



**HAL**  
open science

# **SURVEILLER SANS AGIR : DES PROCHES DISTANTS**

Alexis Ferrand

► **To cite this version:**

| Alexis Ferrand. SURVEILLER SANS AGIR : DES PROCHES DISTANTS. 2016. halshs-01282691

**HAL Id: halshs-01282691**

**<https://shs.hal.science/halshs-01282691>**

Preprint submitted on 4 Mar 2016

**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.

## **SURVEILLER SANS AGIR : DES PROCHES DISTANTS**

### **Note de travail**

(Communication préparée pour le congrès 2016 de l' AISLF. Refusée par le CR13.)

**Alexis FERRAND**, Pr. émérite en sociologie

Univ. Lille, CNRS, UMR 8019 - CLERSE - Centre Lillois d'Études et de  
Recherches sociologiques et Économiques, F-59000 Lille, France

Résumé : Les « aidants » sont de mieux en mieux reconnus comme acteurs essentiels du système de santé pour la prise en charge des malades. Nous présentons une démarche originale qui examine l'étape inaugurale de cet engagement : comment un acteur quelconque peut percevoir dans son réseau proche une personne malade qui a besoin de soins ou même qui ne s'aperçoit pas d'un problème de santé qu'elle aurait. Et comment cet acteur va contribuer ou non à la prise en charge du problème.

Nous utilisons un paradigme classique qui conçoit l'attribution du rôle de malade comme résultant de diverses interactions (avec des profanes et des professionnels), et une méthodologie dérivée de l'analyse des réseaux personnels. Mais nous suggérons qu'un proche, assez concerné par la santé d'une personne pour lui attribuer un problème de santé et la considérer comme malade, peut fréquemment ne pas agir personnellement et garder ses distances soit en lui disant seulement son inquiétude, soit en chargeant un autre proche d'intervenir auprès d'elle. La surveillance relationnelle de la santé (SRS) apparaît ainsi comme une pratique présente dans différentes relations profanes qui, cependant, n'impliquent pas nécessairement de conseiller ni d'aider le malade.

La présentation est illustrée par une pré-enquête réalisée en milieu aisé.

Mots clefs : santé ; aidants ; prévention ; surveillance relationnelle de la santé ; accès aux soins ; réseau personnel ; famille ; amis

### **To watch without act: distant close relations.**

Abstract : Caregivers are better and better recognized as central actors of health system for ill person's care. We present an original approach which examines the inaugural stage of this commitment: how a common actor can perceive in his/her close network an ill person who needs cures, or who possibly don't perceive a health problem he/she got. And how that actor is going to take part in the care of that problem.

We use a standard paradigm which conceives of sick person's attribution role as result of various interactions (with lay and professional relationships), and a methodology issued from personal networks analysis. But we suggest that a close relation, concerned enough by the health of a person to attribute him/her a health problem and consider him/her as sick person, can frequently not act personally and keep its distances either by telling him/her only his/her concern, or by asking another close relation to intervene with her.

The health relational control (HRC) so appears as a practice present in various profane relations who, however, do not imply inevitably to advise nor to help the sick person.

Presentation is illustrated by results of a pre-survey realized amongst upper-middle class.

Keywords : health ; caregivers ; prevention ; health relational control ; use of medical care; personal network ; family ; friends

## **SURVEILLER SANS AGIR : DES PROCHES DISTANTS**

### **Percevoir un problème avant d'aider**

Les interventions des aidants sont, dans tous les sens du terme, de mieux en mieux *prises en compte* dans les réflexions et les analyses sur le système de soins.

L'analyse sociologique de cette tendance doit avant tout critiquer *les termes* employés par la technocratie qui gère ce système<sup>1</sup>. De manière très paradoxale on peut trouver dans des publications des Administrations d'Etat en charge de la santé des locutions comme « aidants informels » ou « aidants naturels<sup>2</sup> ». Rappelons qu'une grande part des aides à des malades est fournie par des membres de la famille qui ont, souvent dans le droit et toujours dans les normes de solidarité familiale, *l'obligation* de s'occuper de ces malades. Ces aides ne sont donc ni « naturelles », ni « informelles ». Pour contourner cette incapacité de penser le monde social comme régulé par des normes aussi puissantes que des règlements professionnels, nous emploierons, selon les besoins, les termes « d'aidants familiaux », « d'aide sociable », « d'aidants bénévoles ».

La proportion grandissante de personnes très âgées, grandes demandeuses de soins, dans une conjoncture économique atone et de déficit de tous les comptes sociaux, a attiré l'attention sur les aidants qui ne coutent rien tout en en faisant beaucoup. Fin 2015 la DREES et l'INSEE ont terminé deux volets d'un grand programme d'analyse des « Capacités, Aides et Ressources des Seniors » (CARE, 2015) : 10.643 séniors enquêtés, avec, pour chacun, une description rapide de toutes ses relations d'aide non professionnelles (décrivant ainsi son réseau d'aide sociable), et 6.251 aidants directement enquêtés pour décrire qui ils sont et quelles conséquences sociales et sanitaires implique leur fonction d'aidant (Besnard et Al., 2015). Les analyses de ces enquêtes permettront de préciser les caractéristiques des différents types de relations d'aide sociable que des travaux antérieurs ont déjà explorés.

Autant qu'on puisse en juger à la lecture des questionnaires, ces enquêtes captent bien les situations où la nécessité d'une aide est avérée et où l'intervention d'un proche est acquise, patente. Elles s'inscrivent dans la tradition, déjà longue dans littérature anglo-saxonne, d'étude des fonctions des réseaux de relations personnelles dans la protection de la santé des acteurs et dans la prise en charge de leurs maladies (Berkman, Glass, 2000 ; Ferlander, 2007). Pour notre part, nous allons en quelque sorte remonter le temps et envisager la période qui *précède* le déclenchement de l'aide qu'un acteur va accorder, ou ne pas accorder, à un proche. Cette période est celle où un problème de santé est perçu et où s'opère la construction sociale du rôle de malade<sup>3</sup>.

### **La construction sociale problématique du rôle de malade**

Comprendre notre corps est complexe. On se demande si certaines manifestations devraient être interprétées comme des symptômes de quelque chose, symptômes d'un petit trouble passager ou au contraire d'une vraie maladie. Et on mobilise l'avis de différents conseillers,

---

<sup>1</sup> Cf. Bourdieu et Al., (1968).

<sup>2</sup> Code de la Santé Publique Article L1111-6-1 ; HAS, 2010.

<sup>3</sup> Nous utiliserons le rapport « La santé : un souci de l'entourage », Ferrand (2013).

d'abord profanes, puis professionnels, pour se faire une opinion (Freidson, 1960). Cette fonction cognitive du réseau personnel est indissociable d'une fonction normative : un acteur qui identifie une maladie chez autrui, ou qui en est informé, est conduit à reconnaître que la personne est un-e malade, et par là lui reconnaît le droit (parfois l'obligation<sup>4</sup>) d'endosser ce rôle social. Quand des membres de son réseau profane ainsi que des professionnels consultés reconnaissent une personne comme « malade », des normes sociales lui définissent des droits et des obligations nouvelles. L'interactionnisme symbolique<sup>5</sup> a mis en évidence que ces réajustements des rôles respectifs de l'individu et de ses différents partenaires *ne fonctionnent pas* de manière automatique, mais se réalisent de façons plus ou moins incohérente et conflictuelle dans la confrontation entre des interprétations divergentes de la situation et des tactiques plus ou moins compatibles.

Mais, avant la maladie, les proches ont aussi une sorte de fonction de surveillance. Certaines relations aident à être en bonne santé en veillant à ce que l'individu se conforme à ses obligations pour y rester (Parizot et Al., 2004). Dans cet esprit, nous avons analysé comment les confidents en matière affective et sexuelle peuvent aider l'individu à adopter des normes préventives face au VIH (Ferrand, Mounier, 1998). On avait également envisagé comment un réseau de relations interpersonnelles peut surveiller les comportements sexuels de ses membres et, au besoin, sanctionner des pratiques « à risque » de transmission du VIH (Ferrand Snijders, 1997).

Ces interventions relationnelles ont une importance particulière pour la santé des personnes qui, pour des raisons très diversifiées, refusent de jouer le rôle et d'en assumer les obligations, et refusent parfois aussi de bénéficier des droits qu'il procure<sup>6</sup>. Le malade a notamment l'obligation de se soigner, de prendre les précautions requises par son état, et d'accepter les traitements appropriés. Or, certaines personnes ne se soignent pas, ou ne se soignent pas bien. Elles savent qu'elles ont un problème de santé, mais « ne font pas ce qu'il faut », ni en terme de vie quotidienne, ni en terme de traitement médical. Nous dirons maintenant que ces personnes sont *négligentes*. Nous dirons qu'elles sont, à des degrés divers, dans des situations de *renoncement aux soins* (Warin, 2010, 2011). Mais des situations encore plus critiques existent lorsque des personnes ne s'aperçoivent même pas d'un problème de santé qu'elles auraient. Nous dirons alors que l'individu est en situation de *déni d'un problème de santé*. Nous employons le terme de *déni* car nous postulons que l'individu a toujours une part, *fréquemment non consciente*, dans l'occultation de tout signal d'un mal être.

Ces comportements posent des problèmes de santé publique redoutables (Boisguerin, 2012) et des programmes de recherche ont examiné les processus qui font

- que des personnes qui se savent malades ne se soignent pas ;
- des personnes n'ont même plus conscience d'être malades et d'avoir besoin de soins.

Pour répondre à la première question il est possible d'enquêter auprès de populations où on sait que la prévalence du renoncement aux soins est importante<sup>7</sup>. Répondre à la seconde question pose des problèmes redoutables car il est complexe d'interroger un individu sur des besoins *dont il n'a pas conscience*. L'analyse que nous présentons ici est nouvelle car elle examine si *un acteur dans l'entourage d'une personne peut percevoir que celle-ci a un problème de santé* mal pris en compte ou totalement refoulé.

<sup>4</sup> Notamment dans le cas des maladies contagieuses, et parfois dans le cas des maladies transmissibles si elles exigent des précautions particulières.

<sup>5</sup> Ces lignes sont largement inspirées par la troisième partie de l'ouvrage d'Eliot Freidson, *Profession of Medicine*, (1970), traduction française *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984

<sup>6</sup> Refus de prendre un congé de maladie, par exemple, en anticipant des risques professionnels. Cf Barnay et Al. 2015.

<sup>7</sup> Bien que cette méthode puisse poser des problèmes d'observation comme ceux que Renaud Legal et Augustin Vicard (2015) ont mis en évidence à propos des raisons financières.

### La surveillance relationnelle de la santé

Nous mobilisons un *paradigme relationnel* : l'analyse concerne les relations qui permettent, ou qui ne permettent pas, la détection d'une personne négligente et une intervention vis-à-vis d'elle. Les relations interpersonnelles sont soumises à des régulations complexes qui concourent à définir les interactions qu'elles peuvent comporter et les fonctions qu'elles peuvent remplir (Ferrand, 2007). Nous retenons ici un modèle (*catégoriel*) qui conçoit que les relations sont principalement orientées par des normes générales, et nous discutons donc des rôles typiques :

- a) *Les rôles des femmes<sup>8</sup> et les rôles des hommes* : On sait que les hommes et les femmes n'ont pas les mêmes pratiques de santé. Et ces pratiques sont largement constituées par des relations entre des femmes et des hommes, les premières se voyant souvent assigner la prise en charge des seconds (Cresson, 1995, 2001). Il convient donc d'examiner les quatre types de combinaison des genres entre un acteur et une personne.
- b) *Les contextes*. Les relations sont inscrites dans des contextes sociaux et orientées par des normes de rôle différentes selon qu'il s'agit de relations familiales, entre collègues, entre camarades de loisirs, ou autres. Ces rôles relationnels impliquent des interactions qui permettent plus ou moins de laisser voir des problèmes de santé et donnent plus ou moins la possibilité d'intervenir.

On définit la surveillance relationnelle de la santé comme un *processus*, qui peut être décomposé en trois moments :

- a) En premier un acteur *perçoit* dans son entourage une personne qui présente certaines anomalies dans le registre des signes corporels, des attitudes et des comportements de santé.
- b) En second lieu l'acteur *interprète* ces signes, ces comportements, ou bien des propos de cette personne et va lui *attribuer* un problème de santé particulier. Et il va *juger* si cette personne tient correctement son rôle de malade, c'est-à-dire « fait ce qu'il faut ».
- c) En troisième lieu l'acteur peut (ou non) tenter *d'intervenir* auprès de la personne s'il juge qu'elle « ne fait pas ce qu'il faut ».

Une petite pré-enquête a testé un questionnaire permettant d'examiner ces processus (15 questions). Elle a été diffusée par mail dans le réseau de trois sociologues et a obtenu 140 réponses : 64% de femmes et 36% d'hommes. 81% de profession libérales et cadres supérieurs (effet prévisible de la diffusion « boule de neige »).

On trouvera une présentation détaillée de cette pré-enquête dans Ferrand A., (2013), *La santé : un souci de l'entourage*, Lille, Clersé, <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00790384>

### Remarquer une personne qui ne s'occupe pas de sa santé

La question initiale était formulée dans les termes suivants :

« Parmi les adultes que vous connaissez, il y a sans doute des personnes qui s'occupent beaucoup de leur santé, et d'autres qui n'y font pas du tout attention. Vous pouvez penser à vos collègues, à des membres de votre famille, à vos amis, ou à d'autres connaissances.

*Parmi ces adultes que vous connaissez avez-vous remarqué une personne qui ne s'occupe pas de sa santé d'une des manières suivantes » :*

<sup>8</sup> On admettra que, selon différents milieux sociaux, « le » rôle des femmes peut varier, et qu'il existe donc « des » rôles des femmes, pareillement pour les hommes, qui sont cependant articulés autour de quelques « attributs fondamentaux » (Nadel, 1957) typiques.

	N	%
<i>Je n'en connais aucune qui ne s'occupe pas de sa santé</i>	59	42%
<i>J'en connais au moins une qui ne s'occupe pas des problèmes de santé qu'elle connaît.</i> [ = renoncement aux soins]	69	49%
<i>J'en connais une qui ne s'aperçoit pas des problèmes de santé qu'elle a.</i> [= déni d'un problème]	12	9%
Tous répondants-tes	140	100%

Au total, 58% des répondants-tes ont détecté au moins une personne négligente parmi leurs proches. Ceci indique que la *surveillance* des défaillances des comportements de santé des proches existe et qu'elle est très active<sup>9</sup>

De manière plus remarquable, 12 acteurs (9%) disent percevoir une personne en situation de déni d'un problème de santé. Au sein du processus de surveillance, ce résultat montre la *possibilité étonnante du diagnostic profane d'un problème de santé inconnu de la personne*.

#### *Des hommes et des femmes*

Les répondantes sont aussi nombreuses que les répondants à percevoir une personne négligente dans leur réseau (59% et 55%). Les hommes seraient donc aussi attentifs que les femmes aux négligences de santé de leurs proches. Ce qui est inattendu.

Mais les femmes citent deux fois plus souvent un homme négligent qu'une femme négligente (35 hommes contre 17 femmes), alors que les hommes citent les uns et les autres de manière plus équilibrée (15 hommes contre 12 femmes). Or les femmes sont vraisemblablement plus nombreuses que les hommes à négliger leur santé. En effet, leur taux de renoncement à des soins pour raisons financières est significativement plus élevé que celui des hommes : 19,8 contre 13,0 (Irdes, 2008). Deux hypothèses peuvent être envisagées :

- Dans la sphère privée, le rôle des femmes implique qu'elles apparaissent fortes et consciencieuses alors que les hommes auraient plus le droit de *donner à voir* simultanément un trouble de santé et le refus bravache de le prendre en compte.

- Corrélativement, ce rôle féminin, fort et consciencieux, implique de ne pas voir les signes de négligences chez ses consœurs et de porter une attention biaisée aux négligences masculines. L'analyse de cette asymétrie doit être approfondie si on compte sur l'intervention des proches pour améliorer le recours aux soins et la *compliance* des patients : de manière contre intuitive par rapport aux stéréotypes, il faudra plus compter sur les hommes pour éviter à certaines femmes de négliger leur santé.

#### *Exclusivement la sphère familiale*

Concernant les contextes, conformément à ce qu'on connaît, les relations entre répondant et personne négligente sont massivement situées dans le « *ménage* » (53%) ou sont définies par « *partenaire sexuel, confident-e* » (20%) : il ne s'agit ni de collègues, ni de camarades de loisirs ou d'association, ni de simples amis ou connaissances. Et on peut montrer que ce n'est pas parce que ces relations familiales sont plus nombreuses parmi les proches, mais parce que ces rôles particuliers prescrivent plus fortement à l'acteur de se soucier de l'état de santé de la personne.

#### *Problèmes de santé*

Le questionnaire demandait ensuite aux 81 répondants-tes qui ont détecté une personne négligente de dire, parmi 11 « *problèmes de santé* », lesquels la concernaient<sup>10</sup>. Les

<sup>9</sup> Même dans une enquête auprès d'un échantillon représentatif, la fréquence de la *perception* des personnes négligentes n'indiquerait en rien la *prévalence réelle* des cas de négligence.

répondants-tes ont attribué en moyenne 1,8 problèmes à celles qui renoncent à des soins et 1,3 à celles en situation de déni de maladie. Ce qui suggère que les acteurs n'ont pas une vague appréhension relative à la santé de la personne envisagée, mais qu'ils sont au contraire capables d'attribuer des problèmes de santé précis et différenciés à ces personnes.

Les problèmes d'addictions et les problèmes psychologiques sont attribués par un tiers et un quart des répondants-tes (35% et 23%). Mais cette prédominance n'efface pas d'autres problèmes qui sont attribués par 10% à 20% des acteurs. Ces imputations très variées ne répondent pas à des effets de mode dans cette population bien informée par les media. Et la très faible citation des problèmes de cancer est due au fait qu'il est rare qu'une personne ne s'occupe pas de son cancer, et encore plus rare qu'un tiers sache que la personne a un cancer dont celle-ci ignorerait l'existence.

Je n'insiste pas sur ce point pour examiner la suite qui me semble soulever plus de questions sociologiques.

### Intervenir ou garder ses distances

Une enquête large confirmerait sûrement que la surveillance relationnelle de la santé est bien une préoccupation et une interaction fréquentes dans les relations entre proches. Il existe des *veilleurs* profanes qui sont des acteurs décisifs pour découvrir les personnes qui s'occupent mal de leur santé. Mais que font-ils ensuite ? Après avoir perçu la négligence d'un proche, après avoir identifié son problème de santé, que décident-ils, vont-ils intervenir, et comment ? Finalement découvrir la négligence d'un proche, est-ce le premier pas vers l'entrée dans le rôle d'aidant ?

Pour explorer ces questions, pour savoir si, et de quelle manière, l'acteur intervient vis-à-vis de la personne négligente, on posait la question suivante : « *Qu'avez-vous fait vis à vis d'elle au cours des 6 derniers mois ?* »

	N	%
<i>Vous lui avez dit que vous vous faisiez du souci pour sa santé</i>	43	53%
<i>Vous lui avez donné des conseils précis pour sa santé</i>	29	36%
<i>Vous avez parlé avec quelqu'un qui peut lui donner des conseils</i>	23	28%
<i>Vous n'avez rien dit parce que cela ne servirait à rien</i>	9	11%
<i>Vous n'avez rien dit parce que c'est son affaire</i>	5	6%
<i>Nombre d'interventions citées par 81 répondants-tes (m=1,3)</i>	109	

Sous ensembles des 81 acteurs ayant cité une personne négligente. Multi-réponses, donc le total des citations (109) est supérieur au nombre d'acteurs (81) et le total des pourcentages est supérieur à 100.

La seconde intervention dans ce tableau (*vous lui avez donné des conseils précis pour sa santé*) décrit un engagement fort de l'acteur car il doit faire preuve d'une connaissance approfondie du problème de la personne ainsi que des soins qui conviennent. De plus l'acteur prend presque une responsabilité de *prescripteur profane* en donnant des conseils précis. Or, parmi les acteurs qui ont détecté une personne négligente, seulement quatre sur dix (36%) ont déclaré cette intervention forte que nous pouvons considérer comme l'entrée dans un rôle d'aidant.

Par contre la réponse « *Vous lui avez dit que vous vous faisiez du souci pour sa santé* » correspond à une intervention plutôt facile, peu « coûteuse » en termes relationnels. C'est dans cet esprit que l'item a été formulé pour englober toutes ces discussions où le « souci » est une marque d'attention et de sympathie dans le jeu de la sociabilité, mais l'effort devrait venir de la personne « *si tu veux me faire plaisir, si tu veux que je ne me fasse plus du souci, occupe-toi mieux de ton problème* ». En clair, il s'agit de culpabiliser « gentiment » la

<sup>10</sup> Sur une liste dérivée de l'enquête IRDES ESPS 2008.

personne et c'est à la personne de s'engager. Comme on le constate cette intervention facile est la plus fréquente, citée par 53% des acteurs.

Plus surprenant encore trois acteurs sur dix utilisent un moyen détourné en « *parlant à quelqu'un qui pourrait donner des conseils* » à la personne (28%). Ce résultat est tout à fait important parce qu'il indique la possibilité d'une « *triadisation* » du problème de santé de la personne, c'est-à-dire d'une intervention qui n'est plus seulement interpersonnelle (dyadique) mais qui est conditionnée par les combinaisons des relations entre membres de son réseau. L'analyse devrait donc porter sur *des structures relationnelles de surveillance de la santé*,

Enfin, un acteur sur dix « *n'a rien dit parce que ça ne servirait à rien* » (11%). et un sur vingt « *parce que c'est son affaire* » (6%). Deux fois plus d'acteurs justifient leur absence d'intervention par une absence d'influence que par une absence de légitimité. Ce fait, s'il est confirmé par une enquête large, est également crucial car il indique que les acteurs regardent autour d'eux parce que la santé de leur entourage « les regarde ». Très rares sont ceux qui pensent qu'ils *ne doivent pas* s'intéresser à un proche qui néglige sa santé. Mais beaucoup ne savent pas – ou ne veulent pas – s'impliquer directement et fortement.

Quoiqu'il en soit, on voit que les acteurs déploient une certaine ingéniosité pour ne pas rentrer dans le rôle d'aidant et garder leur distance à l'égard d'un proche négligent : la manifestation d'un souci *soft*, l'appel à un tiers, la démission impuissante, et la fuite légitime.

## Conclusion

1) Ces processus méritent d'être mieux analysés. Mais surtout pas, ce qui est tentant, en invoquant des tendances macro-sociales qui tendraient à accroître le repli sur soi ou l'individualisme. Ce sont les contraintes micro-sociales propres aux échanges dans les relations proches qui doivent être analysées et privilégiées comme causes possibles de ce retrait. Par exemple la triadisation peut permettre à un type de relation peu légitimé à intervenir de mobiliser un autre type de relation plus efficace : le collègue d'une personne négligente peut parler au frère de celle-ci, qui sera plus influent pour donner des conseils.

2) Il faut envisager la *surveillance relationnelle de la santé* (SRS) comme un processus fréquent et pertinent, mais ambivalent : ce n'est que dans quatre cas sur dix qu'il débouche sur une intervention forte, premier stade d'un rôle d'aidant. Dans tous les autres cas, c'est une composante spécifique et limitée du rôle de certains proches qui peuvent garder leur distance.

3) Il convient de remarquer que l'explication par des normes de rôles n'est qu'un premier apport à la connaissance : il faudrait aussi savoir pourquoi ces normes là existent et se maintiennent (Boudon et Al., 2001), ce que la théorie des rôles n'a expliqué que dans le cadre du fonctionnalisme.

Il serait possible d'explorer deux autres explications que celle en termes de rôles. D'une part en mobilisant une *sociologie de l'acteur rationnel* : un acteur peut avoir de *bonnes raisons* de vouloir qu'une personne de son entourage se porte bien parce que d'une manière directe ou indirecte c'est dans son intérêt (au sens large) : les deux termes de la relation dépendent de diverses manières l'un de l'autre. D'autre part on peut invoquer une *sociologie de l'échange*. Se soucier de la santé d'une personne peut consister à s'acquitter d'une dette et les variantes sont très nombreuses (Ekeh, 1974 : échange restreint, chaîne d'échanges, échange généralisé.). Mais ces explications supposent des protocoles d'observation spécialement dédiés.

4) D'un point de vue axiologique, il sera très important de vérifier lors d'une enquête large si la surveillance et l'intervention relationnelles sont, comme elles apparaissent ici, *apriori légitimes* car il peut il y avoir débat. Ces processus peuvent être jugés très positifs si la santé



est érigée en valeur prééminente. Le jugement change si la liberté et la responsabilité individuelles sont mises en valeurs prééminentes.

## REFERENCES

- Barnay Thomas, Favrot Julie, Pollak Catherine, (2015), « Les arrêts maladie de longue durée pénalisent les trajectoires professionnelles », *Études et Résultats*, n°938, Drees  
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/xls/er938.xls>
- Besnard Xavier, Brunel Mathieu, Carrère Amélie, (2015), *Care News*, n°2,  
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/carenews2.pdf>
- Berkman L.F., Glass T., (2000), “Social Integration, Social Networks, Social Support and Health”, in Berkman L.F., Kawachi (ed.), *Social Epidemiology*, Oxford University Press : 137-173, <http://www.hsph.harvard.edu/faculty/LisaBerkman.html>
- Boisguerin Bénédicte (Dir.), (2012), « Renoncement aux soins. Actes du colloque du 22 novembre 2011 », Paris, DREES, Collection études et statistiques,  
[http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes\\_renoncement\\_soins\\_2012.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf)
- Boudon R., Demeulenaere P., Viale P., (2001), *L'explication des normes sociales*, Paris, PUF
- Bourdieu P., Chamboredon J.C., Passeron J.C., (1968), *Le métier de sociologue*, Paris, Mouton
- CARE, (2015), « Capacités, Aides et Ressources des Seniors », Paris, DREES & INSEE,  
 Volet seniors : [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/care\\_plaquette\\_seniors.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/care_plaquette_seniors.pdf)  
 Volet aidants : [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/care\\_plaquette\\_aidants.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/care_plaquette_aidants.pdf)
- Cresson G. (2001), « Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes », in Aïach P., Cébe D., Cresson G., Philippe C., *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*. Rennes, ENSP : 303-328
- Cresson G., (1995), *Le travail domestique de santé, analyse sociologique*, Paris, L'Harmattan
- Drulhe M., (1996), *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*. Paris, PUF.
- Ekeh P., (1974), *Social exchange theory: the two traditions*, Cambridge, Harvard University Press.
- Ferlander Sara, (2007), “The Importance of Different Forms of Social Capital for health”, *Acta Sociologica*, Vol. 50, No. 2 : 115-128. <http://www.jstor.org/stable/20459987>
- Ferrand A., (2013), *La santé : un souci de l'entourage*, Lille, Clersé, <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00540609/fr/>
- Ferrand Alexis, (2007), *Confidents, Une analyse structurale de réseaux sociaux*, Paris, L'Harmattan, Coll. Logiques sociales
- Ferrand A., Mounier L., (1998), « L'influence des réseaux de confiance sur les relations sexuelles », in Bajos N., Bozon M., Ferrand A., Giami A., Spira A. (eds) *La sexualité aux temps du Sida*, Paris, PUF : 255-304 <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00253901/fr/>
- Ferrand A., Snijders T., (1997), “Social networks and normative tensions”, in Van Campenhout L., Cohen M., Guizzardi G., Hauser D, (eds), *Sexual interactions and HIV risk : new conceptual perspectives in European research*, London, Taylor & Francis : 6-21 <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00264362/fr/>
- Freidson E. *Profession of Medicine*, (1970), Traduction française *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984
- Freidson E., (1960), “Client control and medical practice.”, *American Journal of Sociology*, 65 : 374-382. Traduction Française dans *Médecine, maladie et société*, C.Herzlich (Ed) Paris, Mouton, 1970

- HAS, (2010), *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels*, Paris, HAS, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_maladie\\_dalzheimer - suivi medical des aidants naturels.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_dalzheimer_-_suivi_medical_des_aidants_naturels.pdf)
- IRDES, (2008), *Enquête sur la santé et la protection sociale*, <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>
- Legal Renaud, Vicard Augustin, (2015), « Renoncement aux soins pour raisons financières », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 66
- Nadel S.F., (1957), *The theory of social structure*. London, Cohen et West, Traduction Française, *La théorie de la structure sociale*, Paris, Editions de Minuit, 1970.
- Warin P., (2010), *Le non-recours : définition et typologies*, Document de travail N°1, Grenoble, ODENORE <https://odenore.msh-alpes.fr/documents/odenorewp1.pdf>
- Warin P., (2011), « Renoncement à des soins et précarité », communication au colloque *Le Renoncement aux soins*, Novembre 2011, Paris, DREES, Col. Etudes et StatistiquesIn : [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes\\_renoncement\\_soins\\_2012.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf)