grande-Bretagne

Concernant la santé publique britannique au 20^e siècle, elle se résume très schématiquement à trois grands paradigmes :

1. Le premier est hérité du 19^e et des travaux d'Edwin Chadwick, dont la lignée intellectuelle s'étend jusqu'aux années 1930. C'est l'époque de la *social medicine* très inspirée par l'« humanisme scientifique² », qui va dénoncer la condition de la classe ouvrière en Grande-Bretagne.
2. Le second paradigme représente la « nouvelle donne » de l'après Seconde guerre mondiale. La création du *NHS* laisse penser à un aboutissement des objectifs Beveridgiens en termes de santé, par conséquent l'intérêt pour les inégalités de santé passe au second plan.
3. Ce paradigme se referme définitivement dans le courant des années 1960, quand il apparaît clairement que le *Welfare State* n'a pas tenu toutes ses promesses et que la pauvreté subsiste.

Dans cette optique, la santé publique redécouvre l'étiologie de la « médecine sociale », c'est-à-dire un mode de distinction du normal et du pathologique ancré dans la société, dans ses représentations et ses stratifications.

Ce qui caractérise cette évolution de la santé publique, c'est, d'une part, qu'il s'agit d'une évolution de long terme, avec des ramifications jusqu'au 19^e siècle, et d'autre part une resocialisation de la discipline. Cette évolution est consacrée par le rapport Black³, qui formule une série de recommandations induisant des dépenses publiques massives, sur le mode de l'« intellectuel de gouvernement » défini par Gérard Noiriel⁴.

2. La dynamique politique du parti conservateur

Or la dynamique politique britannique emprunte au même moment une direction diamétralement opposée. Un gouvernement conservateur est élu en 1979 : non seulement il s'est fixé une ligne d'horizon d'austérité budgétaire drastique à court terme, mais en plus il s'est fait élire sur un programme de retranchement de l'État-providence.

Autrement dit, les conditions sont réunies pour que les relations entre la recherche en santé publique et le gouvernement britannique deviennent schismatiques.

	<i>Vitesse de changement</i>	<i>Rapport au social</i>
<i>Dynamique scientifique</i>	Temps long : ajustements progressifs sur plusieurs dizaines d'années	Resocialisation , retour au social et aux explications sociales de la maladie
<i>Dynamique politique</i>	Temps court : alternance politique très marquée, survenue rapidement (1979)	Retranchement , discours orienté sur le dévidement des politiques sociales

Tableau 1 : cheminements de la santé publique et du discours politique en Grande-Bretagne.

Par conséquent, la publication du rapport Black et sa réception glaciale par les autorités publiques permettent de constater ce *hiatus*, ce déphasage qui déstabilise le pacte « science société », à travers deux types de conséquences principales.

II. La résistance des milieux de recherche

1. Éléments de contexte

Quelques éléments de contexte tout d'abord, qui permettent d'entrevoir sur quelles bases le conflit va pouvoir se déclencher⁵.

À la réception interne du rapport, le secrétariat d'État chargé de la Santé juge le rapport inconséquent, ce qui transparaît dans la manière dont le rapport est publié d'au moins trois manières :

- Le *timing* : le rapport est publié en plein mois d'août ;
- Le format : le rapport est publié sous forme de « document de travail » ;
- Le volume : le rapport est publié en 260 exemplaires⁶.

On peut rajouter un quatrième élément : en 1987, une suite sera rédigée au rapport Black. La conférence de presse qui doit en annoncer la publication sera annulée⁷.

2. Des pratiques aux résistances scientifiques

Pour en venir aux conséquences, j'en vois principalement deux, qui permettent de saisir comment les pratiques de recherche se sont mutées en résistances.

1. Au niveau des conséquences immédiates, le comportement du secrétariat d'État a suscité une réaction de la société civile sur le registre « Guerre des Étoiles », qui a héroïsé le rapport Black face au gouvernement britannique. La presse travailliste a noté l'incident immédiatement, et les syndicats ont repris les conclusions du rapport Black dans leurs conférences annuelles.
2. Outre cette réaction épidermique, les milieux de recherche ont construit une réaction beaucoup plus froide, plus « tempérée », mais que l'on peut qualifier de résistance sans trahir le sentiment de l'époque.

Je vais en présenter trois manifestations :

1. La réaction des chercheurs a d'abord été de neutraliser le vocabulaire inhérent aux inégalités de santé. Les inégalités sont devenues des « variations ». Ce jeu de grammaire scientifique conforte Wittgenstein au sujet des « usages fluctuants⁸ » des mots, qui n'ont pas de sens mais des usages, et conforte également Passeron quand il parle d'« immédiateté perceptible » du vocabulaire. Cet ajustement de la terminologie au jeu politique est une première forme de « camouflage », pour filer un peu la métaphore militaire.
2. Par ailleurs, la recherche britannique a innervé la recherche internationale : la Suède, les Pays-Bas, l'Espagne se sont tous préoccupés des inégalités de santé dans les années qui ont suivi le rapport Black. Il faut placer une hypothèque sur cette observation, qui n'est peut-être qu'une simple contingence des événements. Pour autant, on peut formuler une hypothèse sous la forme d'un modèle de diffusion lente des idées⁹, dont la circulation au-delà des frontières constituerait une résistance cognitive latente¹⁰.
3. Enfin, la résistance des milieux de recherche a connu une résultante politique : la réinsertion dans l'agenda gouvernemental des inégalités de santé. Immédiatement après l'élection générale de 1997, le gouvernement travailliste a commandé un rapport indépendant sur le sujet¹¹, ce qui peut s'expliquer à mon sens à partir de deux hypothèses : soit la même hypothèse de « diffusion lente » envisagée plus haut, soit plus simplement par évitement du blâme¹², c'est-à-dire dans ce cas de figure le souci des pouvoirs publics de se saisir d'un sujet pour éviter qu'on lui reproche de ne pas l'avoir fait.

Conclusion

Pour s'en tenir à un récapitulatif en trois points :

1. Premièrement, ce qui s'observe de manière saillante entre 1980 et l'élection générale de 1997, c'est un déphasage net entre la pratique scientifique et programmatique de l'épidémiologie sociale, elle-même issue de la médecine sociale, et les objectifs politiques portés par les gouvernements conservateurs successifs.
2. Ensuite, on a formulé une hypothèse de « sélection adverse » au sens profane des termes : c'est précisément le manque d'intérêt du gouvernement conservateur pour le rapport Black qui a attiré l'attention des autres protagonistes. On peut remarquer que cette hypothèse considère que les chercheurs et la société civile partagent un rapport unifié au politique, même si leurs manières de réagir diffèrent ensuite.
3. Pour terminer, le rapport Black constitue une situation où le politique (*politics*, c'est-à-dire l'espace de compétition électorale et l'opinion publique, dans la définition sommaire qu'en donne Kingdon¹³) affecte les politiques publiques (*policies*). Ce changement *des* politiques par *la* politique n'est, à en croire la science politique, ni systématique, ni fréquent¹⁴. En cela, le cas d'étude présenté ici est susceptible d'intéresser la discipline.

¹ D. Black, J. N. Morris, C. Smith, P. Townsend (1980), *Inequalities in health : report of a research working group*, Londres, Department of Health and Social Security, 1980.

² D. Porter, « From Social Structure to Social Behaviour in Britain after the Second World War », *Contemporary British History*, 16 (3), p. 58-80.

³ Le rapport est commandé, à l'origine, par le secrétaire d'État aux Services Sociaux, sous l'impulsion indirecte d'un chercheur en santé publique, Richard Wilkinson.

⁴ G. Noiriel, *Les fils maudits de la République. L'avenir des intellectuels en France*, Paris, Fayard, 2005.

⁵ V. Berridge, *Poor Health. Social Inequality before and after the Black Report*, Londres, Frank Cass, 2003.

⁶ *Ibid.*, p. 125 et p. 189.

⁷ Health Education Council, *The Health Divide*, Londres, 1987. Cf. M. Whitehead, P. Townsend, N. Davidson (eds.), *Inequalities in Health*, Londres, Penguin, 1992.

⁸ L. Wittgenstein, *Grammaire philosophique*, Paris, Gallimard, 1980, ch. 3, §38 et suivants.

⁹ M. Whitehead, « Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective », *Milbank Quarterly*, 76 (3), p. 469-492.

¹⁰ Cette observation n'est pas développée ici. Cf. F. Briatte, « Présence et absence du politique. La réduction des inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne » (titre provisoire), mémoire de Master 2 Recherche, Institut d'Études Politiques de Grenoble, en cours.

¹¹ D. Acheson, *Independent inquiry into inequalities in health*, Londres, Stationery Office, 1998.

¹² K. Weaver, « The Politics of Blame Avoidance », *Journal of Public Policy*, 6, p. 371-398.

¹³ J. Kingdon, *Agendas, Alternatives and Public Policies*, 2^e éd., New York, Harper Collins, 1995.

¹⁴ Y. Surel, « Quand la politique change les politiques. La loi Lang du 10 août 1981 et les politiques du livre », *Revue française de science politique*, 47 (2), p. 147-172.