Théorie sociologique et sociologie de la santé et de la médecine dans les revues internationales*

Ellen Annandale, Vololona Rabeharisoa, Graham Scambler, Clive Seale, Debra Umberson **

Introduction au panel de discussion

Guido Giarelli (1)

Une sous-discipline est un champ d'études spécialisées au sein d'une discipline plus large : cette définition est-elle également valable s'agissant

---

* Le comité de rédaction de *Sciences Sociales et Santé* remercie Florence Paterson, ingénieur de recherche au Centre de sociologie de l'innovation de Mines-ParisTech, pour la traduction de cette table-ronde originellement publiée en anglais.

** Ellen Annandale est rédactrice en chef de *Social Sciences & Medicine* ; Vololona Rabeharisoa est rédactrice en chef de *Sciences Sociales et Santé* et s'exprime au nom du comité de rédaction la revue (vololona.rabeharisoa@mines-paristech.fr) ; Graham Scambler est rédacteur de *Social Theory and Health* ; Clive Seale est rédacteur en chef de *Sociology of Health & Illness* ; Debra Umberson est rédactrice du *Journal of Health and Social Behavior*.

(1) Auteur correspondant, Guido Giarelli (PhD, UCL) est professeur associé de sociologie générale et de sociologie de la santé à l'Université Magna Græcia de Catanzaro (Italie), et membre du Comité de recherche 15 (sociologie de la santé) de la Société internationale de sociologie (ISA). Il a précédemment été le premier président de la Société italienne de sociologie de la santé (SISS), premier secrétaire de la section de sociologie de la santé et de la médecine de l'Association italienne de sociologie (AIS) et, entre 2007 et 2010, président de la Société européenne de sociologie de la santé et de sociologie médicale (*European Society for Health and Medical Sociology* – ESHMS).

doi: 10.1684/sss.2013.0103

des relations entre la sociologie et la sociologie de la santé ? C'est autour de cette question que j'ai organisé cette table ronde, en invitant les rédacteurs en chef des principales revues internationales dans notre champ à y répondre. Les champs scientifiques, comme les sciences sociales, sont conventionnellement divisés en disciplines spécifiques, chacune constituant une branche particulière de ces domaines plus larges de connaissance. Une discipline s'articule autour de quatre composantes principales : un ou des paradigmes épistémiques (selon qu'il existe une approche partagée par tous ou des approches plurielles) ; un corpus théorique plus ou moins formalisé ; un ensemble d'outils et de méthodes de recherche ; et un domaine spécifique de problèmes que la discipline entend traiter au travers de certaines formes d'intervention.

Les quatre composantes sont strictement liées les unes aux autres : le(s) paradigme(s) épistémique(s) est (sont) à la base du corpus théorique, et fournit (fournissent) les critères de validité scientifique de ce corpus et les catégories conceptuelles qui le fondent ; de plus, le(s) paradigme(s) définit (définissent) l'objet à étudier en délimitant le champ de recherche empirique, ce qui en retour fournit les outils permettant au chercheur d'interagir avec son objet ; enfin, l'approche épistémique détermine la nature du travail sur la réalité, en particulier la problématisation des « faits » à l'aune desquels sont évalués les résultats heuristiques de ces disciplines. Par ailleurs, le corpus théorique désigne les méthodes de recherche, c'est-à-dire les principes et les hypothèses qui guident les choix méthodologiques, qui seront confirmés ou au contraire réfutés par le travail empirique ou la découverte de nouvelles hypothèses ; le corpus théorique permet également de traduire un ensemble de conjectures en projets opérationnels pour résoudre les problèmes pratiques que la discipline entend traiter, tandis que les méthodes de recherche produisent les résultat empiriques qui permettent de traiter ces problèmes et qui servent à tester l'applicabilité et la généralisation des outils mobilisés.

Si on considère une sous-discipline comme un champ spécialisé au sein d'une discipline plus large, on peut s'attendre à ce que la sous-discipline soit plus ou moins organisée de la même manière qu'une discipline, avec une référence particulière au champ d'études qu'elle traite. Cela vaut-il pour la relation entre la sociologie et la sociologie de la santé, considérée comme une des sous-disciplines de la sociologie ? En d'autres termes, dans quelle mesure peut-on juste considérer la sociologie de la santé comme une sous-discipline de la discipline-mère ?

Pour répondre à ces questions, j'ai d'abord demandé aux rédacteurs en chef des journaux que j'ai invités à cette table ronde de s'exprimer sur les relations entre théorie et pratique, ce qui, dans le champ qui nous concerne, a été traduit par la distinction entre une sociologie académique

« de » la médecine et une sociologie plus appliquée appelée sociologie « dans » la médecine, pour reprendre les célèbres catégories proposées par Robert Strauss (1957). Dans quelle mesure cette distinction typiquement américaine est-elle encore pertinente ? Et comment est-elle traduite dans les politiques éditoriales de leurs revues s'agissant de la sélection et de l'évaluation des articles soumis au regard de leur orientation théorique ? Afin d'apprécier leurs réponses, je leur ai également demandé de fournir des indications sur l'impact que les articles publiés dans leurs revues ont eu au cours des années sur la théorie sociologique.

Enfin, il m'a semblé intéressant de discuter des frontières de la sociologie de la santé en leur demandant de situer la contribution de cette sous-discipline au débat interdisciplinaire dans le domaine de l'analyse sociologique : dans l'ensemble, les réponses montrent qu'une sous-discipline comme la sociologie de la santé traite des thèmes qui lui sont propres en interagissant avec d'autres disciplines et avec leurs différentes perspectives, ce qui ne peut laisser inchangées son approche théorique originale et son identité. La sociologie de la santé est en train de devenir plus qu'une simple sous-discipline dont les contours seraient définis au regard de la sociologie ; elle évolue vers un champ pluriel et interdisciplinaire de recherche. Les réponses apportées par les participants à cette table ronde offrent une illustration significative de cette dynamique.

1. Pensez-vous que la célèbre distinction faite par Robert Strauss (1957) entre « sociologie dans la médecine » (*sociology-in-medicine*) et « sociologie de la médecine » (*sociology-of-medicine*) soit, d'une façon ou d'une autre, toujours d'actualité ? Si oui, laquelle de ces deux orientations vous paraît la plus pertinente pour décrire votre revue ? Si non, comment formuleriez-vous la question de la relation entre théorie et pratique dans le domaine de la sociologie de la médecine et de la santé ?

E. Annandale : Strauss faisait cette distinction en 1957 en considérant qu'en « *sociologie de la médecine* », le sociologue « *se démarque et étudie la médecine en tant qu'institution ou système de comportements* », alors qu'en « *sociologie dans la médecine* », il ou elle « *collabore avec le spécialiste en essayant de l'aider [sic] dans l'accomplissement de ses fonctions éducatives et thérapeutiques* » (Strauss, 1957 : 203). Il mettait en garde contre les pressions que pouvaient exercer les professionnels de santé sur les sociologues afin que ceux-ci présentent les résultats de leurs

recherches dans des termes qu'ils puissent comprendre, soulignant qu'il n'y a qu'un pas à franchir pour adopter un langage médical et finalement agir comme, ou même en venir à penser comme un médecin (Strauss, 1957).

Cet extrait de la présentation de *Social Sciences & Medicine* donne un aperçu des objectifs et du champ couvert par la revue : « *Social Sciences & Medicine* a pour objectif d'offrir un forum de diffusion international et interdisciplinaire de la recherche en sciences sociales sur la santé. Nous publions des articles originaux (empiriques et théoriques), des revues de la littérature, des prises de position et des commentaires sur des sujets liés à la santé susceptibles d'apporter un éclairage sur la recherche actuelle, les politiques et les pratiques dans tous les domaines présentant un intérêt pour les chercheurs en sciences sociales, les professionnels de santé et les décideurs politiques. La revue publie des travaux émanant d'une grande variété de disciplines en sciences sociales (anthropologie, économie, épidémiologie, géographie, études des politiques publiques, psychologie et sociologie) qui portent sur tous les aspects de la santé, ainsi que des travaux pertinents pour les sciences sociales issus de toute profession liée à la santé mentale, au soin, à la pratique clinique, aux politiques et à l'organisation de la santé » (www.journals.elsevier.com/social-sciences-and-medicine/).

Bien que la « sociologie de la médecine » soit ce qui représente le mieux l'approche de *Social Sciences & Medicine*, comme en atteste cet extrait, la revue vise à rassembler des recherches qui présentent un intérêt commun pour les chercheurs en sciences sociales et les praticiens. En nous situant dans cette perspective, nous devons garder à l'esprit la mise en garde de Strauss nous rappelant que les concepts théoriques et les idées élaborées par la sociologie (et plus globalement par les sciences sociales) doivent souvent être traduites, on peut aussi dire « appliquées », pour pouvoir être utiles aux professionnels de santé (et probablement aux sociologues « dans la médecine », pour reprendre les termes de Strauss). Strauss nous rappelle également qu'il n'est pas toujours aisé pour ceux qui travaillent dans le milieu de la santé de prendre la distance critique nécessaire vis-à-vis de leurs préoccupations en matière de pratiques de soins et de politiques de santé. Il n'est bien entendu pas indispensable de décrire cela en termes de sociologie de ou dans la médecine, mais cette distinction est utile car elle invite à être vigilant par rapport aux politiques de recherche et à l'influence directe ou indirecte des modes de gouvernance de la recherche (IRB (2), comités d'éthique de la recherche), des autorités publiques, des agences publiques ou des fonds privés qui financent la

(2) *Institutional Review Board* (ndlr).

recherche, des employeurs, etc., sur la manière de formuler les questions de recherche et de présenter les résultats. À cet égard, et bien que je suppose que nous, les rédacteurs de revues, aimerions qu'une distinction formulée en 1957 soit dépassée ou remplacée, le portrait que dresse Strauss (1957) des sociologues et de leur propension à s'adapter lorsqu'ils franchissent le pas entre la sociologie *de* et la sociologie *dans* la médecine continuera à avoir une certaine résonnance dans les années à venir.

V. Rabeharisoa : Pour de nombreux chercheurs en sciences sociales français intéressés par les questions de santé, cette distinction est certainement encore pertinente, bien qu'au fil du temps elle soit abordée sous des angles différents. Marcel Calvez (2012) rappelle, dans l'article qu'il a publié à l'occasion du dixième anniversaire de la revue *Salute e Società*, qu'à ses débuts, la sociologie de la santé française a autant emprunté à certaines théories élaborées par des chercheurs en sciences sociales français, qu'à la tradition sociologique américaine. Cela s'est traduit par l'adoption, et l'adaptation au contexte français, du débat sur la « *sociologie dans la médecine* » *versus* la « *sociologie de la médecine* ».

Cette courte contribution ne permet pas de détailler cette histoire. On peut cependant souligner que le lancement de *Sciences Sociales et Santé* en 1982 s'est nourri de cette discussion. La revue a été créée à l'initiative de sociologues, d'économistes et d'anthropologues, avec comme objectif de se distancier notamment d'une certaine forme de « *sociologie dans la médecine* » défendue par les institutions qui demandaient aux chercheurs en sciences sociales de les aider à réfléchir aux problèmes induits par une série de réformes du système de santé français. Initiée par quelques pionniers comme Janine Pierret et Antoinette Chauvenet pour la sociologie, et d'autres, la revue a ouvert la voie à l'expansion et à la consolidation de la « *sociologie de la médecine* » en France.

La politique éditoriale de la revue s'est fondée sur trois principes étroitement liés, qui continuent à s'appliquer de différentes manières. Le premier principe était de ne pas considérer la santé comme un champ autonome relevant exclusivement de la compétence du corps médical, ni la sociologie de la santé comme une discipline auxiliaire des sciences médicales ou de l'administration de la santé. Le second principe était d'engager une réflexion sur la santé, soit en la considérant comme un terrain permettant d'observer d'importants changements sociaux, soit comme un « objet » qui mérite en soi une analyse sociale, ce qui s'est traduit par une ouverture de la revue à une variété d'approches en sciences sociales pour autant qu'elles enrichissent notre compréhension de la santé et de la médecine. Le troisième principe, sans doute le plus original, consistait à favoriser un dialogue interdisciplinaire afin de rendre effective l'idée que les

problématiques relatives à la santé ne sont pas réductibles à une approche disciplinaire. Cela s'est traduit par le fait que *Sciences Sociales et Santé* publie des articles émanant d'une grande variété de disciplines et de domaines de recherche spécifiques, allant de la sociologie à l'anthropologie, des études des sciences et des techniques aux sciences politiques, des sciences de la gestion à l'histoire, la santé publique, la géographie ou l'économie. Cette variété se reflétait, et continue de se refléter, dans la composition du comité de rédaction, dont les membres sont issus d'horizons très divers.

La politique éditoriale de *Sciences Sociales et Santé* est aujourd'hui encore fondée sur ces trois principes, bien que les relations entre « théorie » et « pratique », et entre sciences sociales et médicales aient considérablement évolué. On peut sans doute dire que certains chercheurs en sciences sociales développent de nouvelles formes de pratique de la recherche en collaboration avec divers acteurs, notamment avec des institutions ou des groupes de patients, et tirent parti de ces interactions pour renouveler les problématiques de recherche. D'autres élargissent les connaissances sur les questions complexes et multiformes que soulève la multiplication des innovations et des institutions biomédicales, et sur la manière dont cela pourrait, ou devrait, reconfigurer les relations entre les sciences sociales et les sciences médicales. Loin de se limiter à ouvrir une tribune à ces débats émergents, *Sciences Sociales et Santé* se veut une plateforme interdisciplinaire d'échange sur ces questions, comme sur d'autres problématiques.

G. Scambler : La distinction faite par Strauss s'appliquait clairement au moment où il la formulait car elle renvoyait, notamment, aux origines très différentes des traditions américaines et britanniques de la sociologie médicale. Alors que la sociologie médicale a émergé aux États-Unis comme une part intégrante du courant principal de la sociologie américaine — plusieurs textes classiques structuro-fonctionnalistes ou interactionnistes sont publiés à la suite de la parution de l'ouvrage de Parsons *The Social System* en 1951 —, elle émerge plus tardivement en Grande-Bretagne comme un courant minoritaire d'une médecine sociale dominée par les médecins. À l'exception des enclaves de Londres et d'Aberdeen, ce sont des médecins sensibles à la sociologie médicale, mais plutôt pragmatiques ou intéressés par les politiques de santé, qui ont offert aux sociologues de la médecine britannique l'opportunité de mener leurs recherches et de lancer leur carrière.

Il n'est donc pas surprenant qu'en Grande-Bretagne, la sociologie médicale porte aujourd'hui encore la marque de cette ascendance : elle continue à apporter une contribution importante aux réflexions sur les

politiques de santé, la santé publique, les soins primaires et secondaires, les relations médecin-patient, et plus généralement les services de santé. Mais cette « *sociologie dans la médecine* » a été progressivement complétée par une « *sociologie de la médecine* » que Burawoy qualifierait de sociologie « *professionnelle* », notamment depuis les années 1970 (bien que la sociologie « critique » demeure embryonnaire dans le champ de la santé, et que la « *public sociology* » soit rare). La situation actuelle, dans laquelle prédomine une combinaison entre une sociologie médicale politique et une sociologie « professionnelle », se reflète à mon sens dans les contenus des principales revues britanniques. Il est assez paradoxal qu'en Grande-Bretagne, la sociologie médicale soit la discipline qui contribue le plus à la sociologie, tout en se situant le plus à la marge de ses courants dominants. Récemment, le rédacteur en chef d'une revue amie m'a demandé pourquoi les sociologues médicaux ne sont pas plus influents. Nous sommes sous-informés par les courants théoriques dominants, et en retour nous n'informons ces courants que de manière marginale.

Je tiens à souligner qu'il s'agit là de mon point de vue personnel. Je suis l'un des quatre rédacteurs de S*ocial Theory of Health*, une revue créée en 2003, aux côtés de Paul Higgs, Richard Levinson et plus récemment Ruth Graham. Mes co-rédacteurs ne partagent peut-être pas mon opinion sur la sociologie médicale en Grande-Bretagne, dont je dirais en suivant Burawoy, qu'elle continue à manquer d'élan critique, de présence et d'impact public. Une sociologie médicale dont la faiblesse vient de ce qu'elle est centrée sur elle-même, négligeant les « questions difficiles » qu'elle peine du coup à articuler dans la sphère publique.

C. Seale : J'ai analysé le contenu des articles de *Sociology of Health and Illness* (*SHI*) par rapport à ceux d'autres revues de sociologie et de sociologie médicale, dont *Journal of Health and Social Behavior* (*JHSB*) et *Social Sciences & Medicine* (*SSMed*) (Seale, 2008). Cette analyse montre qu'en comparaison avec *JHSB, SHI* publie plus d'articles qualitatifs théoriques qui adoptent souvent une perspective « constructionniste » de l'expérience de la maladie, et que les auteurs de *SHI* tendent plus souvent à adopter une vision critique de la contribution des professionnels de santé au bien-être social. Les auteurs de *JHSB* remettent moins en question l'autorité culturelle de la médecine, et tendent à recourir plus fréquemment aux méthodes quantitatives qui présentent des phénomènes tels que le « stress » ou la « santé mentale » comme des phénomènes stables plutôt que des phénomènes contestés ou négociés au cours d'interactions sociales, conception peut-être convergente avec celle de nombreux professionnels du milieu médical. En reprenant la distinction faire par Strauss, cette analyse permet de conclure que *SHI* est plus en phase avec une sociologie

« *de* » la médecine que ne l'est *JHSB*. En revanche, il est malaisé de situer *SSMed* : du fait de sa pluridisciplinarité, il est difficile d'apprécier si un article relève de la « sociologie médicale » ou d'une autre discipline, comme la santé publique par exemple, dont relève une majorité des publications de la revue.

De manière plus générale, on peut s'interroger sur le caractère théorique de la sociologie médicale, et sur le positionnement des revues à cet égard. En effet, une sociologie « *de* » peut n'être que faiblement corrélée avec une théorie du social. Annandale a fait remarquer qu'« *Un coup d'œil à n'importe quelle revue de ce champ [sociologie médicale] permet clairement de voir que sa recherche est peu théorisée et se situe en marge des courants "dominants", en conséquence de quoi elle est peu pertinente pour les théoriciens du social* » (Annandale, 1998 : 3).

Mon étude corrobore cet avis, mais montre également que la distinction entre une sociologie « *de* » et une sociologie « *dans* » la médecine est plus accentuée dans les revues britanniques qu'américaines, pour lesquelles d'autres dimensions sont plus pertinentes à considérer. Confirmant le point de vue défendu par Annandale, j'ai constaté que les articles de *SHI* mobilisent moins de concepts théoriques que les articles publiés dans des revues britanniques de sociologie générale, même si, comme nous l'avons vu, ils le font davantage que les articles de *JHSB*. *JHSB* est assez similaire aux revues de sociologie générale américaines quant à son recours à des théories du social, mais se penche beaucoup moins que les revues américaines sur des questions de justice sociale, comme la question de la « race » aux États-Unis. J'en arrive donc à la conclusion que si la sociologie médicale britannique a développé un ou deux concepts qui lui sont propres (comme celui de « rupture biographique »), elle est relativement « sous-théorisée » au regard du courant dominant de la sociologie en Grande-Bretagne. La sociologie médicale aux États-Unis apparaît, quant à elle, relativement « sous-politisée » par rapport à la sociologie générale de ce pays. S'il semble plausible que les articles plus politisés et théorisés tendent plutôt vers le versant « *de* » que le versant « *dans* » de la distinction faite par Strauss, alors au regard du courant dominant de la sociologie générale, la sociologie médicale des deux côtés de l'Atlantique est vraisemblablement plus éloignée du versant « d*e* ».

Enfin cette investigation montre que la sociologie est beaucoup moins internationale que la santé publique. *Social Sciences & Medicine*, en tant que revue interdisciplinaire intéressée par la santé publique, l'anthropologie médicale et d'autres disciplines peu attachées aux cultures académiques nationales, a bien plus d'auteurs internationaux que n'importe quelle revue de sociologie ou de sociologie médicale, même si *SHI* se situe parmi celles dont les auteurs sont les plus internationaux.

Mon étude de la scène américaine et de l'exemple de la santé publique, loin de me conduire à penser que *SHI* devrait inclure plus d'articles théoriques présentant une vision critique « *de* » la médecine, me donne le sentiment que nous, les rédacteurs de *SHI*, pourrions plutôt œuvrer en faveur d'un renforcement de l'engagement sociologique sur des problèmes majeurs de santé publique existant dans des parties du monde que les sociologues étudient peu, étant dans l'ensemble centrés sur leurs propres pays (c'est tout particulièrement le cas des sociologues nord-américains) et plus nombreux dans les régions nanties et de langue anglaise. Cela nous a notamment conduit à développer une initiative (Seale, 2010) visant à encourager des auteurs à soumettre des travaux sociologiques portant sur des politiques et des expériences relatives au VIH/sida dans des pays autres que les États-Unis et les pays européens, et nous sommes ravis d'avoir publié récemment plusieurs articles sur ces questions (da Silva et Iriart, 2011 ; Izugbara et Wekesa, 2011 ; Magadi, 2011 ; Nambiar, 2011 ; Nattrass, 2011 ; Seeley *et al*., 2011).

En conclusion, si la distinction « *de*/*dans* » reste fondée, sans doute en lien plus ou moins étroit avec la question du caractère théorique des recherches, elle n'est peut-être plus aussi pertinente pour mener une réflexion sur la sociologie médicale. D'autres dimensions ont aujourd'hui davantage d'importance pour penser la sociologie médicale — notamment l'engagement politique et la dimension internationale, assez limités.

D. Umberson : Si je devais identifier *JHSB* en indiquant son degré de proximité avec une « *sociologie de la médecine* » ou une « *sociologie dans la médecine* », je désignerais plutôt la première. Je pense que cela apparaît dans la définition des missions que s'assigne la revue : « *JHSB* est une revue de sociologie médicale qui publie des travaux empiriques et théoriques appliquant des concepts et des méthodes sociologiques à la compréhension de la santé et de la maladie, ainsi qu'à celle de l'organisation de la médecine et du soin. Les articles de recherche doivent être fondés sur des questions théoriques importantes pour la sociologie médicale ou la sociologie de la santé mentale, et contribuer à une meilleure compréhension théorique des processus d'interrelation entre facteurs sociaux et santé humaine. *JHSB* ne publie pas d'articles dont la visée est purement descriptive, épidémiologique ou méthodologique. Les articles méthodologiques, ou qui proposent des mesures des états de santé, doivent être liés à des questions théoriques en santé, santé mentale ou organisation de la médecine. En outre, bien que *JHSB* soit intéressé par des études ayant des implications politiques ou pratiques, elle ne publie pas d'articles dont la principale contribution concerne les politiques sociales ou la pratique clinique. La revue publie des travaux qualitatifs et quantitatifs ».

La distinction entre « *sociologie dans la médecine* » et « *sociologie de la médecine* » s'est à mon avis estompée au cours de deux dernières décennies. Les chercheurs en sociologie de la santé se préoccupent de plus en plus de l'application des résultats des recherches et des connaissances aux politiques publiques et à la pratique. Dans le même temps, les professionnels de santé et les praticiens se sont davantage intéressés à la recherche sociologique et à la manière dont celle-ci peut informer leur travail (par exemple, comment le stress agit sur les comportements de santé et le statut sanitaire).

2. Quelle est la politique de sélection et d'évaluation des articles soumis à votre journal, notamment en ce qui concerne leur orientation théorique ? Quels sont les principaux critères de sélection et d'évaluation ?

E. Annandale : *Social Sciences & Medicine* met particulièrement l'accent sur l'originalité et la portée internationale potentielle des recherches. Les auteurs de travaux empiriques sont fortement encouragés à situer leurs recherches au plan théorique et à ne pas limiter leurs analyses à une présentation descriptive des résultats (Annandale, 2010). L'importance de l'analyse théorique présentée dans les articles concerne deux aspects étroitement liés. Le premier est que la problématique de recherche au centre de l'article doit s'enraciner dans des débats théoriques pertinents. Cela est important parce que la manière dont une question est théorisée — sur des points aussi divers que l'expérience de la maladie, l'interaction entre patients et prestataires de soins, ou la nature d'un système de santé, pour ne citer que quelques exemples — agit sur la définition des concepts-clés et leur articulation, et a une grande incidence sur la manière dont ils sont étudiés (cela concerne autant les travaux purement théoriques que les études empiriques). La théorie explicite ce processus. Autrement dit, sans cadre théorique clairement formulé, ce processus est opaque. Le second aspect est la production de résultats transférables. Comme le disait un ancien de l'équipe éditoriale, « *les travaux sociologiques influents et durables sont ceux qui ont produit des outils conceptuels et des théories transférables. Ces travaux sont finalement plus susceptibles de répondre aux besoins des patients, à la santé des populations et aux exigences du système de santé, que les études orientées vers la résolution de problèmes* ». En d'autres termes, « *ce qui distingue les analyses sociologiques, ce sont les réflexions conceptuelles et théoriques qu'elles génèrent à partir de l'examen de diverses et nombreuses ques-*

tions » (Nettleton, 2007 : 2409). La théorie est donc importante parce qu'elle lie la sociologie de la santé et de la médecine à un paysage sociologique plus étendu.

V. Rabeharisoa : *Sciences Sociales et Santé* est une revue à comité de lecture. Chaque article soumis à la revue est évalué anonymement par deux « référés » externes anonymes. Les « référés » sont choisis en fonction de leur domaine d'expertise dans la discipline et du sujet de l'article.

La politique éditoriale de *Sciences Sociales et Santé* est de publier des articles de sciences sociales qui proposent une problématisation précisément articulée de questions relatives à la santé, et qui se fondent sur des données empiriques fiables. Le comité de rédaction ne présélectionne pas les articles selon leur orientation théorique : la revue est proactivement éclectique, et privilégie plutôt les articles de bonne qualité, c'est-à-dire les articles susceptibles de contribuer à l'exploration de problématiques de santé par des analyses et des données originales.

G. Scambler : La perception qu'il manquait une revue pour publier des articles situés plutôt sur le versant théorique qu'empirique est à la base de la création de *Social Theory and Health*. Il faut rappeler ses « missions » : la revue vise à « jeter des ponts » entre le développement et l'affinement théorique et l'accumulation de résultats de recherche. Il semble manquer une véritable « dialectique » entre la théorie (et les théoriciens) et la recherche (et les chercheurs) : ils tiennent souvent des discours distincts, le discours de la recherche étant privilégié par la plupart des revues internationales de langue anglaise. Des revues comme *Journal of Health and Social Behaviour, Social Sciences & Medicine* et *Sociology of Health and Illness* tendent, chacune à sa manière, à publier des études d'excellente qualité mais qui se focalisent sur les données et sont légères sur le plan théorique. Nous souhaitions rétablir un certain équilibre entre « théorie » et « recherche ». Pour autant, je veux redire aux contributeurs potentiels que les rédacteurs de *Social Theory and Health* accueilleront très favorablement des articles présentant des données, et même des articles comportant des tableaux ! Nous ne nous consacrons pas à la poursuite ésotérique de grandes théories (bien qu'un article sur une grande théorie ait plus de chance d'être retenu qu'un article consacré à l'autre « bête noire » de Wright Mills, « l'empirisme »).

Pour qu'ils soient publiés dans *Social Theory and Health*, les articles doivent proposer une innovation théorique, ou du moins conceptuelle. Nous pensons, en effet, que non seulement le statut sanitaire, les comportements en lien avec la santé et les soins sont des phénomènes sociaux qui ont sans doute été sous-théorisés, mais aussi que la santé

offre une fenêtre à travers laquelle il est possible d'examiner la société avec beaucoup de clarté. Nous pensons qu'il existe des alternatives à une présentation standardisée des résultats des recherches — Ritzer dirait « McDonaldisée » — selon le format introduction, revue de la littérature, méthodes, résultats, discussion et conclusion, le tout ne devant pas excéder X milliers de mots.

Quant à la force et à la qualité de l'innovation théorique ou conceptuelle, nous restons profondément convaincus que les arguments développés dans un article peuvent être attrayants, inédits et probants indépendamment de l'orientation théorique de son auteur. Voilà pourquoi nous faisons bon accueil et publions des articles d'une grande diversité. Bien entendu, tout cela n'est possible que grâce à l'expertise non rémunérée et mal reconnue de nos collègues / conseillers / référés.

C. Seale : Nous sommes attachés à ce que les articles se rapportent à des concepts et des théories sociologiques. Le degré de spécification et d'explicitation de ces références est variable, et la définition de ce qui est considéré comme théorie « sociologique » (au regard d'autres types de théories) est plutôt large. Nous retenons parfois des articles dont les questions théoriques ne sont pas très détaillées mais dont la pertinence théorique est évidente. Je citerais l'exemple de Eikemo *et al*. (2008) qui s'appuie sur l'analyse statistique d'un ensemble important de données montrant l'ampleur différente des inégalités de santé dans plusieurs pays européens selon leurs régimes de protection sociale. La ligne directrice d'un article comme celui-là est clairement d'apporter des réponses à une question empirique. Pourtant, sa pertinence pour des théories plus générales sur les inégalités de santé — comme celle proposée par Link et Phelan (1995) sur les « causes fondamentales », que cite dans sa réponse la rédactrice en chef de *JHSB*, Debra Umberson — s'impose sans qu'il ne soit nécessaire d'entrer dans une longue argumentation.

Par ailleurs, pour continuer sur la même thématique des inégalités de santé, nos auteurs vont parfois beaucoup plus loin dans l'élaboration théorique. La revue de questions sur les inégalités de santé de Scambler que nous avons récemment publiée (Scambler, 2012) en est un exemple, et il est intéressant de visionner le podcast associé à cet article pour saisir dans le détail la portée théorique (et politique) de ses idées. Il soutient que pour examiner les disparités en matière de santé, les sociologues doivent aller au-delà des préoccupations habituelles de la sociologie médicale, dont les théories relatives au « parcours de vie » et aux « causes fondamentales » présentent les facteurs sociaux, tels que les inégalités de revenus, comme des causes de mauvaise santé. Ce faisant, la sociologie médicale se rapproche de l'épidémiologie sociale, dont la tâche est d'élucider les méca-

nismes causaux en jeu. Pour Scambler, la question fondamentale est de comprendre les forces sociales à l'œuvre dans le changement (et la dégradation) des situations d'inégalité de revenus, tant au niveau national qu'international. Cela demande par conséquent d'investir plus résolument les problématiques développées par les sociologues généralistes, ainsi que les questions macro-structurelles qui concernent, par exemple, l'expansion mondiale du capitalisme et les intérêts structuraux des membres de ce que Scambler nomme de manière provocante la classe des « salauds cupides » dont la puissance et la richesse se sont accrues ces dernières années.

D. Umberson : Comme l'indiquent les missions que s'assigne la revue, *JHSB* accorde une importance capitale à la formulation et au cadre théoriques des articles. En fait, nous ne publions pas d'articles sans référence théorique. Pour nous la mission première de la revue est de faire progresser les connaissances théoriques en sociologie de la santé et de la maladie.

3. D'après vous, dans quelle mesure les articles publiés par votre revue au cours des années ont-ils eu une influence déterminante sur la théorie sociologique ? Pouvez-vous citer quelques exemples probants ?

E. Annandale : La réponse à cette question dépend de ce que l'on entend par « théorie sociologique ». Comme Connell le fait remarquer, on accorde souvent des privilèges particuliers à une théorie « *dont le degré d'abstraction est tel que ce qu'elle avance semble universellement vrai* » (Connell, 2007 : 196, 206). Il est pourtant indispensable que les théoriciens fassent l'effort de lier leur théorie au terrain qu'ils arpentent. Ce point est important car les publications des revues consacrées à la santé, comme celles représentées dans ce panel, sont typiquement de ce type, le type probablement le plus intéressant et le plus productif. Le problème est bien entendu que les théoriciens les plus « abstraits » du domaine de la sociologie générale tendent souvent à évoquer les idées théoriques du champ de la sociologie de la santé et de la médecine sans prendre la peine de les citer, et donc sans aucune reconnaissance de « *l'usure de semelles* » qu'a nécessité leur élaboration, pour reprendre l'expression de Connell.

Cela étant dit, nous pouvons affirmer qu'ensemble, les travaux publiés dans les revues représentées dans ce panel contribuent au développement d'une théorie sociologique de portée générale. Désigner des domaines de recherche et des articles/auteurs particuliers est un peu déli-

cat dans la mesure où ceux-ci « n'appartiennent » à aucune des revues mais apparaissent plutôt dans plusieurs d'entre-elles et, en effet, les idées théoriques se sont construites sur un mode itératif à travers elles. Sous cette réserve, parmi quelques exemples de répercussions théoriques générées par des travaux très fréquemment publiés dans *Social Science & Medicine* et très fréquemment cités se trouvent, entre autres : des recherches sur les inégalités de santé qui ont permis d'éclairer les inégalités sociales toujours plus complexes et étendues dans de nombreuses sociétés ; des recherches sur l'expérience de la santé, de la maladie et du corps qui ont grandement contribué à la compréhension de la subjectivité et du soi dans les sociétés dites « late modern » ; des recherches sur les risques liés à la santé qui ont permis d'avancer dans l'analyse de la « société du risque » globalisé ; des recherches sur le biopouvoir qui ont contribué à une compréhension de la vie dans les économies néolibérales.

V. Rabeharisoa : Comme je l'ai indiqué, *Sciences Sociales et Santé* est une revue pluridisciplinaire. Les auteurs sont issus d'horizons divers et cherchent à influer leurs disciplines de différentes façons. La signification de « théorie » est une question complexe : elle varie d'une discipline à l'autre, et on pourrait même dire qu'au sein d'une discipline, ce qui est considéré comme « théorie » diffère d'une école de pensée à l'autre. Au cours de ses trente ans d'existence, *Sciences Sociales et Santé* a apporté une contribution aux sciences sociales de deux manières principales.

En premier lieu, la revue a ouvert un espace de discussion entre des chercheurs de différentes disciplines. Cela s'est fait, depuis les débuts de la revue, en couplant chaque article avec un bref commentaire d'un chercheur d'un domaine différent qui travaille sur un sujet de recherche identique ou proche. Pour ne donner qu'un seul exemple, Sébastien Guigner, un jeune chercheur en santé publique, a publié un article intitulé *L'influence de l'Union Européenne sur les pratiques et politiques de santé publique : européanisation verticale et horizontale* (Guigner, 2011). Son article a été commenté par Boris Hauray, un autre jeune chercheur formé à l'anthropologie et à l'étude des organisations, dont les travaux portent sur les politiques européennes concernant les cellules souches (Hauray, 2011). Cette lecture croisée est un des principaux moyens par lesquels *Sciences Sociales et Santé* entend contribuer aux débats théoriques.

En second lieu, la revue publie des numéros spéciaux, à raison d'un numéro par an, dans l'objectif est de promouvoir des pistes de recherche prometteuses. En 1998, par exemple, *Sciences Sociales et Santé* a édité un numéro sur les organisations de patients, à un moment où les chercheurs en sciences sociales commençaient tout juste à renouveler leur intérêt pour ces organisations, notamment en raison de l'accroissement de leur visibi-

lité dans la sphère publique et de leur investissement dans la recherche biomédicale. Les numéros spéciaux servent à indiquer des étapes importantes de la recherche sur certains sujets : en 2004 la revue a publié, en collaboration avec la *Revue d'Épidémiologie Sociale et de Santé Publique*, un numéro sur *Genre et santé* visant à permettre une meilleure compréhension des études de genre, dont la visibilité est moindre en France que dans d'autres pays. Enfin, les numéros spéciaux sont l'occasion de publier des auteurs non francophones, l'objectif étant d'offrir un panorama de ce qui se passe ailleurs à la communauté des chercheurs français. Le numéro spécial publié en 2006 sur la psychiatrie génétique, avec des contributions de Margaret Lock, Adam Hedgecoe et Allan Young, en est un exemple.

La contribution de *Sciences Sociales et Santé* à la vie académique française est confirmée par son facteur d'impact, ce qui est une réussite pour une revue qui n'est ni britannique ni nord-américaine, et par sa présence dans les bases de données internationales, dont *Current Contents/Social, Behavioral Sciences, Social SciSearch, Research Alert, Sociological Abstracts, CAB International/CAB Abstracts* et les bases de données mondiales sur la santé. Bien que les indicateurs quantitatifs soulèvent des débats très animés et devraient être considérés avec beaucoup de précaution, ils attestent de la vitalité de *Sciences Sociales et Santé* et de sa reconnaissance académique.

G. Scambler : *Social Theory and Health* a vu le jour à l'automne 2003, il est donc prématuré d'évaluer les « effets durables » de la revue ou des articles qui y sont publiés. Il m'est plus aisé de réfléchir à des exemples parlants publiés par des revues mieux établies comme *Journal of Health and Social Behaviour, Social Science & Medicine* et *Sociology of Health and Illness* ! Nous avons cependant été impressionnés par le flux, la portée et la qualité des articles que nous avons reçus, par la gamme variée des régions, des pays et des disciplines, par la stature internationale de nos auteurs (en sociologie, par exemple, David Armstrong, Mike Bury, Bill Cockerham, Sarah Nettleton, Johannes Siegrist, Bryan Turner, Simon Williams) et par la diffusion toujours croissante de la revue en termes d'abonnements, de téléchargements et de citations. Notre affiliation à la Société européenne de sociologie de la santé et de sociologie médicale (*European Society for Health and Medical Sociology* - ESHMS), et notre admission dans le *Social Science Citation Index* nous ont récemment donné une impulsion. Nous continuons à espérer qu'un plus grand nombre d'articles nous seront soumis depuis les pays en développement.

*Social Theory and Health e*st ouvert aux chercheurs de diverses disciplines, ce qui manifeste son ouverture à l'interdisciplinarité même si

nous ne pouvons pas encore conclure à notre réussite sur ce plan. *Health* est la revue britannique la plus engagée vis-à-vis de l'interdisciplinarité dans le champ de la santé. Il est toutefois intéressant de mentionner que la conférence annuelle de *Social Theory and Health* en février 2012 a été donnée par un philosophe, Roy Bhaskar, sur « réalisme critique, interdisciplinarité et bien-être ». J'adhère personnellement à la réflexion qu'il développe, à savoir qu'une conception crédible de l'interdisciplinarité doit laisser à la sociologie une contribution distincte et irréductible à celles de la psychologie, de la biologie, etc. (et réciproquement, bien entendu). Cette réflexion est précieuse, à ce stade préliminaire où nous commençons à réfléchir à ce nous entendons par interdisciplinarité dans la recherche en santé.

C. Seale : Les articles de *SHI* les plus cités sont ceux de Bury (1982), Charmaz (1983), Hyden (1997) et Williams (1984). Ensemble, ces articles ont jeté les bases d'une sociologie de la maladie chronique, autour de concepts comme ceux de « rupture biographique » et de « reconstruction narrative » qui mettent l'accent sur la nature biographique, socialement construite ou négociée de l'expérience de la maladie chronique. Ces travaux ont contribué au projet théorique et empirique plus ambitieux baptisé « sociologie du corps », qui a émergé avec une particulière vigueur au cours des années 1980 et a poursuivi, avec beaucoup de pertinence, son développement vers d'autres champs sociologiques au-delà de celui de la santé et de la maladie.

Le concept d' « épidémiologie profane » (Davison *et al.,* 1991) a renouvelé l'idée (anthropologique) de « croyance en matière de santé », montrant que celle-ci peut être comprise comme une forme alternative de connaissance, renouvellement particulièrement pertinent pour la médecine préventive. Les travaux visant à améliorer les connaissances sur la diversité et les sources de la stigmatisation (Scambler, 2009 ; Scambler et Hopkins, 1986), qui se situent dans la continuité des travaux de Goffman, et plus largement de la sociologie de la déviance, ont introduit une distinction aujourd'hui largement reprise, entre le stigmate « éprouvé » (*felt*) et le stigmate « performé » (*enacted*). Enfin, les auteurs de *SHI* ont développé des pistes de recherche importantes à partir de la théorie du « travail émotionnel » (*emotional labour*) de Hochschild (1983) pour enrichir les connaissances sur le travail de soin, en particulier celui des infirmières et celui qui concerne l'accompagnement en fin de vie (James, 1992 ; Mamo, 2008).

D. Umberson : Les articles publiés par *JHSB* ont à mon avis eu une influence importante sur la théorie sociologique, en particulier ceux qui ont contribué à la connaissance de la santé et de la maladie ainsi que des systèmes de santé. Je pense que cela apparaît clairement lorsque l'on examine les articles les plus cités de *JHSB*. Je vous renvoie en particulier à deux d'entre eux. Le premier est *Stress, Health and the Life Course: Some Conceptual Perspectives*, publié par Leonard I. Pearlin, Scott Schieman, Elena Fazio et Stepeh Meersman en 2005. En voici un résumé : « *Cet article propose plusieurs perspectives conceptuelles afin d'aider à mieux comprendre les conditions matérielles et expérientielles contribuant à la persistance des disparités entre les taux de morbidité et de mortalité de groupes dont les statuts sociaux et économiques sont inégaux. L'hypothèse développée est que ces disparités, dont la prégnance est clairement mise en évidence au milieu et à la fin de la vie, apparaissent ancrées dans des situations ayant eu lieu antérieurement au cours de la vie* ».

Les avancées théoriques de cet article ont posé les bases de recherches nouvelles reliant les conditions de vie à ses débuts avec la santé au cours de la vie.

Un second article très fréquemment cité est celui de Jo Phelan, Bruce Link, Ana Diez-Roux, Ichiro Kawachi et Bruce Levin, publié en 2004 : *Fundamental Causes of Social Inequalities in Mortality: A Test of the Theory*. Cet article offre une excellente illustration de la manière dont un développement théorique inspire des recherches nouvelles. Une présentation de l'intégralité du résumé permet d'éclairer ce point : « *L'étude d'une forte corrélation entre le statut socioéconomique et la mortalité est aujourd'hui dominée par la médecine et l'épidémiologie. Le statut socioéconomique est généralement considéré comme une variable causale peu pertinente ou de moindre importance, qui marque seulement le début d'une chaine causale dans laquelle d'autres facteurs de risque jouent un rôle autrement plus prépondérant. Pourtant la corrélation entre le statut socioéconomique et la mortalité persiste en dépit des changements radicaux concernant les maladies et les facteurs de risques censés l'expliquer. Ceci laisse penser que les explications réductrices qui se centrent sur les mécanismes [causaux] ne permettent pas de comprendre l'effet du statut socioéconomique sur la mortalité. Link et Phelan (1995) ont par conséquent suggéré que le statut socioéconomique était une "cause fondamentale" de disparité des taux de mortalité — que les disparités socioéconomiques perdurent malgré les changements de mécanismes car le statut socioéconomique incorpore un réseau de ressources, telles que l'argent, le savoir, le prestige, le pouvoir, des liens sociaux bénéfiques, qui protègent la santé quelle que soit la pertinence des mécanismes en jeu*

à un moment donné. Nous avons identifié une situation dans laquelle les ressources devraient avoir un moindre effet sur la prolongation de la vie et nous avons formulé la prévision suivante en nous basant sur la théorie : concernant les causes de décès les moins prévisibles (à propos desquelles on sait peu de choses quant à la manière de les prévenir ou de les corriger), le statut socioéconomique sera moins fortement corrélé à la mortalité que pour d'autres causes pouvant être prévenues. Nous avons testé cette hypothèse dans le cadre de la National Longitudinal Mortality Study, *qui a suivi la mortalité des enquêtés de la* Current Population Survey *(n = 370 930) sur une période de neuf ans. Notre hypothèse a été confirmée, confortant ainsi la théorie des causes fondamentales et plus généralement l'importance d'une approche sociologique des disparités socioéconomiques de la mortalité* ».

4. Y a-t-il une contribution spécifique que la sociologie de la médecine et de la santé pourrait apporter au débat interdisciplinaire en sociologie ?

E. Annandale : En tant que chercheur de ce domaine, je pense qu'il n'y a jamais eu de meilleur moment qu'aujourd'hui pour que la sociologie de la santé et de la médecine contribue aux débats interdisciplinaires en sociologie. Comme je l'ai indiqué en réponse à la question 3, les problématiques relatives à la santé, à la maladie et au corps sont des intermédiaires idéaux à travers lesquels développer une théorie sociologique du XXIe siècle. La globalisation attire notre attention sur la vulnérabilité et la précarité de la vie et de la santé à travers le monde. Alors que les questions liées à la santé et la maladie intéressaient peu la sociologie, la situation a radicalement changé entre le milieu et la fin des années 1990 : les éclairages apportés par la sociologie de la médecine et de la santé sont devenus essentiels avec le « tournant biologique » et l'accent mis sur des problématiques nouvelles et peu explorées auparavant comme l'incorporation (*embodiement*), le risque et la biopolitique mondiale de la santé, ainsi que la signification de la santé dans l'économie globale complexe d'aujourd'hui.

Mais, et cela est peut-être implicite dans la question posée, il est de plus en plus difficile de distinguer ce qu'est une théorie sociologique dans la mesure où les sciences sociales se rejoignent dans le débat interdisciplinaire. Cela apparaît clairement dans *Social Sciences and Medicine*, qui est une revue interdisciplinaire : les théories et les concepts (mais également les méthodes de recherche) appartiennent maintenant moins à une

discipline qu'à différentes disciplines des sciences sociales. Si des préoccupations se sont exprimées au sujet d'une crise de la « sociologie », force est de constater qu'une partie importante des recherches ont aujourd'hui lieu à l'interface de plusieurs disciplines, et surtout que l'effet de ces interactions est sans aucun doute « *susceptible de créer de nouvelles manières de produire, de "voir" et d'interpréter les données* » (Nettleton, 2007 : 2412).

V. Rabeharisoa : Notre réponse à cette question est assurément « oui », sous réserve que nous étendions le débat interdisciplinaire au-delà des différentes sous-disciplines de la sociologie. Il est clair que les mutations actuelles du paysage médical et sanitaire soulèvent d'importants débats sociaux, politiques, économiques et éthiques, non seulement dans les pays du nord mais aussi dans ceux du sud. Ces débats présentent un intérêt pour les sciences sociales dans leur ensemble car ils interrogent la manière dont la santé et la médecine affectent notre compréhension des changements sociaux. Le développement de nouveaux médicaments contre le VIH/sida en donne une illustration saisissante. L'émergence simultanée de médicaments génériques et de produits nouveaux donne matière à réflexion aux économistes au sujet des droits de propriété, mais aussi aux politistes, aux anthropologues ou aux sociologues à propos de la reconfiguration des relations entre l'État, la société civile et le marché, ou à propos de l'émergence de nouvelles figures du patient ou du citoyen. Notre numéro spécial sur le VIH/sida au Brésil paru en 2009 faisait écho à ces débats.

Nous estimons que les débats interdisciplinaires sont essentiels aux problématiques liées à la médecine et à la santé. Il ne s'agit pas de dire que les disciplines importent peu, bien au contraire et plus que jamais, mais sans doute d'une manière différente qu'au cours des dernières années. Elles importent parce que chaque discipline devrait mener sérieusement une réflexion sur ses propres prémisses et ses propres contributions à la lumière de ce que les autres disciplines ont à dire de questions complexes telles que la santé et la nutrition, la médecine et le vieillissement, les maladies chroniques et le handicap, les relations entre les professionnels de santé et les bénévoles. Toutes ces questions concernent plus d'une discipline des sciences sociales. C'est ce que *Sciences Sociales et Santé* vise modestement à réaliser. Ce défi vaut la peine d'être relevé, bien que les politiques de recherche et les institutions exercent des pressions contradictoires sur la communauté scientifique, louant d'une part les approches interdisciplinaires mais imposant d'autre part une évaluation disciplinaire de la recherche.

G. Scambler : La question de savoir si les disciplines doivent « se livrer bataille » entre elles — et si la sociologie, qui occupe un espace entre la génétique et l'anthropologie, doit coloniser de nouveaux territoires ou céder du terrain lorsqu'elle y est contrainte — ou si les disciplines doivent travailler ensemble pour trouver une sorte de consensus, est une question difficile à aborder telle quelle. Une question similaire pourrait se poser au sujet des différentes écoles ou perspectives existant au sein de la sociologie médicale, ou des différentes approches macro, méso ou micro. L'interdisciplinarité requiert davantage que d'inclure dans les études empiriques un mélange de variables sociales, psychologiques et biologiques. L'approche en termes de « réalisme critique » proposée par Bhaskar permet de penser l'activation simultanée de « mécanismes générateurs » sociaux, psychologiques et biologiques dans un « système ouvert » (c'est-à-dire dans un monde complexe et dynamique que l'on ne peut simplement délimiter par une quelconque « clôture » expérimentale), et offre une perspective pour aller de l'avant. Il s'agit là de l'exemple d'un philosophe réfléchissant à la manière dont pourrait être conçue une théorie et une recherche interdisciplinaires. D'autres pourraient porter le regard ailleurs, vers la théorie du chaos, par exemple. *Social Theory and Health* est le cadre idéal pour argumenter et débattre de l'interdisciplinarité.

C. Seale : Je traduirais votre question de la façon suivante : de quelles manières la sociologie médicale pourrait collaborer avec d'autres disciplines non sociologiques, c'est-à-dire à la fois les informer et apprendre d'elles ? Les relations avec les sciences biomédicales sont essentielles, mais il existe des relations productives avec la bioéthique, l'histoire, la géographie, la linguistique, les études des médias et l'anthropologie, pour ne citer que quelques exemples. Les travaux auxquels je faisais référence dans une précédente réponse à propos des contributions apportées par les auteurs publiés dans *SHI* à notre compréhension de l'expérience de la maladie chronique et de l'idée d'épidémiologie profane attestent de l'étroite relation entre les approches sociologiques et anthropologiques pour mieux comprendre l'expérience humaine. Mais pour ne choisir qu'un des domaines dans lesquels l'interdisciplinarité se manifeste dans la revue, je signalerais celui de la bioéthique, qui a offert des contributions particulièrement significatives au cours des dernières années. Nous publions chaque année un numéro spécial sous la direction d'un rédacteur invité, et en 2006 il s'agissait d'un numéro sur la bioéthique. Dans l'éditorial introduisant ce numéro, De Vries *et al*. (2006) abordent la relation productive entre la sociologie et la bioéthique, qui sont représentées dans le numéro. D'un côté, les sociologues sont capables de produire des des-

criptions claires de « situations où se pose un problème éthique » et de montrer comment les solutions élaborées par les éthiciens s'appliquent (ou non) dans la pratique. D'un autre côté, les bioéthiciens peuvent fournir aux sociologues des éléments de réflexion sur les logiques sur lesquelles se fondent les décisions sur ce qui pourrait être considéré comme « bien ».

D. Umberson : La sociologie de la santé et de la maladie est une entreprise interdisciplinaire. Les chercheurs de différentes disciplines tendent à mettre l'accent sur leur unique et propre approche des questions de recherche dont ils traitent, mais aujourd'hui rares sont les études qui ne font pas référence aux perspectives offertes par d'autres disciplines. En fait, certains travaux parmi les meilleurs et les plus créatifs synthétisent les apports d'une diversité de disciplines et de littératures afin d'ouvrir de nouveaux angles d'approche et d'exploration des questions liées à la santé et à la maladie. Étant donnée l'expertise théorique et méthodologique de chaque discipline, et même de chaque sous-discipline, les efforts entrepris pour favoriser les collaborations interdisciplinaires pourraient impulser de nouvelles voies de recherche.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Annandale E., 1998, *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction,* Cambridge, Polity Press.

Annandale E., 2010, Changes in the editorial team and innovation at *Social Science & Medicine, Social Science & Medicine,* 71, 1219-1220.

Bury M., 1982, Chronic illness as biographical disruption, *Sociology of Health and Illness*, 4, 2, 167-182.

Calvez M., 2012, A French paradox according to epidemiologists. On the development of the sociology of health in France, *Salute e Società*, IX, 2, 55-72.

Charmaz K., 1983, Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill, *Sociology of Health and Illness*, 5,2 169-195.

Connell R., 2007, *Southern Theory*, Cambridge, Polity Press.

Da Silva L., Iriart J., 2011, The meanings and practices of barebacking among Brazilian internet users, *Sociology of Health and Illness*. Article first published online early before print issue: 21 Oct 2011, DOI: 10.1111/j.1467-9566.2011.01407.x

Davison C., Smith G.D., Frankel S., 1991, Lay epidemiology and the prevention paradox – the implication of coronary candidacy for health education, *Sociology of Health and Illness*, 13, 1, 1-19.

De Vries R., Turner L., Orfali K., Bosk C., 2006, Social science and bioethics: the way forward, *Sociology of Health and Illness,* 28, 6, 665-677.

Eikemo T.A., Huisman M., Bambra C., Kunst A.E., 2008, Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries, *Sociology of Health and Illness,* 30, 4, 565-582.

Guigner S., 2011, L'influence de l'Union Européenne sur les pratiques et politiques de santé publique : européanisation verticale et horizontale, *Sciences Sociales et Santé*, 29, 1, 81-106.

Hauray B., 2011, Mécanismes d'européanisation et politiques de santé, *Sciences Sociales et Santé*, 29, 1, 107-116.

Hochschild A.R., 1983, *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling,* CA, University of California Press.

Hyden L.C., 1997, Illness and narrative, *Sociology of Health and Illness*, 19, 1, 48-69.

Izugbara C.O., Wekesa E., 2011, Beliefs and practices about antiretroviral médication: a study of poor urban Kenyans living with HIV/AIDS, *Sociology of Health and Illness,* 33, 6, 869-883.

James N., 1992, Care = organisation + physical labour + emotional labour, *Sociology of Health and Illness,* 14, 4, 488-509.

Link B.G., Phelan J.C., 1995, Social conditions as fundamental causes of disease, *Journal of Health and Social Behavior*, extra issue 80-94 : 1995.

Magadi M.A., 2011, Understanding the gender disparity in HIV infection across countries in sub-Saharan Africa: evidence from the demographic and health surveys, *Sociology of Health and Illness*, 33, 4, 522-539.

Mamo L., 2008, Death and dying: confluences of emotion and awareness, *Sociology of Health and Illness,* 21, 1, 13-36.

Nambiar D., 2011, HIV-related stigma and NHO-isation in India: a historico-empirical analysis, *Sociology of Health and Illness*. Article first published online early before print issue : 8 Dec 2011, DOI : 10.1111/j.1467-9566.2011.01428.x

Nattrass N., 2011, Defending the boundaries of science: AIDS denialism, peer review and the Medical Hypotheses saga, *Sociology of Health and Illness*, 33, 4, 507-521.

Nettleton S., 2007, Retaining the sociology in medical sociology, *Social Science & Medicine*, 65, 2409-2412.

Pearlin L.I., Schieman S., Fazio E., Meersman S.C., 2005, Stress, health, and the life course : some conceptual perspectives, *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 2, 205-219.

Phelan J.C., Link B.G., Diez-Roux A., Kawachi I., Levin B., 2004, "Fundamental causes" of social inequalities in mortality: a test of the theory, *Journal of Health and Social Behavior,* 45, 3, 265-285.

Scambler G., 2009, Health-related stigma, *Sociology of Health and Illness,* 31, 3, 441-455.

Scambler G., 2012, Health inequalities, *Sociology of Health and Illness,* 34, 1, 130-146. Podcast associated with this article : www.blackwellpublishing.com/shil_enhanced/podcast.asp

Scambler G., Hopkins A., 1986, Being epileptic – coming to terms with stigma, *Sociology of Health and Illness,* 8, 1, 26-43.

Sciences Sociales et Santé, 1998, Les associations de malades : entre science, médecine et marché, 16, 3 (numéro spécial coordonné par D. Bonnet, G. de Pouvourville, M. Callon et V. Rabeharisoa).

Sciences Sociales et Santé/Revue d'Épidémiologie Sociale et de Santé Publique, 2004, Genre et santé, 22, 3 (numéro spécial coordonné par D. Bonnet et G. Paicheler).

Sciences Sociales et Santé, 2006, La psychiatrie à l'épreuve de la génétique, 24, 1 (numéro spécial coordonné par V. Rabeharisoa et J. Pierret).

Sciences Sociales et Santé, 2009, Les politiques de santé au Brésil. Technologie, industrie, État et santé publique, 27, 3 (numéro spécial coordonné par M. Cassier, M. Corréa, M. Calvez et V. Rabeharisoa).

Seale C., 2008, Mapping the field of medical sociology: a comparative analysis of journals, *Sociology of Health and Illness*, 30, 5, 677-695.

Seale C., 2010, HIV/AIDS and the sociology of health and illness, www.blackwekkpublishing.com/shil_enhanced/virtual7.asp

Seeley J., Mbonye M., Ogunde N., Kalanzi I., Wolff B., Coutinho A., 2011, HIV and identity: the experience of AIDS support group members who unexpectedly tested HIV negative in Uganda, *Sociology of Health and Illness*. Article first published online early before print issue : 24 Jun 2011, DOI : 10.1111/j.1467-9566.2011.01384.x

Strauss R., 1957, The nature and status of medical sociology, *American Sociological Review*, 22, 200-204.

Williams G., 1984, The genesis of chronic illness : narrative re-construction, *Sociology of Health and Illness*, 6, 175-200.