

Dimensions psychosociales de la santé

Introduction aux rôles sociaux et à la culture des
professionnels de la santé, des malades et des patients

Professeur Ph. Mairiaux

P. Govers
G. Absil

Université de Liège
Faculté de Médecine

Introduction générale

Table des matières

INTRODUCTION GÉNÉRALE	7
Quelques notions préalables relatives à la santé.....	7
Des acteurs, des relations et leurs observateurs	7
Disease, sickness, illness et niveaux macro, méso, micro	8
Développer une compétence culturelle/réflexive pour améliorer les soins	10
Compétence culturelle et « culturalisme » : comprendre sans déterminer pour mieux travailler ensemble	10
Un détour vers l’histoire et des exemples transversaux.....	11
1. CHAPITRE I : UN REGARD SUR L’HISTOIRE DES SCIENCES ET DES PRATIQUES MÉDICALES POUR ÉCLAIRER LES CONCEPTS DE SANTÉ ET DE MALADIE	13
1.1. Introduction.....	13
1.2. De l’Antiquité au Moyen Age : entre magie et religion.....	13
1.2.1. Le monde antique	13
A. La médecine mésopotamienne (4000 - 600 av J.-C.).....	13
B. La médecine égyptienne (3000 - 332 av. J.-C.)	17
C. Caractéristiques de la médecine à l’époque archaïque.....	21
D. La médecine grecque (1000 – 146 av. J.-C.)	21
E. La médecine dans l’empire romain (146 av. J.-C. - 476 ap. J.-C.)	31
F. Monde antique et diffusion des connaissances	35
1.2.2. Le monde médiéval (476 – 1453).....	36
1.3. De la renaissance au monde moderne: entre observation et expérimentation.....	42
1.3.1. La Renaissance (1453 – 1600 ?).....	42
1.3.2. La médecine aux XVI ^e et XVII ^e siècles	44
1.3.3. La médecine au siècle des Lumières	46
1.4. La médecine au XIX^e siècle.....	48
1.4.1. Evolution des connaissances médicales	48
1.4.2. Le paysage des maladies	50
1.4.3. Influences sociales sur la santé.....	50
1.5. La médecine au XX^e siècle	52
1.5.1. Evolution des connaissances médicales	52
1.5.2. Le paysage des maladies	52
2. CHAPITRE II : REGARDS SOCIO-ANTHROPOLOGIQUES SUR LA SANTÉ ET LA MALADIE	56

2.1. La santé et la maladie : construction d'une culture médicalisée.....	56
2.1.1. Corps et santé : les images du corps	56
A. Qu'est que la santé ?	56
B. La notion de santé.....	56
C. Le corps : support de la santé ?.....	59
D. Corps biologique et corps socialisé	59
E. Les temps du corps	65
F. Le corps handicapé	65
G. Le corps médicalisé : réductionnisme.....	67
H. Synthèse.....	68
I. Utilité pour le futur professionnel.....	69
2.1.2. Qu'est-ce que la maladie ?	70
A. Les représentations et les explications culturelles	70
B. « Disease » : une perspective médicale	72
C. La perception de la douleur et des symptômes	74
D. Synthèse.....	79
E. Utilité pour le futur professionnel.....	79
2.1.3. Comment le pathologique devient-il malsain ?	80
A. La médecine comme promotrice de moralité ?.....	80
B. Normalité versus anormalité.....	81
C. Des critères pour distinguer le normal et la pathologique	83
2.1.4. Comment le pathologique devient-il déviance ?	86
A. La maladie comme déviance de l'ordre social.....	86
B. Que doit faire le malade, que doit faire le médecin ?	86
C. Remise en cause de la vision fonctionnaliste de la relation malade/médecin	88
2.1.5. Les réseaux thérapeutiques.....	88
2.1.6. Aspects économiques de la santé	89
2.2. Comment devient-on un malade ?	90
2.2.1. La maladie : d'un état physique à un état social	90
A. Médecins et malades : un processus interactif.....	90
B. Les professions médicales	90
C. Différentes légitimités de la maladie	91
D. Médecin/malade : une relation conflictuelle et de « participation mutuelle »	92
2.2.2. Apprendre à être « un » malade.....	93
A. Sickrole et sickness career	93
B. Le rôle du patient : l'exemple du « bon mourant ».....	94
C. Les maladies chroniques.....	96
 3. CHAPITRE III : REGARDS SOCIO-ANTHROPOLOGIQUES SUR LA RELATION THÉRAPEUTIQUE ENTRE LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ ET LE PATIENT	 101
3.1. Expliquer et donner du sens.....	101
3.1.1. Comment le malade trouve-t-il un sens à la maladie ?.....	101
3.1.2. Quelles sont les causes ?	103
3.2. Du symptôme clinique à la réaction du malade.....	105
3.2.1. Un exemple de description médicale : le lumbago.....	105
3.2.2. Quels processus sont déclenchés chez le malade ?.....	109
3.2.3. Illness behavior : les facteurs qui influencent la réponse aux symptômes	111

3.3. Apprendre son métier	114
3.3.1. Les études médicales transforment	114
3.3.2. La manière de « percevoir »	115
3.3.3. La manière d' « écrire » et de « parler »	115
3.4. Traduire les mots et les maux du patient	116
3.4.1. Le raisonnement médical.....	116
3.4.2. Des raisonnements qui interfèrent	117
3.5. Poser des étiquettes	118
3.5.1. « Labelling theories » : poser des étiquettes	118
3.5.2. Fabrication des étiquettes	118
3.5.3. Stigmatiser : gérer les étiquettes.....	120
3.6. Le rôle de la technologie	122
4. CHAPITRE IV : TOUS ÉGAUX DEVANT LA MALADIE ET LA MORT ? LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	125
4.1. Introduction.....	125
4.2. Données de mortalité selon la classe sociale.....	125
4.2.1. Mortalité différentielle en Grande-Bretagne en 1981	125
4.2.2. Evolution de la mortalité en Grande-Bretagne entre 1911 et 1981	126
4.2.3. Espérance de vie au Canada en fonction des groupes sociaux	128
4.2.4. Données françaises relatives à la mortalité sociale	128
A. Mortalité sociale et espérance de vie des hommes en 1975/1980.....	129
B. Evolution de la mortalité sociale entre 1955 et 1980.....	130
4.3. Variations de l'état de santé selon la position sociale.....	142
4.3.1. Modèle de classement de l'hétérogénéité de l'état de santé des populations	142
4.3.2. Le caractère multidimensionnel de la position sociale	144
4.3.3. Les variations de santé en fonction de la position sociale : cinq hypothèses	145
A. La causalité inversée ou la sélection par la santé.....	145
a) Le schéma explicatif.....	145
a) L'importance potentielle du mécanisme	146
B. L'environnement physique.....	147
a) Le schéma explicatif.....	147
b) Les accidents de travail	148
c) Les effets de la pollution	148
C. La culture, les comportements et les modes de vies individuels.....	149
a) Tabagisme	149
b) Alcool.....	149
c) Alimentation.....	149
d) Activité physique.....	150
D. L'étude de Whitehall	150
a) Caractéristiques de l'étude et questions soulevées.....	150
b) Mortalité différentielle en fonction de la position dans la hiérarchie	152
c) Mortalité en fonction de la position dans la hiérarchie et de la possession d'une voiture	154
d) Mortalité en fonction de la position hiérarchique et de la consommation de tabac	155
e) Analyse de l'impact de la position dans la hiérarchie sur le risque de MCV.....	155
f) Tension artérielle en fonction de la position dans la hiérarchie	157

g)	Conclusion : schéma de l'approche socio-environnementale	158
E.	L'environnement psychosocial.....	160
a)	L'hypothèse de l'environnement psychosocial.....	160
b)	Les modèles du stress	161
F.	L'accès et le mode de recours aux services de santé	178
4.4.	Conclusion	190
5.	CHAPITRE V :- ASPECTS SOCIO-ÉCONOMIQUES DES SOINS DE SANTÉ	193
5.1.	Introduction.....	193
5.1.1.	Le système de santé en Belgique.....	194
A.	L'esprit fondateur	194
B.	Les grands rouages du système belge	195
C.	Une nouvelle question: raréfaction des ressources financières et rationalisation des choix budgétaires	196
5.1.2.	Nécessité d'opérer des choix rationnels	196
5.1.3.	L'approche économique: concepts et définitions	197
A.	Qu'est ce que l'économie de la santé?	197
B.	Economie et médecine : un mariage heureux?	198
5.2.	L'environnement de la santé	198
5.2.1.	Macro- et micro- environnement.....	198
A.	Le macro- environnement.....	199
B.	Le micro-environnement	200
5.2.2.	Environnement économique des soins de santé en Belgique : les dépenses de santé.....	202
A.	Les dépenses de santé resituées dans leur contexte global	203
5.2.3.	Evaluation économique des technologies médicales	204
A.	Les critères de l'évaluation des interventions médicales.....	205
a)	Efficacité clinique (en anglais « efficacy »)	205
b)	Efficacité pratique (en anglais « effectiveness »).....	205
c)	Efficienc e (en anglais « efficiency »).....	205
B.	Les méthodes d'évaluation et leurs typologies.....	206
a)	Règles de base de l'évaluation économique	206
C.	Typologie des études d'évaluations	208
D.	Les évaluations économiques complètes	209
5.3.	Liste des tableaux	212
5.4.	Liste des figures.....	214
5.5.	Bibliographie	216

INTRODUCTION GENERALE

Quelques notions préalables relatives à la santé

1.1. La culture ?

La culture peut être définie comme un ensemble de règles implicites et explicites dont les membres d'une société héritent et qui leur explique comment voir le monde, vivre leurs émotions, se comporter en relation avec d'autres personnes, les dieux ou l'environnement. Les individus élevés dans une société connaissent une enculturation¹ qui leur permet d'acquérir la culture du groupe auquel ils appartiennent.

Un des aspects cruciaux de la culture est qu'elle divise le monde et les individus en *catégories*. Par exemple : masculin et féminin, adulte et enfant, malade et bien portant, scientifique et populaire, science et croyance, ... Dans la plupart des sociétés, la culture n'est pas un tout homogène et est plutôt constituée d'un *patchwork* de cultures. Les individus composent souvent avec plusieurs cultures.

Dans cette synthèse, nous avons considéré que l'ensemble des pratiques médicales formait une culture, la culture médicale ou la culture de santé. Comme nous le verrons, les professionnels de la santé partagent certains savoirs et certaines représentations. De part leurs formations, et de part leurs expériences professionnelles, ils vont connaître une enculturation médicale qui les désignent comme spécialistes ou experts aux yeux des autres membres de la société.

1.2. Santé et maladie

« C'est bien le paradoxe de la maladie qu'elle est à la fois la plus individuelle et la plus sociale des choses. Chacun d'entre nous l'éprouve dans son corps et parfois en meurt ; de la sentir en lui menaçante et grandissante, un individu peut se sentir coupé de tous les autres, de tout ce qui faisait sa vie sociale ; en même temps tout en elle est sociale, non seulement parce qu'un certain nombre d'institutions prennent en charge différentes phases de son évolution, mais parce que les schémas de pensée qui permettent de la reconnaître, de l'identifier et de la traiter sont éminemment sociaux : penser la maladie c'est déjà faire référence aux autres »².

Des acteurs, des relations et leurs observateurs

Depuis les années 1970, les chercheurs en sciences humaines et sociales se sont de plus en plus intéressés à la médecine, sous toutes ses formes.³ Aussi, il est devenu difficile de réaliser une

¹ Enculturation : acquisition graduelle de normes et caractéristiques d'une culture par une personne, par un groupe,... (Oxford Dictionnary, p. 878).

² Marc Augé, Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'évènement in *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Sous la direction de Marc Augé et Claudine Herzlich, Editions des archives contemporaines, Paris, 2000 (1ère édition 1984), p. 36.

³ Voir à ce propos Jacques Saliba, Les paradigmes des professions de santé in *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Sous la direction de Pierre Aiach et Didier Fassin, Editions Anthropos, Paris, 1994, pp. 43-85.

synthèse qui reprendrait l'ensemble de ces travaux. Ce, d'autant plus, que les sciences humaines et sociales sont traversées par des débats internes qui dépassent le cadre et les objectifs de ce cours introductif.

Cependant, ce cours a pour objectif de donner à l'étudiant un maximum de possibilités pour se situer parmi les différents auteurs retenus dans cette synthèse. En effet, leurs points de vue sur le champ médical reflètent leur vision du monde, c'est à dire la manière dont ils vont définir la société, ses membres et leurs relations. Une bonne compréhension de ces visions du monde devrait faciliter la compréhension du cours.

De manière très générale, on peut distinguer deux grandes visions du monde, l'une basée sur l'idée de consensus et, l'autre, articulée autour de l'idée de conflit et de négociation. Dit autrement, une partie des scientifiques en sciences humaines analysent les réalités sociales à partir de l'équilibre permanent qui est censé prédominer dans la société (en analogie avec l'organisme vivant où chaque composante de celui-ci joue un rôle précis en regard de l'harmonie – équilibre – de l'ensemble). Pour d'autres, les réalités sociales se développent au sein d'une société caractérisée par un conflit permanent. Tant l'une que l'autre de ces visions du monde est traversée par une autre différenciation principale construite autour de l'opposition entre déterminisme et individualisme.

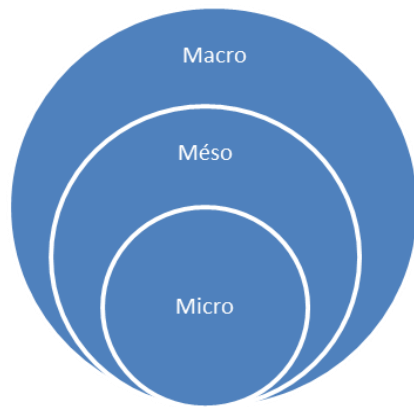
Le schéma suivant rend compte de ces deux visions du monde, il offre également une classification des écrits des divers sociologues qui sont abordés dans ce syllabus.

	Théorie du consensus (société=organisme, un tout en équilibre)	Théorie du conflit et de la négociation (société=changement, flux, contingence, opposition)
Déterminisme (société>individu)	Fonctionnalisme Parsons Culturalisme Zborowki, Zola	Structuralisme (Laplantine, Fassin)
Individualisme (individu>société)		Interactionnisme symbolique (Becker, Goffman, Strauss, Baszanger, Freidson)

Disease, sickness, illness et niveaux macro, méso, micro

Les chercheurs en sciences humaines et sociales n'abordent pas la réalité de la même façon. Certains favorisent l'observation de phénomènes à large échelle et d'autres à très petite échelle. Dans ce syllabus, ces différences d'échelle seront schématisées en trois niveaux :

- Macro-social : l'analyse porte sur des phénomènes observables au sein de la société dans son ensemble
- Méso-social : l'analyse porte sur des phénomènes observables dans les institutions ou les organisations



- Microsocial : l'analyse porte sur des phénomènes observables au niveau des individus ou des groupes.

Prenons comme exemple le VIH/sida. Il est possible de l'analyser d'un point de vue macro – social (la définition de la pathologie, le rôle des institutions internationales dans la lutte contre cette pandémie, la politique des multinationales pharmaceutiques face à la production d'antiviraux⁴), d'un point de vue méso-social (les institutions chargées de la prise en charge des patients séropositifs, la maladie comme critère d'évaluation dans le cas d'une demande de régularisation de migrants sans titre de séjour légal⁵) et d'un point de vue microsocial (les interactions que les patients séropositifs ont avec leur entourage).

Ces trois niveaux se complètent et les phénomènes observés à l'un des échelons peuvent avoir une influence sur ceux observés à un autre échelon.

Le recours à cette notion d'échelle, ou de niveau, est pertinent pour la compréhension de la maladie envisagée dans ses dimensions sociales. De manière récurrente, les sciences humaines empruntent le vocabulaire anglais afin de faciliter la répartition selon cette échelle. L'anglais dispose de trois mots pour désigner la « maladie » : *disease*, *sickness* et *illness*. Chaque terme correspond à une manière de considérer la maladie, et peut être situé dans l'échelle décrite ci-dessus.

Disease : la maladie telle qu'elle est définie par la science biomédicale. Elle est vue comme un problème biologique impliquant une anomalie dans la structure du corps (malformations), sa physiologie (hypertension), ou ses composants chimiques (équilibre ionique par ex.).

Parce que la science biomédicale a une influence considérable et historique dans la culture occidentale, elle tend à s'imposer comme la forme la plus légitime de savoir, celle qui définit ce qui est vrai et ce qui est faux. C'est pourquoi la maladie-*disease* peut être située au niveau macro-social.

Sickness : la maladie en tant que phénomène social parce qu'elle modifie le lien social de la personne et le rôle qu'elle joue dans la société. On parlera ainsi de *sickrole* pour désigner un rôle socialement attribué à une personne malade et l'ensemble des comportements socialement attendus.

Il s'agit en particulier de phénomènes d'interactions qui se déroulent dans des lieux institués comme l'hôpital, le cabinet médical ou la visite médicale. Les interactions entre les professionnels et les patients vont participer à la définition d'un *sickrole*. Comme ces interactions dépendent des institutions et de leurs règles de fonctionnement, nous pouvons les situer dans le niveau méso-social.

Illness : fait référence à la maladie comme expérience vécue par le patient : une sensation de rupture par rapport au bien être éprouvé ou à la normalité ressentie avant son apparition.

⁴ Selon le classement publié par le magazine Forbes, les multinationales pharmaceutiques qui ont réalisé les meilleurs chiffres de vente en 2005 ont comme clients des patients aisés (taux de cholestérol élevé, pression artérielle élevée, schizophrénie, dépression). Cité dans Wendy Harcourt, Body politics in development. Critical debates in gender and development, Zed Books, London, 2009, p. 186.

⁵ Voir à ce propos la réflexion de Didier Fassin, La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent, Éditions Gallimard, Paris, 2010.

Cette expérience vécue relève en majeure partie des expériences et des apprentissages réalisés par les personnes. Elle intervient lors des interactions en face à face, et c'est pourquoi elle peut être reliée à l'échelle microsociale.

L'ensemble du syllabus fait référence à cette logique d'échelle. Ainsi le chapitre II aborde successivement les échelles macro sociales et méso sociales. Le chapitre III aborde le vécu de la santé et de la maladie au niveau micro social.

Développer une compétence culturelle/réflexive pour améliorer les soins

La compétence culturelle est « l'habilité de s'identifier à et de travailler avec d'autres groupes culturels que le sien en utilisant les compétences communicationnelles et les stratégies d'interventions propres à ces groupes culturels. Une personne culturellement compétente est capable d'utiliser la connaissance de modèles (patterns) culturels de manière à comprendre les priorités, à communiquer de l'empathie et de la reconnaissance, à être réceptive aux besoins de l'individu ou de sa communauté et à travailler effectivement avec des groupes culturels distincts pour développer des interventions culturellement appropriées. » (Winkelman, 2009 : p. 430)

Cette définition met en jeu deux éléments importants pour la pratique professionnelle. Premièrement, le professionnel doit réfléchir à sa pratique ; c'est ce que l'on appelle la réflexivité. Il s'agit de pouvoir revisiter ses expériences, de faire preuve d'esprit critique vis-à-vis de soi-même, afin de ne pas tomber dans une certaine routine qui serait nuisible à la qualité des soins. Par exemple, un professionnel peut réfléchir à la manière dont il interagit avec des enfants, et se rendre compte qu'il adopte toujours la même approche, et que celle-ci est peut-être à la source de difficultés lors de l'examen physique de l'enfant ou durant l'anamnèse avec les parents.

Deuxièmement, le professionnel doit s'interroger sur ses relations avec « l'autre ». En fait, vis-à-vis d'un patient, le professionnel sera toujours pris dans une tension entre deux sentiments : celui de la ressemblance (tout patient peut rappeler une expérience vécue, évoquer le lien avec des hobbies similaires, ou amener à se projeter dans le futur par exemple du risque de déclin cognitif avec l'âge) et celui de la différence (tout professionnel cherche à trouver en quoi le patient est différent de lui, ou est conscient des rôles différents du médecin et du patient). Cette tension naît du fait que le professionnel et le patient partagent certains éléments culturels et se différencient sur d'autres.

De fait, peu d'interactions échappent à cette tension. En effet, la culture ne se limite pas à « l'exotique » : l'autre n'est pas forcément une personne originaire d'un autre continent, l'autre, c'est déjà la personne qui habite dans un quartier dit populaire et que l'on n'a pas l'habitude de fréquenter.

Compétence culturelle et « culturalisme » : comprendre sans déterminer pour mieux travailler ensemble

Une fausse idée pourrait émerger de la lecture des paragraphes précédents. Celle, qui voudrait que tout soit défini et causé par la culture. Attribuer un rôle prépondérant à la culture c'est courir le risque du « culturalisme ».⁶ Dans le cadre des professions médicales, cela reviendrait à expliquer un comportement uniquement par des facteurs culturels.

⁶ Didier Fassin, anthropologue et médecin, définit le culturalisme en ces termes : « Je propose d'appeler culturalisme la figure intellectuelle qui essentialise la culture et en fait une interprétation en dernière instance des conduites humaines » Didier Fassin, Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens

Par exemple, l'on pourrait dire (ou penser) que les personnes de milieux défavorisés ne respectent pas les rendez-vous médicaux parce que c'est inhérent à leur culture. Une telle utilisation de la notion de culture conduit à un mépris des personnes et à une mauvaise compréhension des situations réelles dans lesquelles elles vivent : pas d'accès à une voiture, méconnaissance du fonctionnement des transports publics, peur de l'annonce d'une maladie grave,...

Dans ce cas, l'utilisation de la culture peut être vue comme un argument facile qui justifie et explique tout, mais surtout qui exempt le professionnel d'une réflexion sur sa propre pratique. Ainsi, ce n'est pas le professionnel qui propose des rendez-vous irréalistes, mais « c'est la culture qui... ».

La compétence culturelle doit être un atout pour améliorer la prestation de service, elle doit être au service d'une meilleure compréhension de la situation vécue par le patient. Elle ne peut nourrir des jugements à l'emporte pièce fondés sur des préjugés.

Le risque est réel que l'attribution d'un symptôme à une cause culturelle fausse le diagnostic et induise en erreur le professionnel de la santé. Ainsi, et à titre d'exemple, il serait hasardeux de ne pas pratiquer les examens d'usage en cas de suspicion de dépression parce que le patient serait d'origine asiatique et que le professionnel de la santé penserait qu'un certain détachement par rapport au monde serait justement caractéristique des asiatiques.

Un détour vers l'histoire et des exemples transversaux

Afin d'assurer la cohérence du syllabus et d'aider l'étudiant à percevoir les différentes manières d'envisager la santé et la maladie sous l'angle des sciences humaines, il est apparu important de faire un détour par l'histoire des pratiques médicales et l'évolution des conceptions de santé et de maladie. Pour en faciliter la compréhension, une série d'exemples (vieillesse, grossesse, stress, psoriasis, toxicomanie, TMS, suicide) sont développés et détaillés dans les chapitres qui suivent.

Chapitre I :

**Un regard sur l’histoire des sciences et des
pratiques médicales pour éclairer les
concepts de santé et de maladie**

1. CHAPITRE I : UN REGARD SUR L'HISTOIRE DES SCIENCES ET DES PRATIQUES MÉDICALES POUR ECLAIRER LES CONCEPTS DE SANTÉ ET DE MALADIE

1.1. Introduction

Aussi loin que l'on remonte dans l'histoire de l'humanité, l'homme s'est opposé au cours naturel de son existence, tentant de combattre la maladie, d'échapper à la souffrance et cherchant à repousser toujours plus loin les limites de la vie. Divinatoire, mythique, religieux, philosophique ou scientifique, l'*Art de la Médecine* peut se lire à travers chaque époque et chaque lieu qu'il traverse comme un miroir du courant de pensées prévalant alors.

Ce chapitre se propose de parcourir au fil du temps et de l'espace les grands axes de l'histoire des sciences médicales. A chaque étape de ce voyage, nous survolerons les faits les plus marquants et épingleons les personnages les plus illustres, pour mieux éclairer, dans un second temps, les *représentations sociales* auxquelles renvoient les notions de *santé* et de *maladie* à travers les différentes époques.

Liens : chapitre II.1.2.1.

Ce bref regard sur le passé ne peut embrasser l'ensemble des pratiques et concepts médicaux de part le monde, et impose par la force des choses des choix. Les pratiques médicales apparues en Chine, en Inde ou en Afrique ne seront pas abordées. Nous focaliserons notre attention sur les origines et le développement de la médecine en Occident, sans toutefois occulter les pages de l'histoire tournées par les médecines mésopotamienne, égyptienne, byzantine ou arabe qui ont, dans une certaine mesure, marqué de leur empreinte le cours de l'histoire médicale jusque dans nos contrées.

Durant toute l'Antiquité et encore au Moyen Age, magie, divination et religion s'imbriqueront pour former les ingrédients de base de la pratique médicale. La Renaissance marquera un tournant décisif dans l'histoire de la médecine occidentale avec la primauté accordée à l'observation et à l'expérimentation, ouvrant la voie à la médecine moderne.

1.2. De l'Antiquité au Moyen Age : entre magie et religion

Les médecines archaïques font principalement appel à la magie et la divination. Au fur et à mesure que les sociétés se développent et se hiérarchisent, elles se tourneront également vers l'invocation des dieux et la prière.

1.2.1. Le monde antique

A. La médecine mésopotamienne (4000 - 600 av J.-C.)

Quelques repères historiques

Située entre le Tigre et l'Euphrate, « berceau des civilisations », la Mésopotamie, fut le siège du premier système d'écriture connu, d'abord pictographique, puis cunéiforme vers 3300 av J.-C., comme en témoigne les tablettes d'argile provenant de la ville d'Ourouk.

Cette région qui correspond plus ou moins à l'Irak et à une partie de la Syrie actuelle a vu naître et se succéder tour à tour, entre 4000 et 600 av. J.-C., les civilisations sumérienne, akkadienne, babylonienne, assyrienne et néo-babylonienne, avant de tomber sous la domination des Perses (en 539 av. J.-C.) et d'Alexandre le Grand (en 331 av. J.-C.), des Séleucides et enfin des romains (67 av. J.-C.).

Sources

L'histoire de la médecine mésopotamienne nous est révélée par divers écrits: lettres, textes littéraires et traités médicaux.

Les premiers écrits mentionnant l'activité d'un médecin (*asû*) datent du 3^{ème} millénaire. Des tablettes, retrouvées à Nippur et datant de 2100 av. J.-C., livrent les secrets de prescriptions pharmacologiques. Mais la plupart des textes médicaux remontent au 1^{er} millénaire et proviennent des grandes bibliothèques assyriennes et babyloniennes.

Le *Code d'Hammourabi* (1750 av. J.-C.), premier code juridique connu et témoignage d'un système législatif élaboré, consacre 9 de ses 282 articles à l'activité médicale, précisant les honoraires des médecins et les sanctions encourues en cas d'échec thérapeutique.

Datant du 1^{er} millénaire, les quarante tablettes formant le célèbre *Traité akkadien de diagnostics et de pronostics*, consistent, dans un souci de rigueur quasi encyclopédique, une longue liste d'observations relatives à diverses affections (classées selon la partie du corps touchée) et les conséquences médicales qui en découlent.

Pensée

Les lois de l'univers, dans la société mésopotamienne, sont régies par les forces divines. Le destin, prédéfini et connu par les dieux, y occupe une place prédominante. L'homme, **jouet du destin**, est alors entièrement soumis à la volonté des dieux.

Mais il peut, néanmoins, se faire une idée de sa destinée en recourant à la **divination** et tenter de déjouer les sombres desseins des dieux en recourant à la **magie**. Ainsi, le devin consultera les oracles pour prédire maladie, épidémie, mort et autres catastrophes naturelles. Quant au mage, il cherchera à détourner les forces du mal, à chasser le démon responsable du mal.

Enfin, par la **dévotion**, le mésopotamien tentera de se réconcilier avec les dieux et d'obtenir leurs faveurs et leur protection.

Conception de la maladie

Dans la conception mésopotamienne, le patient a le statut de victime. Et la maladie est une **malédiction** s'abattant sur celui ou celle qui, volontairement ou involontairement (ex: rencontre fortuite avec une personne impure), déroge au code moral établi; cette malédiction peut aller jusqu'à frapper leur descendance.

Pour les mésopotamiens, la maladie, causée par les démons, pouvait se transmettre via l'air ou les aliments.

Pratiques médicales

La pratique médicale est entre les mains de **prêtres – médecins** qui tiennent leur savoir de l'enseignement d'un maître ou d'une école toujours associée au temple. Ils se répartissent en trois groupes :

- les *azus*, médecins à proprement parler; chargés du diagnostic, observent et classifient les symptômes,
- les *barus*, ou devins, sont chargés principalement des pronostics ;
- les *ashipus*, exorcistes et purificateurs, agiront sur la cause du mal, à savoir le démon lorsqu'il prend possession du corps.

Leurs rôles respectifs s'imbriquent et se complètent, reflétant ainsi la dualité de la pratique médicale mésopotamienne qui se situe tant sur un plan **rationnel** (celui du médecin), qu'**irrationnel** (celui du devin et de l'exorciste).

Azu (médecin), devin et exorciste intervenaient soit, chacun seul, soit de concert, se succédant au chevet du malade. Il arrivait qu'un même praticien cumule les trois fonctions à la fois. Et l'on peut difficilement les dissocier dans la conception de la pratique médicale de l'époque. Mais penchons-nous plus avant sur les moyens mis en œuvre et les outils dont ils usaient pour accomplir à bien leurs tâches.

a. Place de la divination

Pour appréhender le destin, le *baru* (ou devin) avait principalement recours à l'**hépatoscopie** qui consistait en la lecture des oracles par l'examen du foie d'animaux sacrifiés.

Organe vital suprême, chargé, croyait-on, de faire circuler le sang dans tout l'organisme, le foie revêtait, en effet une importance cruciale. Plusieurs modèles en bronze ou en terre cuite retrouvés dans des fouilles portent des inscriptions liturgiques témoignant de leur fonction divinatoire. Les dieux étaient censés communiquer avec l'homme en inscrivant leurs volontés dans le foie d'un animal destiné au sacrifice (souvent une chèvre ou un mouton). L'aspect du foie était alors dûment interprété par le devin pour prédire une éventuelle guérison ou identifier les dieux ou mauvais esprits responsables de la maladie. Contrairement au médecin, le devin n'hésitera pas à désigner la cause du mal ; celle-ci étant par essence surnaturelle, elle ne peut donc être remise en cause.

Le devin procédait, par ailleurs, à un interrogatoire sur les antécédents personnels et familiaux pour identifier l'infraction au code social ou religieux, source de la colère et de la vengeance divine.

b. Place de l'exorcisme

Tout comme le devin, l'exorciste va aussi s'intéresser aux antécédents personnels et familiaux du patient, mais son interrogatoire sera bien plus poussé, se rapprochant de la démarche psychanalytique.

Pour lutter contre les forces du mal, et chasser le démon responsable de la maladie, il recourt à des recettes et des incantations présumées apporter la guérison. Il pourchassera l'intrus en administrant des **traitements purgatifs ou répulsifs** (censés faire peur au démon).

Il usera parfois d'autres subterfuges pour tromper le démon en tentant, par exemple, de détourner son action malveillante du corps du malade vers le corps d'un animal. Le but ici étant d'offrir un animal aux esprits comme substitut au malade, comme en témoigne l'inscription suivante retrouvée sur une tablette de Sumer datant du 3^{ème} millénaire av. JC.:

" Prends un porcelet et mets-le sur la tête du malade ; arrache-lui le cœur et pose-le au niveau du cœur du malade, dépèce le porcelet et étends-le sur le corps du malade, offre le porcelet, sa chair au lieu de la chair du patient, les démons s'en empareront [...]".

c. Place des pratiques proprement médicales

Sur le plan purement médical, les mésopotamiens savaient poser des **diagnostics**, basés sur des **listes de symptômes** objectifs longuement décrits et soigneusement consignés dans des traités. Ils procédaient à des **examens** par la palpation et l'étude des sécrétions corporelles. Ils préconisaient des **traitements** sur base de **listes de médicaments**.

La codification et le recours aux listes font partie des pratiques médico-religieuses et de l'attirail d'outils aux sources desquels puisent les médecins - prêtres (devins, exorcistes et médecins). Mais certaines listes, quoique fondamentalement empreintes de religiosité, relèvent directement de la médecine au sens que nous lui donnons: elles répertorient les maladies observées, leurs symptômes, mais aussi la médication appropriée avec ses caractéristiques, son usage spécifique, sa posologie et jusqu'à son mode d'administration.

Exemples

Diagnostic...

"Si un homme en train de marcher, tombe tout d'un coup en avant, gardant alors ses yeux dilatés, sans pouvoir les ramener à leur état normal, et s'il est lui-même incapable en même temps de remuer bras et jambes, c'est une crise de haut mal [épilepsie] qui lui commence".

Traité akkadien de diagnostics et de pronostics

Diagnostic et traitement...

"Si les yeux d'un homme sont couverts d'une ombre lourde [cataracte?], si elle ne se dissipe pas et persiste malgré les mains du médecin [sous-entendu: le traitement médical], alors tu pileras séparément quatre plantes, tu les mélangeras avec de la résine de cèdre et tu en barbouilleras ses yeux".

Traité akkadien de diagnostics et de pronostics

Sur le plan de la **chirurgie**, les mésopotamiens pratiquaient une série d'actes comme la réduction de fractures et de luxations, les drainages d'abcès, les cures de la cataracte (opacification du cristallin de l'œil), l'extraction de calculs rénaux et vésicaux ou la trépanation. Ils effectuaient aussi des interventions d'ordre esthétique comme la greffe d'implants d'os chez les femmes souhaitant avoir un nez busqué.

Toutefois, le traitement des fractures et des plaies constituait l'essentiel des interventions chirurgicales. Et la pratique chirurgicale restait largement cantonnée aux cas d'urgence, résultant de conflits guerriers ou d'agressions par des bêtes sauvages.

A côté des listes médicales, les activités relevant de la chirurgie étaient également évoquées dans les lois réglementant la profession.

Exemple:

"Si un médecin fait à un homme libre une grave incision avec le couteau de bronze à opération et qu'il le guérisse, ou s'il ouvre un abcès avec le couteau à opération et sauve l'oeil du malade, il recevra dix sicles d'argent; s'il s'agit d'un affranchi, il recevra cinq sicles d'argent; si le patient est un esclave, son maître ne donnera au médecin que deux sicles d'argent".

Code d'Hammourabi (art 218)

Sur le plan prophylactique, les mésopotamiens ont été les premiers à préconiser l'isolement et l'arrêt du travail des malades, de peur que la malédiction dont ils étaient victimes ne se transmette à leur entourage.

B. La médecine égyptienne (3000 - 332 av. J.-C.)

Quelques repères historiques

L'histoire de l'Égypte ancienne (si l'on exclut la période prédynastique du 5^e au début du 3^e millénaire) s'étale sur une période de trois millénaires où se sont succédées, sous le règne unificateur des pharaons, une époque dite archaïque (3000-2700 av. J-C) qui va voir naître et se structurer les premières dynasties, et ensuite quatre grandes époques prospères: l'Ancien Empire, le Moyen Empire, le Nouvel Empire, et la Basse Époque. Celles-ci seront entrecoupées par des phases intermédiaires plus troubles sur le plan sociopolitique. Sous le signe de la domination assyrienne (à partir de 663 av J-C), puis perse (à partir de 525 av. J-C), la Basse Époque, s'achèvera, en 332 av. J-C, avec la conquête d'Alexandre le Grand. L'Égypte passera alors dans la sphère d'influence de la civilisation hellénistique pendant 300 ans avant de tomber dans les mains de Rome en 30 av. J-C.

C'est surtout à l'époque de l'Ancien Empire (2680-2200 av. J-C), considérée comme l'âge d'or de la civilisation pharaonique (construction des pyramides), que la médecine égyptienne se forge et se développe. Mythes, pratiques magiques et étude des plantes médicinales y trouvent leurs origines. C'est aussi à cette époque que remonte l'essentiel du corpus médical légué par cette civilisation.

Sources

Les sources écrites qui traitent de la médecine sont moins nombreuses mais plus précises qu'en Mésopotamie. Il s'agit pour l'essentiel de **papyrus médicaux**. On en compte une douzaine pour la période pharaonique.

Citons à titre d'exemple,

- le *papyrus de Kahoun* (vers 2000 av. JC), traité de gynécologie et d'obstétrique avec une partie consacré à l'art vétérinaire (c'est le plus ancien papyrus médical conservé);

- le *papyrus Ebers* (copie vers 1550 av. JC⁷), premier traité connu de cardiologie ;
- le *papyrus Smith* (copie vers 1551 av. JC¹), traité d'anatomie et de pathologie chirurgicale ;
- le *papyrus Cheaster-Beatty* (vers 1300 av. JC.), consacré à la proctologie.

En outre, des **ostracas** (inscriptions sur fragments de poterie ou éclats de pierre) retrouvés dans les fouilles mentionnent des recettes pharmaceutiques, faisant probablement office d'ordonnances ou d'aide-mémoire du praticien.

Par ailleurs des bas reliefs, statuettes et autres témoignages de l'**art égyptien** représentent des individus souffrant de certaines affections. L'étude scientifique des **momies** a également apporté beaucoup d'informations sur les pathologies communes de l'époque. Ainsi une étude par tomographie RX réalisée sur 44 momies a montré la présence d'athérosclérose dans le cœur et les vaisseaux dans plus de 50% des cas (*G. Thomas et al 2009*).

Pensée

Bien que profondément empreinte de **religiosité et de magie**, on ne retrouve pas dans la pensée égyptienne cette dominante fataliste indissociable de la pensée mésopotamienne. Pouvoirs des amulettes et des dieux sont omniprésents. Mais si la pensée est mythique, voire mystique, elle fait parallèlement preuve d'un **certain rationalisme empirique**, faisant appel à l'observation et l'expérimentation.

Image de l'être humain et du corps

Pour les Égyptiens, l'être humain est composé de trois éléments:

- le corps;
- l'âme;
- le Ka, être immatériel (ou double, ou force vitale) qui conférait à l'homme par sa présence, protection, vie, bonheur et santé. Le Ka grandissait avec l'homme et ne le quittait jamais, le suivant même jusqu'à sa dernière demeure, la tombe, d'où l'importance de la momification.

Le corps est le siège de trois principaux systèmes:

- les conduits (*metou*), qui à l'image du Nil et de ses canaux, forment un enchevêtrement de vaisseaux transportant les liquides corporels (sang, eau, urine, larmes, sperme) et l'air, mais aussi, parfois, des substances pathogènes;
- l'intérieur (*ib*), rassemblant tous les organes internes;
- le cœur (*haty*), organe primordial, il est à la fois le centre du corps et l'entrée de l'intérieur ~*ib*. Il est aussi le siège de l'intellect, de l'émotion et de la mémoire.

Conception de la maladie

Dans la conception égyptienne, la mort est du même ordre que la vie ; toutes deux constituent des influences transportées par l'air et pénétrant dans le corps : « *le souffle de la vie entrant par l'oreille droite et le souffle de la mort entrant par l'oreille gauche* » (*Papyrus Ebers*). Pour les Égyptiens, la

⁷ Ces papyrus n'ont pas été découverts dans leur version d'origine mais nous sont parvenus par des copies d'anciens textes remontant probablement à la période de l'Ancien Empire.

maladie résulterait de **l'agression d'agents pathogènes**, produits par le corps lui-même, véhiculés par l'air, ou ingérés via la nourriture, **ou encore générés par les dieux et les démons**.

Les facteurs pathogènes et leur mode d'action sont définis. Via l'air ou les aliments, des substances animés, les **setet et les oukheddou** s'accumulent dans l'organisme et le rongent de l'intérieur. C'est leur nombre qui détermine la gravité de la maladie ; dépassé un certain seuil, ils deviennent nuisibles.

- Les *setet* se déplacent à l'intérieur du corps et ne deviennent dangereux que morts. En se décomposant ils se transforment en vermine. Celle-ci va durcir les conduits (*metou*) et empêcher la libre circulation des liquides corporels, provoquant ainsi une intoxication.
- Les *oukheddou* procèdent de la décomposition des aliments dans l'estomac (ou y participent⁸). Issus des matières fécales, ils se dispersent dans le corps et s'y attaquent. Ils empêchent aussi les cicatrisations.

Indépendamment des matières ingérées, les substances corporelles peuvent, elles-mêmes, devenir source de maladie. Ainsi le sang (agent liant, permettant de transformer l'alimentation en chair) peut, s'il est habité par une mauvaise substance, devenir acide, mordant et se mettre à délier ce qu'il avait auparavant uni. Les sécrétions corporelles (lymphe, sueur, séborrhée, sperme), peuvent être contaminées par un agent morbide, se transformer en vermine et provoquer puces, poux ou parasitoses intestinales.

La peur de la vermine et de la décomposition tourne presque à l'obsession dans le mental égyptien de l'époque. D'où l'importance notamment de la conservation du corps et de son intégrité physique, condition essentielle de survie du vivant de l'homme, mais aussi d'accès à l'éternité.

Pratiques médicales

a. Thérapeutiques

Les médecins étaient chargés d'identifier la source du mal et de le combattre. Ainsi pour chasser les *setet* et tuer les *oukheddou*, ils recouraient à des traitements dépuratifs: "*Ils se purgent pendant trois jours consécutifs chaque mois*", rapporte Hérodote⁹, "*et cherchent à se maintenir en bonne santé par des émétiques et des lavements*". [Note : émétiques : substances déclenchant le vomissement ; lavements : injection par l'anus dans les intestins d'une substance qui favorise l'expulsion des selles]

Les médications étaient le plus souvent confectionnées à base de plantes. Mais excréments et animaux séchés pouvaient entrer dans leur composition. Leurs recettes étaient dictées par des considérations religieuses, magiques ou mythiques.

Les pratiques magico-religieuses tiennent une place importante dans la médecine égyptienne. Les amulettes, de forme, de composition et de couleurs variées jouent essentiellement un rôle préventif. Elles accompagnent l'homme dans toutes les étapes de son existence, de la naissance à la mort et au delà. Il s'agit de se protéger contre maladies, piqûres et morsures...

⁸ La question est encore débattue. Dans le cas où ils participeraient à la décomposition des aliments, leur rôle serait d'abord utile avant de devenir pathogène

⁹ Hérodote, historien grec (vers 484-425 av.JC.) L'enquête. Livres I à IV Trad. et commentaires Bargout, A, Paris, Gallimard, 1985

Les dieux et déesses interviennent non seulement dans une optique prophylactique, mais aussi dans le processus de guérison : Osiris, Horus, Iris, Thot, Hathor et autres divinités étaient invoqués pour exercer leur action protectrice et bienfaitrice sur la santé. Dans l'Égypte tardive, les divinités acquièrent même une certaine spécialisation, chacune étant responsable d'un organe ou d'une fonction organique.

b. Médecins

Le praticien égyptien était appelé *sounou* ; de la racine *soun*, signifiant "être malade", "souffrance" et du suffixe *ou*, signifiant "préposé à".

Rattachés sous l'Ancien Empire aux rites magico-religieux, les médecins, avaient, à l'image de la spécialisation des divinités, chacun leur spécialité. Hérodote ¹⁰ disait à ce propos, "Ainsi, le pays est-il plein de médecins, spécialistes des yeux, de la tête, du ventre, ou encore de maladies d'origine incertaine". Certains médecins étaient affectés à des groupes de population particuliers : médecins du Palais, médecins des nécropoles, médecins des cultivateurs,

La profession de médecin était fortement hiérarchisée. Du simple praticien au plus grand des médecins, on passait par une série de rangs comprenant le chef des médecins, le doyen des médecins, l'inspecteur des médecins. Notons que la profession était ouverte aux femmes.

c. Principaux apports aux sciences médicales

La science du *sounou* restait relativement limitée. La pratique médicale ne semble pas avoir tiré profit de la momification pour mettre en application ses connaissances en anatomie ou en chirurgie. Les professions d'embaumeur et de médecin étaient en effet strictement cloisonnées, chacun allant jusqu'à posséder sa propre nomenclature pour désigner les organes.

Sur le plan de l'**anatomie**, les Égyptiens ont été les premiers à relever le rôle vital des poumons, à avoir considéré le foie comme organe nécessaire à la digestion et surtout, à pressentir la fonction essentielle du **système cardiaque**.

Les médecins égyptiens avaient identifié le cœur comme centre du système vasculaire et en avaient une bonne connaissance anatomique. Ils savaient palper le pouls et avaient établi un rapport exact avec les battements du cœur, comme en témoigne ce passage du papyrus Ebers: "*Quant à la faiblesse du cœur, cela signifie que le cœur ne parle pas ou que les vaisseaux du cœur sont muets, alors qu'ils ne donnent aucune indication sous les mains*"

Sur le plan des méthodes **diagnostiques**, les médecins de cette époque procédaient à des examens en plusieurs étapes, comprenant :

- interrogatoire des patients,
- inspection (de l'aspect du visage, de la couleur cutanée, des plaies, œdèmes, urines, etc.),
- palpation (pouls, abdomen, tumeurs, etc.),
- percussion,

¹⁰ *Ibid.*

L'auscultation était peut-être également utilisée comme le suggère un passage du papyrus Ebers ("*l'oreille entend ce qui est en dessous*").

C. Caractéristiques de la médecine à l'époque archaïque

Les formes de pratique médicale à l'époque archaïque, telles qu'illustrées pour la civilisation mésopotamienne (point A) ou l'Égypte ancienne, partagent une série de caractéristiques communes :

- coexistence d'une médecine empirique (analyse des symptômes, palpation du malade, recherche des causes immédiates de la maladie) avec une médecine magico-religieuse inscrite dans un système de croyances et mythologies (dieux, démons,...) et associée à des lieux de culte spécifiques
- interchangeabilité des rôles dévolus, pour la guérison, tantôt au devin, tantôt à l'exorciste, tantôt au médecin.
- stagnation des connaissances médicales

D. La médecine grecque (1000 – 146 av. J.-C.)

Quelques repères historiques

La première cité grecque a été fondée au 13^e siècle av. J.-C., donnant naissance à la civilisation mycénienne. Après une période trouble marquée, notamment par l'envahissement des Doriens, de nombreuses cités grecques indépendantes, dont Athènes et Sparte, se sont organisées entre le VIII^{ème} et le VI^{ème} siècle. Unies pour repousser l'ennemi perse, elles sortiront affaiblies par la guerre intestine dite du Péloponnèse, à la fin du V^{ème} siècle. En 359 avant notre ère, Philippe, roi de Macédoine, soumet toutes les cités grecques désormais unifiées. Son fils, Alexandre le Grand lui succède en 336 et se lance à la conquête de l'empire perse. Après sa disparition en 323, s'ouvre la période hellénistique marquée par le rayonnement intellectuel, linguistique et culturel de la civilisation grecque dans une grande partie du bassin méditerranéen.

Les grandes périodes de la médecine grecque

L'histoire de la médecine grecque peut se diviser en quatre grandes périodes successives, avec progressivement l'émergence d'un certain rationalisme sur un fond de mysticisme:

- la première période est celle de la médecine **mythologique et homérique**;
- la seconde, celle de la médecine des **philosophes - savants** (à partir du VI^e s. av. JC);
- la troisième, marque l'avènement de la médecine **hippocratique, âge d'or** de la médecine grecque (fin V^{ème} s. av. JC);
- enfin, la quatrième est celle de la médecine post-hippocratique avec la naissance des **sectes médicales** et de **l'école d'Alexandrie** qui s'imposera comme pôle dominant.

Ces deux dernières périodes permettent de considérer les Grecs comme les pères de la médecine "moderne".

La médecine mythologique et homérique

L'origine de la médecine grecque est peu connue. Toutefois, les récits d'Homère (IX^e s.) montrent qu'aux premières heures de la civilisation hellénique, la médecine reste encore étroitement imbriquée à la **religion et à la magie**. Et la **mythologie** y occupe le devant de la scène.

Pensées et pratiques médicales à travers l'Illiade et l'Odyssée

Homère, le plus grand narrateur de la Grèce antique, nous laisse dans *l'Illiade et l'Odyssée*¹¹, un merveilleux témoignage des pratiques et croyances de son époque.

Il s'y dévoile une **pratique médicale assez rudimentaire**, utilisant des plantes aux vertus thérapeutiques, ainsi qu'une pratique chirurgicale sommaire, née sur les champs de bataille où l'on pare au plus urgent (extraction de flèches, garrots pour limiter les hémorragies, bandage et application de remèdes végétaux...). Pour le reste, les Grecs s'en remettaient aux dieux.

La **pensée médicale y est empreinte de religion et de magie**, et ce jusqu'au VII^{ème} siècle. Les maladies sont considérées comme l'expression d'une punition divine, traduisant la colère des Dieux. On redoute en particulier les *toxa*¹², flèches morbides, sources de miasmes et d'épidémies, envoyées notamment par les enfants de Zeus, Apollon et Artémis. Ainsi, au moment d'assiéger Troie, Apollon aurait envoyé aux soldats grecs "une flèche mauvaise" provoquant un mal étrange (chant I de l'Illiade).

Mais si les dieux jouaient un rôle capital dans la survenue des maladies, la guérison était aussi entre leurs mains, puisque eux seuls en détenaient les secrets. Dès lors on se tourne vers les prières, les sacrifices et les rites de purification. Achille, disciple d'Asclépios, savait guérir par simple imposition des mains (chants III et IV de l'Illiade), tandis que les braves soldats grecs atteints par la *toxa* d'Apollon plongent dans la mer pour se purifier (chant I de l'Illiade).

La consultation des oracles, par lesquels les messages divins étaient transmis aux prêtres médecins, se déroulait selon un cérémonial bien codifié à l'abri de temples, les plus célèbres étant le sanctuaire de Delphes et plus tard, les temples d'Asclépios (voir infra).

Asclépios, dieu grec de la médecine : mythe et culte

Selon la légende classique, Asclépios serait né des amours d'Apollon et d'une belle mortelle, Coronis, qui était pourtant promise au mortel Ischys. Alors qu'elle était enceinte, elle finit par épouser Ischys sous la pression familiale.

Averti des infidélités de son amante, Apollon tue Ischys et ordonne à sa sœur Artemis d'envoyer au bûcher Coronis. Mais, pris de remords, il charge Hermès d'arracher l'enfant du ventre de Coronis mourante et de le confier au centaure Chiron. Chiron prend Asclépios sous sa protection et lui

¹¹ Cette œuvre est communément attribuée à Homère. Notons néanmoins, que si l'Illiade est sans conteste l'œuvre d'Homère, il est en fait peu probable qu'il en soit de même pour l'Odyssée. Celle-ci aurait été composée un siècle plus tard de la main d'Homère II.

¹² *Toxa* signifie flèche en grec; le mot « toxine », en français, en dérive

enseigne les secrets des plantes médicinales. Mais bientôt l'élève dépasse le maître. Particulièrement doué, il se met à redonner la vie aux morts. Mais cela ne plaît guère à Hadès, maître de l'Enfer, qui craignant de voir son domaine se dépeupler, demande à Zeus d'intervenir. Et le roi des Dieux de l'Olympe décide de foudroyer Asclépios, mais à la demande d'Apollon, il lui accorde l'immortalité. Et voilà Asclépios élevé au rang de divinité, et vénéré par les Grecs en tant que dieu de la vie et des plantes médicinales.

Selon la légende, les enfants d'Asclépios continuèrent l'œuvre de leur père. Ses deux filles Hygié et Panacée présidèrent respectivement à l'hygiène et à la pharmacopée. Ses fils Machaon et Podalire héritèrent de leur père l'art de guérir, et s'illustrèrent au cours de la bataille de Troie. Figures emblématiques, on fera plus tard, du premier, le patron de la chirurgie et du second, celui de la médecine générale.

Au V^e et surtout à partir du IV^e siècle, on commença à ériger des temples à la gloire d'Asclépios, qui servaient de structure d'accueil aux malades. Edifiés au sein d'un ensemble sacré, appelé **asclepieion**, ils abritaient outre le grand temple principal, des thermes, un théâtre et des bâtiments sanitaires. Les *asclepieia* jouissaient toujours d'une situation isolée en bord de mer ou sur une colline qui garantissait au malade un air frais tout éliminant tout risque de contagion. On y organisait des rituels nocturnes, destinés à soulager les malades de leurs souffrances : après un cérémonial comprenant purification et offrande, le patient était invité à sombrer dans un demi sommeil (parfois avec l'aide de substances narcotiques). Durant la nuit, le dieu apparaissait en songe pour confier au dormeur la clé de sa guérison et au réveil le prêtre se chargeait d'interpréter ses rêves. Parfois le prêtre recourait aussi à la magie. Ainsi, un serpent déposé sur le ventre des femmes était présumé combattre la stérilité et aider aux accouchements difficiles. Mais quel que soit le procédé utilisé, la guérison était censée relever du miracle et reposait largement sur l'intensité de la foi du fidèle.

Quoiqu'il en soit, durant son séjour au temple, le malade était écouté, réconforté, soulagé par des massages, des **bains et des exercices physiques** (explication sans doute plus rationnelle du succès des cures). Il est donc tentant de considérer ces *asclepieia* comme une forme antique de ce qui fut appelé au 19^e siècle de notre ère, les sanatoriums.

La médecine des philosophes savants

Progressivement à partir du VI^e siècle, une approche nouvelle des phénomènes observés émerge avec les premières ébauches de théorisation. Les philosophes présocratiques ou « naturels » introduisent en effet les notions de nature (physis), d'ordre naturel (cosmos) et de loi naturelle (nomos), créant ainsi les conditions nécessaires à l'élaboration de théories explicatives des phénomènes observés **sans faire appel à la magie et à la religion**. Ce dynamisme sans précédent dans tous les domaines de la connaissance va profiter à l'art de guérir : désormais, les maladies peuvent être le résultat d'un désordre naturel.

Parmi les plus connus des philosophes savants, mentionnons :

- ❑ Thalès de Millet (625-547 av. J-C.), qui voit dans l'élément eau, le principe fondamental de la vie. Maladie et mort résulterait d'un déséquilibre de cet élément.
- ❑ Pythagore (570-480 av. J-C.), qui fait de la loi des nombres, une explication universelle. Les nombres déterminent, selon l'école pythagoricienne, la physiologie humaine au même titre que

l'ensemble des phénomènes naturels. La santé était l'expression de l'harmonie entre les nombres.

- Le pythagoricien Alcméon de Crotona (qui a vécu vers 535 av. J.C.), souligne l'importance de la recherche sur le corps humain. Il établit l'existence d'une relation entre le cerveau et les organes sensoriels et s'intéresse à l'origine de l'embryon.

Cette période du VI^e siècle av. J.-C. voit aussi se poser les premiers jalons de la théorie des quatre éléments: l'eau, l'air, le feu et la terre.

La révolution hippocratique

Le V^e siècle, qui verra l'avènement de l'école hippocratique, est aussi le siècle de Périclès marquant l'apogée de la civilisation grecque et la construction du Parthénon à Athènes.

Plusieurs foyers du renouveau de la pensée médicale font leur apparition (notamment à Rhodes, Cnide, Crotona, Agrigente) mais bientôt deux principaux centres se distinguent : l'un situé à Cnide aura pour chef de file Chryssippe (IV^{ème} s.), l'autre situé sur l'île de Cos aura pour père Hippocrate et s'imposera incontestablement comme pôle dominant.

Quelques mots sur Hippocrate (460 - 377 av. J.-C.)

Contemporain de Périclès, de Socrate, de Sophocle, d'Aristophane et de Platon jeunes, Hippocrate naquit dans l'île de Cos en 460 avant notre ère dans une famille de médecins qui se transmettaient leur savoir de père en fils. Pour parfaire ses connaissances, il voyage comme médecin itinérant sur le continent puis se lance dans un long périple à travers l'Égypte, la Syrie, l'Italie et la Sicile. Son génie est de faire la synthèse des connaissances médicales antérieures.

Vers 440, il fonde l'école de Cos, qui sera à l'origine d'un impressionnant corpus médical: le **Corpus Hippocraticum**, comptant plus de 60 ouvrages rédigés en langue ionienne. Mais il est difficile aujourd'hui de savoir avec certitude quelles parties de ce corpus sont de sa propre main (une dizaine lui seraient personnellement attribués).

Pour la première fois, on cherche, non seulement à retracer la genèse de la tradition médicale afin de l'enseigner, mais aussi, à rassembler les connaissances médicales pour en tirer des lois et édicter des principes généraux. Le *Corpus Hippocraticum* marquera la pensée médicale occidentale pendant plus de deux mille ans et les théories « humorales » d'Hippocrate (voir ci-après) seront enseignées en médecine jusqu'au début du 19^e siècle.

Principaux concepts

- **L'abandon du sens religieux ou magique de la maladie :**

« Je ne crois pas que la "maladie sacrée" soit le moins du monde plus divine ou plus sacrée que n'importe quelle autre maladie; je crois au contraire qu'elle a des caractéristiques spécifiques et une cause définie....Pourtant, à cause des différences considérables qui la distinguent des autres maladies, elle a été considérée comme une visitation divine par des gens qui, n'étant que des hommes, l'ont regardée avec les yeux de l'ignorance et de l'étonnement. »

(extrait du traité d'Hippocrate « Sur la maladie sacrée »).

Ce commentaire à propos des convulsions frappant les épileptiques est très éclairant. Il montre en quoi la vision d'Hippocrate et de son école constitue une rupture dans le système de pensée de son époque. Il explique pourquoi encore aujourd'hui l'histoire des sciences utilise le terme de « révolution hippocratique ».

❑ La théorie des **quatre humeurs**¹³

A partir du moment où les médecins acquéraient cette vision de la maladie ayant pour origine une cause définie, ils se devaient de disposer d'une approche générale cohérente sur le fonctionnement du corps pour soigner leurs patients avec méthode.

Dans le contexte grec de l'époque, la connaissance anatomique est rudimentaire, et l'on n'a qu'une très vague idée des organes internes. Les médecins de l'école hippocratique formulèrent dès lors la théorie des quatre humeurs.

Selon cette théorie, toute matière se compose de quatre éléments fondamentaux (notion énoncée par Empédocle): l'eau, l'air, le feu et la terre. Ces éléments physiques se répartissent et s'assemblent, par paires opposées, selon les quatre qualités qui leur sont associées: humide, sec, chaud et froid.

Ce principe universel s'applique au corps humain, qui se compose de ces même quatre éléments physiques et produit des fluides ou humeurs caractérisés par les mêmes qualités:

- le sang, chaud et humide,
- le phlegme, froid et humide, [matière qu'on rejette en toussant, en crachant, ...ou liquide lymphatique]
- la bile jaune, chaude et sèche [liquide produit par la vésicule biliaire]
- la bile noire (ou atrabile), froide et sèche.

La clé de la bonne santé repose sur l'équilibre et la juste proportion entre ces quatre humeurs. Tout **excès ou carence d'une des sécrétions pouvant causer la maladie**, comme l'explique Hippocrate dans son traité "De la nature de l'homme" (tome 1, c 4):

« Le corps de l'homme renferme du sang, du phlegme, de la bile jaune et de la bile noire. Voilà ce qui constitue la nature du corps ; voilà ce qui est cause de la maladie et de la santé. Dans ces conditions, il y a santé parfaite quand ces humeurs sont dans une juste proportion (métriôs) entre elles, tant du point de vue de la qualité et de la quantité, et quand leur mélange est parfait. Il y a maladie, en revanche, quand l'une de ces humeurs, en trop petite ou trop grande quantité, s'isole dans le corps au lieu de rester mêlée à toutes les autres. Car, nécessairement, quand l'une de ces humeurs s'isole et se tient à part soi, non seulement l'endroit qu'elle a quitté devient malade, mais aussi celui où elle va se fixer et s'amasser, par suite d'un engorgement excessif, provoque souffrance et douleur. »

- ❑ Ce principe d'équilibre des humeurs impose une approche globale du corps et de la maladie, qui est en soi novatrice, comme le souligne JF Mattei (*in* Folscheid et al, 1997):

¹³ La paternité de cette théorie reviendrait, plus précisément, non pas à Hippocrate lui-même mais à son disciple et gendre Polype.

"Il semble que le principe de la méthode hippocratique ait tenu dans une conception holistique de l'organisme inséparable de la totalité cosmique. Ce principe holistique implique que le médecin doit examiner son patient comme un tout et les parties de son corps en fonction de l'ensemble de l'organisme sans les traiter comme des éléments hétérogènes.

On peut donc parler d'une fonction cosmique de la médecine hippocratique qui cherche à retrouver dans les parties du corps singulier une homoiosis avec la totalité de la nature. Le texte le plus représentatif se trouve dans « Les lieux dans l'homme » à propos de l'origine des maladies : « A mon avis, rien dans le corps n'est l'origine, mais tout est également origine et fin ; en effet, un cercle étant tracé, l'origine ne peut être trouvée. De la même façon, l'origine des maladies est dans tout le corps »".

La vision « humorale » de la maladie va profondément influencer la culture occidentale, ainsi qu'en témoigne le langage courant : « être de bonne, ou de mauvaise, humeur.... ».

Pour Hippocrate, la maladie est donc considérée comme une **affection de l'ensemble du corps** (entité indissociable), et non pas comme la conséquence de l'atteinte d'un seul organe.

- L'équilibre des humeurs pouvait être rompu sous l'effet:
 - soit de facteurs intrinsèques, propres à l'individu (âge, race, appartenance ethnique, hérédité, milieu social, régime alimentaire),
 - soit de facteurs extrinsèques, relevant **du milieu** et comprenant les changements climatiques saisonniers (exemple: l'hiver favorisait la sécrétion de phlegme), la qualité des eaux, la quantité d'air présente dans le corps (pêchant par excès ou carence) ou les vents (du fait de leur caractère sec/humide et chaud /froid).

- Cette conception de l'origine de la maladie, liée à la perte de l'harmonie entre les qualités du corps et qui fait porter à l'homme une part de responsabilité dans certaines affections, rejoint une idée ancienne, déjà ancrée dans la tradition grecque, selon laquelle il existerait deux sortes de maladies:
 - celles qui s'abattent sur l'homme à l'improviste
 - celles qui sont liées à une mauvaise hygiène de vie (comme par exemple, une alimentation trop riche), favorisant l'accumulation de résidus nuisibles dans le corps

- Un autre concept fondamental introduit par Hippocrate réside dans **l'aspect évolutif des maladies**, se déroulant en trois phases successives:
 - une phase d'incubation, durant laquelle les humeurs sont en "crudité croissante"
 - une phase critique, où le mal atteignait son paroxysme (les humeurs cuisent et se manifestent par de la fièvre);
 - une phase de résolution, au cours de laquelle les dépôts de la coction des humeurs sont évacués via notamment les urines ou la formation d'abcès, etc.

- **En conclusion**, Hippocrate a réellement révolutionné la pensée médicale de son époque: en appliquant le mode de raisonnement philosophique à la médecine, et en cherchant à comprendre et à étudier les causes naturelles des maladies ; il chasse toute idée d'intervention surnaturelle et marque nettement la rupture avec le divin.

Pratiques médicales

Sur le plan du diagnostic, le principal apport de l'école hippocratique réside en la **qualité de l'observation et de l'examen clinique**.

Il s'agissait, d'une part, de reconnaître les maladies sur base d'une **description minutieuse et méthodique des signes observés** (comme par exemple ce que l'on appelle l'hippocratisme digital en cas d'anémie chronique) et d'autre part, de **classer les pathologies** les plus courantes en fonction de leurs symptômes et de leur durée.

On assiste à l'introduction (en Occident) de l'auscultation oreille contre poitrine (pratique déjà pressentie dans l'Egypte antique – cf papyrus Ebers), et le classement des bruits internes par catégories. Cette pratique clinique tombera ensuite dans l'oubli et ne réapparaîtra qu'au début du 19^e siècle avec l'invention du stéthoscope par Laennec.

Sur le plan thérapeutique, la médecine hippocratique accordait une place importante aux **régimes alimentaires** (décoctions, diètes, ou encore boissons et nourriture tonifiantes participant à l'hygiène vitale d'un homme sain), ainsi qu'aux **procédés physiques** (bains, gymnastique, mais aussi application de compresses et recours aux saignées sont préconisés)

Sur le plan chirurgical, on pratiquait de **nombreuses interventions**: excisions de tumeurs ou d'hémorroïdes, incision de paupières ou de la luvette en cas d'inflammation. L'usage du pavot (opium) et de la mandragore pour soulager les douleurs ou pour anesthésier les patients a été rapporté.

Enfin une **approche novatrice de la relation patient-médecin** est prônée, comme en témoigne ce passage du traité. *Le Pronostic*, d'Hippocrate:

« pénétrer et exposer au préalable, près des malades, le présent, le passé et l'avenir de leurs maladies »

Cette approche prend tout son sens à travers l'introduction, avec le serment d'Hippocrate, d'une éthique globale.

Le serment d'Hippocrate

La tradition attribue à Hippocrate le célèbre serment, portant son nom et qui **introduit une éthique** dans l'exercice de l'art de la Médecine. On y commence par invoquer les dieux, qui, s'ils ne sont plus nécessaires pour expliquer la maladie, dorénavant située dans un cadre plus rationnel, restent très présents dans la compréhension de la vie. Voici le texte dans sa version originelle:

"Je jure par Apollon médecin, par Asclépios, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin que je remplirai, suivant mes forces et ma capacité, le serment et l'engagement suivants:

Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon avoir et, dans la nécessité, je pourvoirai à ses besoins; je tiendrai ses enfants pour des frères et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur apprendrai sans salaire ni engagement.

Je ferai part de mes préceptes à ses fils, à ceux de mon maître et aux disciples liés par un engagement et un serment suivant la loi médicale, mais à nul autre.

Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice.

Je ne remettrai à personne si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une telle suggestion, semblablement, je ne remettrai à aucune femme à pessaire abortif.

Je passerai ma vie et exercerai mon art dans l'innocence et la pureté. Je ne pratiquerai pas l'opération de la taille, même chez ceux qui souffrent de la pierre; je la laisserai aux gens qui s'en occupent [refus d'user de la chirurgie].

Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire ou corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves.

Quoique je voie ou entende dans la société pendant l'exercice de ma profession, je tairai ce qui ne doit jamais être divulgué, le gardant comme un secret.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire."

Le serment d'Hippocrate, que les étudiants en Médecine prêtent encore solennellement aujourd'hui au terme de leurs cursus, reprend dans une version, certes actualisée et débarrassée de tout irrationalisme mystique, ces même principes de confraternité entre patriciens, d'égalité des hommes devant la maladie, de défense de la vie et du respect du secret médical.

Voici le serment d'Hippocrate dans sa version actuelle (serment dit de Genève)¹⁴:

"Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale, je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de la personne humaine.

Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

J'exercerai mon art avec conscience et dignité.

Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci.

Je respecterai le secret de celui qui se sera confié à moi, même après sa mort.

Je maintiendrai, dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Mes collègues seront mes frères.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

¹⁴ Référence : www.ordomedic.be

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès son commencement..

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre des lois de l'humanité. Je fais ces promesses solennellement, librement, sur l'honneur.

La période post-hippocratique: la médecine hellénistique à Alexandrie

Au tournant du IV^e siècle, l'œuvre hippocratique faisait autorité et semblait achevée. Toutefois, la théorie humorale finira par se heurter à ses propres limites, du fait essentiellement de l'absence de connaissances anatomiques réelles. De fait, le respect des traditions et la sacralité du corps humain excluant toute dissection, la vision que se faisaient les médecins de l'anatomie interne restait partielle et souvent erronée.

L'accession au trône d'Alexandre le Grand en 336 av J.-C, marqua l'avènement d'une nouvelle ère dans l'histoire grecque: l'empire s'étendra considérablement¹⁵ apportant la culture grecque vers l'Orient et ramenant vers l'Occident des influences orientales. Des changements vont bouleverser la vie politique et économique, mais aussi le domaine des arts et des sciences, et en l'occurrence la pensée médicale.

A la mort d'Alexandre en 323, la dynastie des Ptolémées lui succède en Egypte et la stabilité politique que ces souverains apportent à la région va favoriser le développement de la ville fondée par Alexandre à l'extrémité ouest du delta du Nil.

La ville avec sa célèbre bibliothèque (700.000 volumes recensés en 48 av J.-C. !), va devenir un foyer de rayonnement culturel et scientifique, recueillant et diffusant le savoir médical sur tout le pourtour méditerranéen deux siècles durant. Les grandes écoles de Cos et de Cnide acquièrent une dimension internationale en formant une nouvelle génération de médecins qui participeront à l'essor de l'école d'Alexandrie. Cette école est marquée par l'antagonisme entre deux sectes ou groupes de pensée : les dogmatiques, partisans d'un savoir logique et théorique et déniaient tout rôle à l'expérimentation, d'une part et les empiriques d'autre part qui veulent fonder leur savoir d'abord sur l'expérience et l'observation. Les théories de Platon (429-347 av J.-C.) dans le domaine médical avaient en quelque sorte ouvert la voie au courant dogmatique, tandis que celles d'Aristote (384-322 av J.-C.) nourrissent celles du courant empirique. Et chose nouvelle, au delà de ces débats d'idées, l'école d'Alexandrie devient un véritable lieu d'enseignement médical.

L'école d'Alexandrie : le développement de l'anatomie

Pour comprendre l'évolution observée à Alexandrie, il faut noter que, déjà, Aristote avait impulsé une nouvelle orientation à la médecine philosophique d'inspiration hippocratique. Il avait ouvert la voie de la connaissance anatomique en prônant la dissection animale ; il défendait une théorie cardio-centriste où le cœur, mu par le flux et le reflux du *pneuma* (sorte de fluide vital, d'éther, décrit comme une vapeur cardiaque innée) est désigné comme organe central de la circulation mais aussi comme siège de l'âme et de la pensée.

¹⁵ L'empire grec s'étendra des rives occidentales de la Méditerranée jusqu'à l'Indus et de l'Egypte et la Babylonie jusqu'à la mer Caspienne et au delà.

A Alexandrie, **l'anatomie et la physiologie font leur entrée dans la scène médicale** avec la contribution remarquable de deux médecins qui feront œuvre de pionniers dans ce domaine: **Hérophile** (vers 335-280 av. J.-C) et **Erasistrate** (vers 300-240 av. J.-C). Ceux-ci ne conçoivent l'étude du corps humain que par la dissection et n'envisagent l'approche thérapeutique qu'avec une théorisation préalable des connaissances.

Grâce au libéralisme du pharaon Ptolémée I Soter, on passe désormais de la dissection animale (Aristote), à la pratique de la dissection sur des cadavres humains ou même de la vivisection sur des criminels condamnés à mort, et cela semble-t-il pendant une cinquantaine d'années. Grâce à cette ouverture, Hérophile différencie les artères des veines ; Erasistrate étudie le système nerveux et différencie les nerfs moteurs des nerfs sensitifs. Il comprend également que le cœur fonctionne comme une pompe, mais n'identifie pas correctement la circulation (pensant qu'un côté du cœur aspirait l'air, l'autre le sang fabriqué par le foie). Pour ces deux anatomistes, le sang (et non pas le *pneuma* d'Aristote) circule dans les veines, le *pneuma* cardiaque se propage dans les artères, et le *pneuma* cérébral dans les nerfs et les tendons.

Tous deux ont beaucoup fait progresser la science médicale de leur temps et ils posèrent la base de l'anatomie et de la physiologie en Occident. La voie qu'ils ont tracée ne sera toutefois pas poursuivie ; à partir de 240 av J.-C. les vieilles traditions reprennent le dessus en Egypte et les dissections humaines sont à nouveau proscrites. Leurs observations et théories auront en fait peu d'impact sur les générations suivantes qui resteront fidèles aux théories anatomiques d'Aristote.

C'est dans ce climat et dans le sillage des travaux d'Hérophile et d'Erasistrate que vont naître et se développer, en particulier dans la Rome impériale, de nouvelles *sectes médicales*, échafaudant chacune leur théorie sur des bases plus spéculatives qu'expérimentales.

L'approche de la santé dans la Grèce antique

□ Le mot "santé" se dit en grec "**higiea**". Etymologiquement, ce terme dérive des racines "hi" correspondant à "bien" et "gi" signifiant "vie". Ce terme signifie donc littéralement "l'état de celui qui est **bien en vie**".

Originellement, le terme *higiea* renvoie au concept de bonne santé. Plus tard, à l'époque hippocratique, il prendra un sens plus large, englobant non seulement l'idée de santé mais aussi la notion de guérison.

□ Tout au long des différentes périodes de l'histoire médicale de la Grèce antique qui viennent d'être passées en revue, trois axes principaux ont été considérés comme ouvrant la voie à la santé, et reflétant ainsi les représentations mentales qui prévalaient à l'époque :

- la vertu guerrière valorisant la force et la puissance du corps;
- la gymnastique et les exercices athlétiques, préparant le corps à la bonne santé;
- l'équilibre des humeurs, qui une fois restauré, donnait accès à la santé.

La représentation de la santé, dans la Grèce antique, renvoie à l'image du valeureux guerrier associant puissance physique, triomphe et valeur morale (le « Kalos Kagathos »).

E. La médecine dans l'empire romain (146 av. J.-C. - 476 ap. J.-C.)

Quelques repères historiques

Fondée vers 753 avant J.-C. suite à l'union de villages au bord du Tibre, la cité de Rome a d'abord été gouvernée par des rois, avant de devenir, à partir de 509 av. J.-C., une république dirigée par la classe des patriciens. Dès le III^{ème} siècle av. J.-C., Rome se rend maîtresse de l'Italie. Deux siècles plus tard, les romains contrôlent presque tout le bassin méditerranéen, y compris le monde grec. A son apogée l'empire romain s'étend de l'Egypte à la Grande Bretagne.

L'unité culturelle imposée par cet empire fut garante de la transmission des arts et du savoir dans des zones jusque là arriérées de l'Europe septentrionale. Son déclin débuta au III^{ème} siècle de notre ère, et en 395, il se divisa en deux pour former d'une part, l'empire d'Occident avec Rome pour capitale, et d'autre part, l'empire d'Orient avec Byzance pour capitale. Sa disparition correspond à la déposition de Romulus Augustule, dernier empereur romain d'Occident, par le chef barbare Odoacre en 476 de notre ère.

Les grandes périodes de la médecine romaine

La médecine romaine doit beaucoup aux idées du monde grec, auxquelles elle s'est largement abreuvée et qu'elle a su, en quelque sorte, perpétuer.

On peut distinguer, tout au long de l'histoire de la pensée médicale romaine, trois grandes périodes successives:

- la médecine divinatoire,
- la médecine des sectes médicales
- la médecine galénique.

a. La médecine divinatoire

A ses premiers balbutiements, Rome, peuplée de bergers et de cultivateurs semble avoir connu une médecine expérimentale, loin de tout système d'idées structuré et ne faisant intervenir qu'exceptionnellement la mythologie. On notera néanmoins, l'influence de la civilisation étrusque, où la médecine reposait principalement sur la divination après examen des viscères.

Mais dès le III^e siècle av. J.-C, le culte d'Asclépios (*Esculape* en latin) fait son entrée à Rome. Selon la légende, alors que Rome était la proie d'une grande épidémie de peste, les sages décidèrent d'envoyer des émissaires au temple d'Epidaure, en Grèce, pour y interroger le demi-dieu grec Asclépios. Un serpent jaillit de l'autel où se dressait sa statue pour rejoindre l'embarcation des romains, puis, arrivé à Rome il aurait traversé le Tibre pour s'installer sur l'île Tiberine. On y éleva un *Asclepieion* à son hommage et aussitôt l'épidémie cessa.

b. La médecine des sectes médicales : d'Alexandrie à Rome

Après la conquête de la Grèce par Rome en 146 av. J.-C., un grand nombre de médecins de l'école d'Alexandrie viendront s'installer à Rome, y poursuivant leurs débats théoriques.

Ainsi, à côté des *empiriques* et des *dogmatiques* déjà mentionnés, on verra s'affronter notamment les écoles ou sectes suivantes:

- la secte *méthodique*, proche des empiriques, prône l'observation des signes apparents de la maladie, mais s'appuie aussi sur une approche théorique basée sur le raisonnement lorsque les symptômes concrets font défaut. Elle rejette par ailleurs les facteurs explicatifs de la maladie avancés par l'école hippocratique (âge, climat, etc.). Dans la pratique, le médecin préconise le jeûne et l'administration de substances dépuratives pour préparer le corps malade; il renforce, par la suite, ses défenses naturelles par des exercices physiques relaxants ou des régimes appropriés, pour lui prescrire, dans un troisième temps un traitement (souvent agressif: saignées, ventouses, vomissements, etc.) ;
- l'école *pneumatique*, défend une vision globale de la physiologie basée sur l'existence d'un *pneuma* non visible mais perceptible par le pouls, considéré comme véritable baromètre de l'état de santé du corps ;
- Le courant de pensée *anonyme*, plus tardif (*début du II^{ème} s.*) s'appuie sur les théories humorales d'Hippocrate et se situe dans la continuité de l'approche dogmatique, mais intègre parallèlement certains apports des empiriques basés sur l'expérimentation ;
- Quant à l'*éclectisme*, il rassemblera tous ceux qui n'adhèrent à aucun de ces courants de pensée. Le romain Celse (25 av. J.-C. - 50 ap. J.-C.) en est le porte-parole le plus représentatif. Pour ce savant (qui n'avait malheureusement pas le titre de médecin et qui de surcroît rédigeait en latin et non pas en grec), toutes ces sectes ne différaient que par des détails et il fallait allier expérience et raisonnement.
Il nous a légué un ouvrage majeur, *De medicina*, riche d'enseignements sur ce qu'était la médecine grecque, la chirurgie alexandrine et la thérapeutique romaine.

c. La médecine galénique

De toutes les grandes figures de la médecine romaine, **Galien** est sans conteste celui qui imposera ses idées avec le plus de force, balayant tous les autres courants de pensée. Considéré avec Hippocrate comme le plus grand médecin de l'antiquité, il exercera une influence majeure sur la médecine durant 1500 ans.

Quelques mots sur Galien (131 - 201 après JC.)

Médecin et philosophe grec, né à Pergame (près de la côte de l'Asie Mineure, Turquie actuelle), Claude Galien, sera formé à Smyrne (Izmir actuelle), Corinthe et surtout Alexandrie où il pratique des dissections animales (singe et cochon) qui renforceront ses connaissances anatomiques et physiologiques. De retour à Pergame en 157, il devient médecin des gladiateurs, une fonction qui lui permet d'acquérir une expérience utile en matière de chirurgie. Cinq années plus tard, il s'installe à Rome où il prend le nom de Claudius Galienus. À l'heure où dogmatiques, empiristes et méthodistes s'affrontaient, il connaît déjà un grand succès. Et très vite il gagne la confiance de l'empereur Marc Aurèle et devient *archiatros* ou médecin officiel agréé par la cour. En 193, il regagne sa terre natale pour y finir ses jours.

Il est l'auteur de nombreux ouvrages de philosophie, de logique, de grammaire et surtout de médecine. Son oeuvre aurait compté près de 200 titres, mais moins de la moitié nous est parvenue, une grande partie de ses manuscrits ayant été perdue suite à un incendie en 192. Parmi ses oeuvres

les plus importantes, on peut citer *Du meilleur médecin et philosophe, Des éléments selon Hippocrate, Les os, De la dissection des muscles, Des dogmes d'Hippocrate et de Platon, Du pronostic par le pouls, L'art médical.*

Ses traités d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de thérapeutique ont connu une très large diffusion. Ecrits en grec, ils ont été traduits en syriaque, hébreu, arabe et latin, et feront référence jusqu'au Moyen Age et au-delà (jusqu'au 18^e siècle dans certains cas !).

Fondements des principaux concepts galéniques

En fidèle successeur d'Hippocrate, Galien **adopte** les concepts hippocratiques, et en l'occurrence **les théories humorales, mais approfondit la réflexion** en s'appuyant non seulement sur l'observation, mais aussi sur ses expérimentations personnelles en matière de dissection animale qui le mènent à intégrer dans le raisonnement **organes et fonctions organiques**. Ainsi pour Galien, il n'y a plus une maladie générale due au déséquilibre des humeurs, mais des maladies spécifiquement liées au désordre d'un organe ou d'une fonction organique.

De plus, selon la théorie galénique (*De morborum causis*), outre les humeurs, interviennent des facultés ou vertus (*dynameis*). La force « attractive » attire l'élément convenable ; la force « rétensive » le conserve ; la force « altérative » le transforme ; la force « expulsive » élimine les déchets.

En outre il élargit la doctrine hippocratique en y faisant correspondre les tempéraments. Pour lui, la **diversité des tempéraments s'explique du fait qu'une humeur donnée a un caractère plus marquant** (le nom latin *temperies* équivaut au grec *krasis*, c'est-à-dire mélange). Ainsi, le "sanguin", en bonne santé sera un bon vivant, jovial; l'excès de bile jaune (le bilieux) se traduira par un tempérament anxieux; "l'atrabilaire" sera mélancolique; et le "flegmatique" aura tendance à être lent et lymphatique.

De l'héritage de Platon et d'Aristote, Galien **retient le concept des trois pneumas** avec l'idée de circulation de fluides vitaux. Ainsi, la physiologie humaine selon Galien était sous l'influence de trois pneumas ou "esprits":

- le pneuma psychique qui règle les fonctions du cerveau et du système nerveux,
- le pneuma vital qui contrôle le cœur et les artères,
- le pneuma naturel qui régit le foie et les veines.

Mais contrairement à ceux-ci, il rejette le principe selon lequel le cœur serait l'organe d'où partiraient les nerfs et le désigne plutôt comme siège de départ des artères. Néanmoins, le foie demeurerait, selon lui, le centre végétatif du corps, d'où partaient les veines.

Conception de la maladie selon Galien

Fort de ces anciens concepts revus et réadaptés en fonction de ses nouvelles connaissances physiologiques et anatomiques, Galien considère que la maladie est le fruit de **l'atteinte locale d'un organe**.

Elle se déclare en cas de **rupture de l'équilibre** dans le fonctionnement des organes. Et le dysfonctionnement ou l'arrêt d'une fonction est vu comme la conséquence de la lésion de l'organe qui en est le siège ou en fournit la matière.

Les facteurs déclenchant la rupture de cet équilibre peuvent être le froid, la chaleur, les traumatismes, la **putridité des humeurs** ou la **pléthore** (due à une élimination incomplète des impuretés de l'organisme).

Conception de la santé selon Galien

La bonne santé est définie comme un état de non-souffrance, un état qui n'empêche pas de vaquer à ses propres affaires ou encore, comme la capacité de faire usage de ses membres sans gêne. Elle est maintenue par le bon équilibre dans le fonctionnement des organes.

Pour Galien, *"la santé idéale n'est pas de ce monde, la vraie santé se traduit par la beauté, une bonne constitution et l'intégrité"* (*De la bonne constitution*).

La santé est désignée initialement par le mot grec "*euexia*", autrement dit, la "bonne constitution" ou "bon état". Ce terme sera par la suite utilisé pour signifier la parfaite santé, soit "*un rapport parfait entre les solides et les fluides*"

Principaux apports galéniques

L'apport de Galien résume à lui seul les acquis de la médecine romaine, héritière de la médecine grecque. Galien a en effet réussi la synthèse des apports hippocratiques et des acquis de la dissection alexandrine.

Il pratique la dissection animale pour compléter ses connaissances anatomiques. Et au-delà de la seule observation, il instaure l'expérimentation en médecine. Avant lui les médecins observaient les signes cliniques présents chez les malades pour poser un pronostic.

Galien, quant à lui, les observe et les analyse en vue d'un véritable diagnostic, **recherchant le lien entre les signes pathologiques et leurs causes.**

Parmi les principales avancées qui lui sont attribuées, on pourra citer, l'identification du muscle cardiaque, la distinction entre veines et artères (même s'il prétendait à tort, que les artères aspiraient le sang des veines et le pneuma de l'air environnant), la compréhension des systèmes respiratoire et digestif. Par ailleurs, il développe la théorie de la "double semence" mâle et femelle; il reconnaît dans l'oeil et le cristallin le principe de réflexion de l'image et explique le fonctionnement de la vue. Et contribue avec ses disciples, à expliquer également l'ouïe et l'odorat (certes, avec de nombreuses erreurs).

En dehors de la compilation et surtout de l'approfondissement des connaissances héritées des grecs, la médecine romaine contribue en outre à deux innovations majeures:

- ❑ d'une part, le développement d'une hygiène publique et la mise en place de mesures de salubrité collectives (système d'alimentation en eau par viaduc, fontaines publiques, évacuation des eaux usées en dehors des cités) et
- ❑ d'autre part, le début de soins de santé organisés : des veuves, des matrones et des femmes célibataires de la bonne société ont commencé à assurer des soins aux malades. Ces activités,

précurseurs de l'activité d'infirmière, ont été favorisées par l'implantation progressive du christianisme qui les considérait comme un acte de charité et de dévotion envers son prochain.

Pratiques médicales

- ❑ Contrairement à ce qui prévalait en Grèce, la fonction de médecin était peu valorisée voire méprisée. Il était même jugé dégradant pour un citoyen romain d'exercer ce métier. Aussi les Romains faisaient-ils appel à des esclaves grecs ou à des citoyens venant d'Asie mineure ou de Grèce.
- ❑ Pour préserver, voire restaurer la santé, la médecine galénique fait appel à quatre sortes de facteurs :
 - *Ta prospheromeina* : l'ensemble des choses que l'on ingère (aliments, remèdes) ;
 - *Ta leipomena* : les évacuations (sueur, excréments, crachats, urine) ;
 - *Ta exôthen prospiptonta* : ces « choses qui proviennent du dehors », soit, l'eau, l'air, la mer, l'huile, etc.;
 - *Ta poioumena* : gymnastique, veille, sommeil, toilette, et activité sexuelle.

Cette classification inaugurée sous Galien fera autorité jusqu'au 18^e siècle.

- ❑ Selon ce que nous a rapporté Celse, les médecins romains préconisaient deux types d'approches thérapeutiques :

La première consistait à **vider le corps des substances nocives** qui s'y sont accumulées. Il était d'usage alors, de recourir à la **saignée** (très largement pratiquée pour combattre la pléthore), aux **ventouses** (réservées spécifiquement aux affections locales) ou aux **purges** (souvent par vomissement, pour combattre la putridité des humeurs). L'usage de sangsues, quoique courant, n'accompagnait pas toujours la saignée.

La seconde reposait sur la **prescription de remèdes destinés à pallier une carence**. Recettes de tisanes, lotions, emplâtres ou cataplasmes étaient alors appliquées.

Et Celse de préciser: "*Tout agent thérapeutique, a pour effet de retrancher ou d'ajouter, d'attirer ou de repousser, de réchauffer ou de refroidir, de durcir ou de ramollir*" (*De Re medicina, II*).

- ❑ Sur le plan chirurgical, des troussees chirurgicales intactes, retrouvées notamment au cours des fouilles archéologiques de Pompéi, font état de l'usage d'instruments de petite chirurgie, d'ophtalmologie et de dentisterie, tels que des pinces, des sondes ou des scalpels d'une précision étonnante.

Mais les pratiques chirurgicales sont restées, à l'époque romaine, sommaires et souvent cantonnées aux cas d'urgences: réduction de fractures, amputations, extraction de flèches et trépanations.

F. Monde antique et diffusion des connaissances

Un contraste important mérite d'être souligné entre la médecine des civilisations archaïques et celle des civilisations classiques tant grecque que romaine.

Si l'on considère les pratiques et les concepts prévalant dans l'Égypte ancienne, dans les diverses civilisations mésopotamiennes, mais aussi dans la Grèce pré-classique (avant le VI^e siècle) ou les premiers siècles de Rome, on peut mettre en évidence une série de caractéristiques parallèles :

- ❑ Coexistence d'une médecine empirique plus ou moins développée (observation des symptômes, palpation du malade, recherche des causes immédiates de la maladie) et d'une approche magico-religieuse : recherche d'un sens à la maladie qui est alors interprétée par rapport à un cadre de référence mythique (démons, dieux, puissances surnaturelles)
- ❑ Stagnation des connaissances médicales pour trois raisons principales¹⁶ : les tentatives de médecine rationnelle n'apportent aucun progrès clair dans le traitement des maladies les plus fréquentes et la transmission des connaissances est rendue difficile soit par l'absence de support écrit (traditions orales), soit par le caractère indéchiffrable des hiéroglyphes ou de l'écriture cunéiforme pour les médecins étrangers à ces civilisations. En outre, le conflit latent d'intérêt entre les castes de prêtres-médecins officiant dans les temples et s'enrichissant des offrandes des malades, et les médecins à volonté rationaliste a sans doute aussi contribué aussi au phénomène.

1.2.2. Le monde médiéval (476 – 1453)

Quelques repères historiques

Période de l'histoire située entre l'Antiquité et l'époque moderne, le Moyen Age est généralement défini en Europe comme la période s'étendant de la chute de l'Empire romain d'Occident (476) à la découverte de l'Amérique par Christophe Colomb en 1492, ou encore la chute de Constantinople aux mains des Turcs en 1453.

Au sein de cette période, quelques dates méritent d'être rappelées :

- ❑ 625 : Mahomet commence la dictée du Coran ;
- ❑ 710-711 : début de la conquête de l'Espagne par les Maures ;
- ❑ 800 : couronnement de Charlemagne en tant qu'empereur d'Occident ;
- ❑ 1096 : proclamation de la 1^{ère} croisade et prise de Jérusalem 3 ans plus tard ;
- ❑ 1119 : fondation de la 1^{ère} université européenne, celle de Bologne ;
- ❑ 1348 : l'Europe est ravagée par la « peste noire » ;
- ❑ 1453 : fin de la guerre de Cent ans entre Français et Anglais ; prise de Constantinople par les Turcs
- ❑ 1492 : la Reconquista espagnole s'achève par la chute du dernier royaume Maure, celui de Grenade.

Alors que la tradition médicale hellénistique et romaine continuera à se développer dans le monde oriental, l'Europe occidentale plongera pour sa part dans la civilisation médiévale : morcellement de l'autorité politique et recul de la notion d'état, société cloisonnée entre une noblesse qui possède les armes et la terre et une paysannerie asservie, système de pensée fondée sur la foi religieuse et régie par l'Église. Sur le plan médical et scientifique, il s'agit d'une période de décadence et de régression qui durera plus de sept siècles.

¹⁶ Tubiana M. Histoire de la pensée médicale. Flammarion éd., 1995, pp 41-44.

A. Le Moyen âge en Orient

Pensée médicale

Le savoir médical antique, issu des traditions grecque, hellénistique et romaine, a d'abord été perpétué et enrichi par les traditions byzantine, syriaque et perse jusqu'à l'arrivée des Arabes au 7^e siècle.

Après l'incendie qui, en 529, détruit la bibliothèque d'Alexandrie, Constantinople devient le principal centre de la culture médicale. La médecine byzantine apporte une innovation majeure, qui sera reprise et amplifiée ensuite par les Arabes : la création des premiers hôpitaux.¹⁷

En une centaine d'années (de 632, année de la mort du prophète Mahomet, à 732, année de la bataille de Poitiers qui arrête la progression arabe en Europe), un empire arabo-islamique s'est constitué qui s'étend de l'Iran et de la Turquie au Maghreb et à l'Espagne. Le nouveau pouvoir loin de pratiquer une politique de la terre brûlée, soutient les sciences (philosophie, mathématique, médecine) et encourage leur enseignement et leur diffusion. Ce soutien de la civilisation arabe est associé à une grande tolérance, les califes aidant et accueillant les hommes de science en dehors de tout critère religieux (musulman, juif, ou chrétien). Pendant 500 ans environ, entre le 8^e et le 13^e siècle, Bagdad, Damas, Le Caire, et Cordoue sont dès lors les centres d'un grand rayonnement intellectuel et scientifique.

Dans leur souci de préservation et de compréhension de l'héritage antique, les souverains arabes font rapidement traduire les textes grecs d'Aristote, d'Hippocrate, et de Galien. Ces textes sont accessibles en arabe dès le début du 10^e siècle. Les médecins arabes avaient une grande déférence pour ces textes qu'ils s'attachaient à traduire de façon littérale ; ils ont cependant procédé à un travail de commentateur, les commentaires étant discrètement placés dans les marges des manuscrits.

Principaux apports de la médecine arabe

En dehors du rôle essentiel de diffusion du savoir joué vis-à-vis de l'Occident chrétien (voir infra), la médecine arabe a surtout été caractérisée par une réflexion théorique à partir des textes antiques mais finalement peu de progrès des connaissances.

La médecine arabe a compté en ses rangs plusieurs grands savants et penseurs et parmi ceux-ci deux méritent d'être présentés :

- Avicenne (980-1037), médecin, théologien, mathématicien et philosophe persan ; il rédige le « Canon de la médecine », synthèse des connaissances médicales de son époque (de sources grecque et arabe). Cet ouvrage, dans sa traduction latine, constituera pour l'Occident médiéval un ouvrage de référence au moins aussi important sinon plus important que les ouvrages de Galien ; dès l'apparition de l'imprimerie (1475) le Canon fera l'objet de multiples éditions en Occident (35 au total aux 15^e et 16^e siècles) .

¹⁷ Halioua B. Histoire de la Médecine, Masson 2001, pp 63-65

- ❑ Averroès (Cordoue 1126 - Marrakech 1198) juriste, magistrat, philosophe et médecin. Esprit curieux il cherchera à concilier rationalité profane et dogme coranique. Il est surtout célèbre pour le « Grand commentaire » écrit en arabe sur le livre III du « De Anima » d'Aristote. Il y met en lumière en effet les éléments matérialistes et rationnels de la pensée d'Aristote : les phénomènes peuvent trouver une explication dans l'ordre naturel. Mais alors quelle est encore la place du divin dans le système d'explication ? Ce texte nourrira donc des débats passionnés dans le cadre du courant d'enseignement scolastique (voir infra) et se heurtera à l'opposition de Saint Thomas d'Aquin.

La contribution de la médecine arabe ne peut cependant être réduite à une fonction de copie et de diffusion des connaissances. Il faut notamment mentionner les apports suivants :

- ❑ Hygiène et prévention : certains prescrits du Coran tels que les bains et ablutions quotidiens démontrent leur intérêt préventif face à la diffusion des épidémies. Cette situation contraste avec la « crasse » qui règne dans l'Europe médiévale ;
- ❑ Faisant suite aux premières initiatives byzantines, développement d'hôpitaux qui font office à la fois de centres de soins, d'abris pour les miséreux, et de lieux d'enseignement le plus souvent jumelés à des écoles coraniques ;
- ❑ Ophtalmologie : progrès de la chirurgie de la cataracte ;
- ❑ Physiologie : Exemple de contribution remarquable passée inaperçue, et sans suite ultérieure : description de la circulation pulmonaire par Ibn an-Nafis, médecin au Caire au XIIIe s.
« Quand le sang a été raffiné dans le ventricule droit, il lui faut passer dans la cavité gauche où se forment les esprits vitaux. A ce niveau la substance du cœur est particulièrement solide et contrairement à ce qu'a cru Galien il n'existe ni passage visible ni passage invisible pouvant permettre le transit de ce sang. Donc ce sang, après avoir été raffiné, doit nécessairement passer dans la veine artérielle, aller ainsi jusqu'au poumon, se répandre dans sa substance et s'y mélanger avec l'air pour que sa portion la plus subtile soit purifiée et puisse passer dans l'artère veineuse pour arriver dans la cavité gauche du cœur, devenu apte à former les esprits vitaux. »
- ❑ Description du cancer :
« Le cancer est une tumeur qui augmente progressivement de volume. Elle est destructrice et étend ses racines qui s'insinuent parmi les tissus avoisinants » (Avicenne)

B. Le Moyen âge en Occident: maladie et châtements divins

Facteurs d'évolution de la pensée médicale

Les premiers siècles du Moyen Age (ou Haut Moyen Age) sont caractérisés en Europe Occidentale par une phase de régression intellectuelle. Sous l'effet des vagues successives d'invasions barbares, il y a en effet une désagrégation partielle des structures civilisées mises en place sous l'empire romain.

Les nombreuses destructions de centres urbains et de monastères s'accompagnent de la disparition des textes anciens qui y étaient conservés. Même si certains de ces textes sont préservés ici ou là de la destruction, ils ont tendance à tomber dans l'oubli.

Les seules structures qui s'attachent à maintenir le patrimoine des connaissances dépendent de l'Église catholique ; dans les monastères et les écoles épiscopales, des moines copistes sont chargés de retranscrire les textes anciens et des bibliothèques sont progressivement reconstituées. A l'exception de la période de règne de Charlemagne (800-814), la mainmise sur les sciences et la médecine en particulier échappe aux laïcs et est du ressort exclusif des religieux.

L'Église, sans être hostile au progrès de la connaissance, est farouchement opposée à la diffusion des textes antiques des traditions grecque et romaine, ou des textes arabes, qu'elle juge marqués du sceau du paganisme. Cet immobilisme du savoir prévaudra jusqu'au début du 13^e siècle.

Les Croisades (1095 – 1241) vont représenter une première source d'ouverture. Au-delà de la confrontation sanglante avec l'empire arabe, elles offrent en effet aux Européens l'opportunité de découvrir les richesses intellectuelles et scientifiques des arabes. Dans le domaine médical, les Croisés pourront bénéficier des connaissances de la médecine arabe et les hommes de science qui les accompagnent vont redécouvrir des textes antiques et prendre connaissance de leurs commentaires arabes.

Les échanges avec la médecine et la science arabe seront toutefois les plus importants et les plus durables en Espagne en raison de la coexistence pendant plus de 4 siècles de royaumes catholiques (Asturies, Aragon...) et des califats de Cordoue et Grenade. Une activité intense de traduction des textes arabes en latin et en hébreu (beaucoup de traducteurs étant juifs) s'y développe du 10^e au 13^e siècle.

Une ouverture progressive de la médecine médiévale va ensuite s'opérer avec l'apparition de centres d'enseignement situés en dehors des structures religieuses.

Enseignement de la médecine

Au 11^e siècle, apparaît un enseignement de la médecine dans l'"école" de Salerne (sud de l'Italie) située au confluent de la chrétienté et de l'Islam (la Sicile est arabe à cette époque); cette école est multiculturelle (ses quatre fondateurs auraient été juif, arabe, latin, et grec) et a pour activités :

- la lecture des textes anciens et contemporains ;
- la pratique de la médecine dans le cadre de l'hôpital fondé par les Bénédictins au Mont Cassin;
- la traduction des manuscrits vers le latin

Les "élèves" de cette "école" se constituent bientôt en confréries bénéficiant de privilèges. Cette initiative est le premier signe d'un passage progressif d'un enseignement religieux à un enseignement laïc.

Cette évolution s'accélère ensuite et s'approfondit avec la création des premières universités : Bologne en 1123, Montpellier et Padoue en 1220. Les matières enseignées dans ces universités aux 12^e et 13^e siècles sont la théologie, le droit canon (droit ecclésiastique), la médecine et les arts libéraux. Au début, seuls des religieux sont autorisés à y enseigner mais lentement les laïcs y sont tolérés à la condition qu'ils respectent le célibat. En France, l'obligation de célibat pour les enseignants laïcs est finalement supprimée en 1452.

L'institutionnalisation de l'enseignement médical dans les universités se traduit en fait par un enseignement à caractère théorique et intellectualisant, d'où la pratique et le contact avec le malade sont de plus en plus absents. L'enseignement porte sur la lecture en grec ou en latin (lectio) des œuvres d'Hippocrate, Aristote, Galien, Avicenne, Averroès ; ensuite on passe à la "quaestio" ou à la

"disputatio" c'est-à-dire à la discussion des commentaires soulevés par les textes des grands maîtres. Cette manière d'enseigner et de penser est appelée la scolastique.

Il s'agit donc essentiellement d'un travail d'exégèse, de dialectique et d'analyse philosophique des textes antiques qui ne remet jamais fondamentalement en cause leur contenu. Les médecins formés de la sorte sont donc avant tout des théoriciens.

Parmi les questions débattues à l'occasion de ces lectures, citons notamment :

- l'importance à accorder à l'observation et à l'expérience, suite à la redécouverte des textes d'Aristote ;
- la localisation physique de l'âme : est-elle dans le cœur ? le cerveau ? le foie ?
- la dissection du corps ne va-t-elle pas laisser échapper l'âme du défunt ?

Pratiques médicales

- ❑ Première partie du Moyen-âge (8^e -10^e siècles): "médecine" et chirurgie sont assurées par les moines dépositaires de la science médicale au nom de Dieu ; en dehors des monastères, officient les laïcs rebouteux et charlatans. La pratique médicale est orientée vers l'utile et l'urgent : soigner les malades. Cette pratique médicale et chirurgicale expose cependant les moines aux tentations de la chair et de l'esprit de lucre. Pour contrer une évolution jugée malsaine, plusieurs conciles leur retirent progressivement entre 1130 et 1215 le droit de pratiquer la médecine et la chirurgie.
- ❑ A partir du 12^e siècle, l'entrée de la médecine dans les universités et sa théorisation progressive entraînent une division progressive des praticiens de la médecine en corporations concurrentes et ennemies : les médecins (dits de robe longue) instruits mais le plus souvent piètres praticiens, les chirurgiens (dits de robe courte) habiles praticiens mais le plus souvent sans formation intellectuelle, et enfin les barbiers qui à côté de la taille des cheveux et de la barbe réalisent les interventions de petite chirurgie (abcès, cors aux pieds, ...).
- ❑ Durant toute la période, il y a persistance d'une médecine populaire faisant appel aux plantes médicinales, aux devins, et aux guérisseurs.
- ❑ Développement de la création d'hôpitaux, à partir des 12^e et 13^e siècles surtout : il s'agit d'hôtels-Dieu à l'image des Hospices de Beaune (en Bourgogne), ou de l'hôpital St Jean à Bruges ou encore de l'hôpital Notre Dame à la Rose de Lessines (fondé en 1242). A cette époque, créer ou soutenir financièrement la création d'un hôpital est un acte de charité pour les chrétiens riches qui en confient la gestion à un ordre religieux. L'hôpital ou hospice reçoit et soigne gratuitement les pauvres, les vagabonds, les éclopés et estropiés, les pèlerins etc., c'est-à-dire toutes les couches de la population qui ne peuvent avoir accès à la médecine, réservée à une petite élite de nobles et de riches.

Le paysage des maladies : les grandes épidémies

Des carences alimentaires graves et l'absence totale d'hygiène vont exposer les populations médiévales, dès la chute de l'empire romain, au déferlement périodique des épidémies. Au Moyen Age, les principales maladies à caractère épidémique sont :

- ❑ la lèpre : active en Europe surtout du 6^e au 15^e siècle ;
- ❑ la variole : du 11^e au 18^e siècle (encore appelée "petite vérole" vu les lésions persistant sur la peau chez les survivants)

- ❑ la peste : active d'abord dans une première phase de 541 à 765, disparaissant ensuite complètement du bassin Méditerranéen pendant six siècles pour réapparaître de façon spectaculaire et foudroyante au 14^e siècle (la peste "noire" voir infra);
- ❑ la syphilis : importée des Amériques au 15^e siècle par les conquistadors espagnols (aussi appelée "grosse vérole")

Il est intéressant pour comprendre l'impact que ces épidémies ont pu avoir sur les populations de l'époque et sur l'imaginaire de la maladie de rappeler quelques traits saillants de deux d'entre elles.

- ❑ la lèpre : maladie incurable mais à caractère peu contagieux où le corps est rongé lentement par la maladie. Cette maladie est alors considérée comme un fléau de Dieu et le lépreux, comme un être maléfique et malveillant. La société adopte alors des mesures de protection: il s'agit de prévenir tout contact avec une "souillure" physique (le danger de contagion est perçu malgré une ignorance totale des mécanismes possibles) et morale (tradition biblique). Deux types de politiques sont menés : le marquage des malades qui doivent porter une tunique spéciale et agiter la crécelle à l'approche d'un lieu habité ; et la mise hors du monde de celui-ci lors d'une cérémonie officielle. Le lépreux doit quitter sa communauté et errer au dehors. Un autre axe de la politique de protection est l'enfermement et la ségrégation des malades dans des léproseries ou maladreries, c'est-à-dire des hospices spécialisés. On compte 2000 léproseries en France en 1226¹⁸.
- ❑ la peste : maladie très contagieuse, à la diffusion rapide (via les puces et les rats qui les abritent à l'époque), entraînant une mort brutale en quelques jours. Les récits et documents du 14^e siècle au moment de la "peste noire" de 1348 montrent à quel point la peste fut vécue comme un fléau absolu, laissant les populations dans une impuissance totale, avec pour interprétation dominante la concrétisation de l'apocalypse judéo-chrétienne. Les réactions face à l'arrivée de l'épidémie de peste sont la peur, l'épouvante, la panique, la fuite des notables et des riches, et pour ceux qui n'ont pas les moyens de s'enfuir : désordre, pillages, défoulement (dans l'alcool, ou le sexe), la dissolution des liens sociaux (chacun pour soi!), la recherche de boucs émissaires (massacre des étrangers, des vagabonds, des juifs ...). Avec le temps et la répétition des épidémies (1374, 1383, 1400, 1450, 1456, 1478, 1482, en France), les autorités organisent progressivement des mesures de protection : mise en quarantaine de la ville, du bateau dans les ports (pour la 1^{ère} fois à Raguse – Dubrovnik aujourd'hui - en 1377), création d'hôpitaux spécialisés appelés « lazarets » dans les ports pour y confiner les malades atteints (le 1^{er} est établi à Venise en 1426).

Conceptions de la maladie

Les tendances principales peuvent être résumées de la façon suivante :

Domination de la tradition judéo-chrétienne

Dans cette conception, la maladie est le châtement divin d'une faute (péché originel), ou la manifestation d'une possession du démon. La souffrance constitue la voie d'accès au salut et un test pour le croyant de la force de sa foi en Dieu. Aux yeux des moines médecins et de leurs contemporains, le seul traitement véritable vient du Christ et des Saints guérisseurs qui ont le pouvoir de produire des miracles. Pour l'Eglise, la science médicale rationnelle qui recherche les explications dans les lois de la nature est un blasphème par rapport à la foi en Dieu.

¹⁸ Mollaret H. Les grands fléaux in Histoire de la pensée médicale en Occident (T 2), ed. Seuil 1997, pp 253-278

Un bel exemple de cette vision est donné par un texte arabe (sur ce point l'Islam partage en effet le même point de vue) :

...Et Moïse de demander au seigneur : « De qui viennent la maladie et la guérison ? »

Le Seigneur répondit : « De moi. »

Moïse demanda encore : « Et les médecins, que font-ils ? »

Et le Seigneur de répondre : « Ils mangent leur pain de tous les jours et donnent du courage à mes serviteurs en attendant que la mort ou la guérison viennent de moi. »

(Al-Ghazâlî, Ihyâ' 'ulûm addîn [Restauration des sciences religieuses] – fin du 11^e siècle)

Représentation de la maladie

Dans le contexte des grandes épidémies, il n'est pas surprenant que la représentation dominante de la maladie soit celle d'un phénomène extérieur au corps qui s'abat brutalement sur la personne.

Au Moyen Age, la maladie est donc avant tout vécue comme un phénomène collectif touchant l'ensemble d'une communauté; la peste "noire" de 1347 - 1353 aurait tué un quart de la population européenne de l'époque! La maladie peut donc avoir de réelles conséquences démographiques et politiques (par exemple, l'influence de l'épidémie sur la rivalité économique et politique entre Florence et Sienne).

Santé et prévention

La force est l'expression de la vigueur, un signe de santé et de résistance. A contrario, en cas d'infirmité, le fier et fort chevalier "tombe au dernier rang de l'estime publique".

Un rôle important est accordé aux épices : elles écartent les maladies, et assurent longévité et force au corps. Un rôle protecteur est aussi accordé à des anneaux ou des bijoux portés en divers endroits du corps.

1.3. De la renaissance au monde moderne: entre observation et expérimentation

1.3.1. La Renaissance (1453 – 1600 ?)

Quelques repères historiques

La Renaissance marque un prodigieux réveil culturel, artistique, intellectuel et scientifique de l'Europe occidentale après des siècles marqués par le presque monopole exercé par l'Eglise sur la connaissance et l'enseignement. Le mouvement avait été amorcé par la création des universités et leur laïcisation progressive.

Les élites redécouvrent les civilisations antiques, grecques et romaines, et surtout les textes qu'elles ont produits. Cette redécouverte est le fruit direct des échanges avec le monde arabe mais aussi indirectement de la chute de Constantinople en 1453; cette ville avait préservé pendant 10 siècles l'héritage de Rome. On défend désormais le libre rayonnement de la connaissance, et l'on valorise les qualités profondes de l'homme (d'où le terme d'humanisme). On assiste à un essor sans précédent des recherches et observations dans de nombreux domaines (astronomie, physique, médecine,...).

Quelques événements marquent cette période :

1454 : 1^{ère} impression de la Bible par Gutenberg

1473 : naissance de Copernic qui le premier affirmera que la terre tourne autour du soleil

1478-1492 : règne de Laurent de Médicis à Florence ;

1492 : découverte des Amériques par Christophe Colomb

1498 : Vasco de Gama parvient aux Indes après avoir contourné le cap de Bonne Espérance

1503 : Léonard de Vinci peint la Joconde

1517 : Martin Luther affiche aux portes de l'église de Wittenberg ses 95 thèses dénonçant les abus de l'Eglise catholique; c'est le début de la Réforme

Evolution de la pensée médicale

La libéralisation des sciences par rapport à l'Eglise, et en particulier le refus d'une intervention surnaturelle dans la nature, ouvre la voie à une série de progrès dans le domaine de la médecine.

Trois exemples :

- ❑ André Vésale (Bruxelles 1514 - 1564) met en évidence les erreurs de Galien ; il dissèque des corps de criminels et publie le 1^{er} traité d'anatomie en 1543 "De corporis humani fabrica libri septem".
- ❑ Paracelse (1493 - 1541) s'oppose à la thèse des humeurs; il recherche les causes "chimiques" des maladies.
- ❑ Ambroise Paré (1509 - 1590) : considéré comme le père de la chirurgie moderne, il remplace la cautérisation des plaies au fer rouge par un nettoyage à l'eau et la pose d'un pansement imbibé d'une mixture antiseptique. Il introduit aussi la ligature des artères en cas d'amputation.

Les missions de la chirurgie, à l'époque d'Ambroise Paré, sont définies comme suit : "ôter le superflu" (extraire une balle, enlever une tumeur), "remettre à sa place ce qui est sorti" (réduction de luxations de l'épaule, ...), "séparer le continu" (ouvrir un abcès, trépaner), "joindre le séparé" (coudre une plaie, réduire une fracture), "ajouter ce qui fait défaut" (prothèses et appareils de soutien).

Le paysage des maladies

Il n'est pas très différent de celui observé durant le Moyen - Age :

- ❑ la peste encore et toujours (active jusqu'au 18^e siècle)
- ❑ la syphilis est une maladie nouvelle qui terrorise l'Europe au tournant du 16^e siècle ; ramenée des Amériques par les soldats espagnols, elle se répand rapidement grâce notamment aux guerres entre l'Espagne et le royaume de France. Son caractère sexuellement transmissible est vite évident et en fait sans doute la première "maladie honteuse" de l'histoire.
- ❑ Mais font aussi des ravages la malaria, la rougeole, la diphtérie, le typhus, ...etc.

Conceptions de la santé

Pour la Réforme (Luther), le bonheur terrestre fait partie du plan de Dieu ; les protestants recommandent donc les exercices corporels, les jeux et les divertissements pour favoriser et entretenir la santé.

Du côté catholique, certains penseurs s'inscrivent à contre-courant de l'ascétisme prôné par la religion catholique (gagner son paradis en supportant stoïquement les conditions terrestres). Des textes de Saint Ignace, Erasme, Montaigne montrent que pour ces penseurs et philosophes, soigner et entretenir son corps est important pour l'entretien de l'âme, pour favoriser les travaux de l'esprit, et la moralité.

Il est significatif également de trouver dans les écrits de Thomas More, humaniste anglais catholique (1478-1535), la définition suivante : "*la santé ... une sensation de plénitude, une volupté*"

1.3.2. La médecine aux XVI^e et XVII^e siècles

Quelques repères historiques

- 1519 – 1556 : règne de l'empereur Charles-Quint
- 1529 : siège (infructueux) de Vienne par les Turcs
- 1545 : début du Concile de Trente, marquant l'amorce de la Contre-Réforme catholique
- 1564 : naissance de Shakespeare
- 1565 : soulèvement des Pays-Bas contre l'Espagne
- 1596 : naissance de Descartes
- 1598 : édit de Nantes accordant la liberté religieuse aux protestants français
- 1609 : paix entre l'Espagne et les Provinces unies (provinces protestantes des Pays-Bas)
- 1622 : naissance de Molière
- 1661 : début du règne de Louis XIV
- 1665 : Isaac Newton invente le calcul différentiel
- 1673 : mort de Molière

Evolution des connaissances médicales

Durant cette période, le tableau est en demi-teinte. Il y a d'une part d'incontestables avancées du savoir médical:

- ❑ Fracastoro, médecin italien, introduit en 1545 dans son livre *De contagione et contagionis morbis* la notion de *contagium vivum* c'est-à-dire la transmission des *maladies* par un agent vivant mais invisible. Toutefois, cet ouvrage semble être passé presque inaperçu !
- ❑ William Harvey (1578 - 1657) décrit avec précision les mécanismes de la circulation du sang ; le cœur est décrit comme une "pompe aspirante et foulante" (*De motu cordis*, 1628).
- ❑ Invention du microscope par Van Leeuwenhoek (1632 – 1723).

- ❑ Invention et premières utilisations du thermomètre : la fièvre n'est plus la maladie elle-même (causée par la putréfaction des humeurs) mais une réaction du corps à la maladie.
- ❑ Borelli (1608-1679) applique la théorie des leviers aux mouvements des membres, donnant ainsi corps à la biomécanique.

Mais il y a en même temps de très nombreux indices de stagnation de la pensée médicale :

- ❑ Prédominance de la théorie aérique pour expliquer les épidémies : les "miasmes" ou vapeurs empoisonnées sont considérées par la plupart des courants de pensée médicaux comme la cause naturelle de la peste (et non pas les puces, qui nous le savons maintenant, véhiculaient le microbe pathogène).
- ❑ La contraction musculaire est encore expliquée par l'action d'esprits animaux, d'un "principe vital" non défini (témoignant de l'influence durable des écrits d'Aristote).

Pratiques médicales

La réalité quotidienne de la médecine est en partie tout au moins celle des médecins de Molière:

« Les médecins savent parler beau latin, savent nommer en grec toutes les maladies, les définir, les diviser, mais pour ce qui est de guérir, c'est ce qu'ils ne savent point du tout. » (Le Malade imaginaire)

Les lettrés de l'époque sont conscients des limites des traitements proposés. Ainsi Boileau écrit-il à Racine en 1687 :

« Depuis ma dernière lettre, j'ai été saigné, purgé...et il me manque plus aucune des formalités nécessaires pour prendre des eaux. La médecine que j'ai prise aujourd'hui m'a fait à ce qu'on dit tout le bien du monde, car elle m'a fait tomber quatre ou cinq fois en faiblesse et m'a mis en tel état qu'à peine je puis me soutenir. »

Conceptions de la maladie

- ❑ La dimension collective de la maladie reste prédominante : survenue brutale de celle-ci et impuissance médicale à diagnostiquer et guérir s'inscrivent naturellement dans un contexte d'interprétation religieuse, guère différente de celle du Moyen - Age.
- ❑ La dimension individuelle reste secondaire : la population est jeune (espérance de vie en 1720 : 28 ans) et par conséquent peu de maladies chroniques ont la possibilité de se développer avant l'âge du décès.

Conceptions de la santé

Le développement du Protestantisme au 16^e siècle va avoir une influence profonde sur l'attention accordée à la santé du corps. En effet, pour le protestantisme, la recherche du bonheur et la réussite terrestre restent le meilleur moyen de suivre Dieu. En pays protestant, les soins du corps, la médecine, les mesures préventives sont donc en quelque sorte sanctifiées par Dieu et prennent un caractère de devoir absolu.

A l'inverse, en pays catholique et d'autant plus sous l'influence de la Contre-Réforme qui stigmatise le corps et valorise l'âme, cette préoccupation pour le corps et la santé est nettement moins développée.

A cette époque, de fortes différences opposent donc d'une part les pays marqués par la Réforme, où les mesures de santé s'adressent à une population pour laquelle le corps est objet d'éducation, et les pays de tradition catholique où la santé est plus l'affaire des autorités et des médecins que le problème de chacun.

Cet héritage culturel et religieux aura une influence bien au-delà du 19^e siècle dans les pays concernés, en particulier dans le domaine des politiques préventives ou de santé publique.

1.3.3. La médecine au siècle des Lumières

Quelques repères historiques

1715 : mort du Roi Soleil, Louis XIV

1745 : mise au point du métier à tisser automatique

1712 – 1778 : Jean-Jacques Rousseau

1713 – 1784 : Diderot

1724 – 1804 : Emmanuel Kant

1756 : naissance de Mozart

1775 : James Watt perfectionne la machine à vapeur

1783 : indépendance des Etats-Unis d'Amérique

1789 : révolution française

Evolution des connaissances médicales

Il y a un contraste frappant entre l'immobilisme de la médecine, toujours partiellement dominée par les théories humorales (voir ci-après l'exemple de Laennec, médecin de Napoléon) et les concepts galéniques, et les avancées remarquables d'autres sciences telles que la physique (I. Newton) ou la chimie.

On relève cependant quelques progrès :

G.B. Morgagni (1682 - 1771) utilise le microscope et fonde l'anatomopathologie ; Galvani démontre en 1771 la nature électrique de la conduction nerveuse.

Le paysage des maladies

Aux 17^e et 18^e siècles, le paysage épidémique de l'Europe occidentale est dominé essentiellement par la malaria et la variole.

La variole

La variole est capricieuse dans sa survenue comme dans son évolution; les épidémies sont tantôt très meurtrières, tantôt bénignes, les taux de mortalité variant de 4 à 5% ou de 18 à 20% avec une moyenne de 10% (Mollaret 1997). La maladie est extrêmement contagieuse et, en raison de cette contagiosité, est au 18^e siècle essentiellement une maladie des enfants (plus de 90% des cas concernent les enfants de moins de 10 ans). Il s'agit donc d'un fléau des familles avec les décès successifs de 2, 3 voire 4 enfants par foyer. Terriblement meurtrière, cette maladie, encore appelée "petite vérole" (en raison des séquelles cutanées qu'elle laissait en particulier au niveau du visage) était considérée comme une maladie banale, voire domestique dans la mesure où chaque famille lui versait un jour ou l'autre son tribut (Mollaret 1997).

La première vaccination

Une première mesure de protection, *la variolisation*, est introduite en Grande Bretagne en 1721. Alors que la petite vérole a des effets redoutables à Londres ou à Paris, Lady Montagu, ambassadrice du roi d'Angleterre auprès de l'empire ottoman à Constantinople, observe en 1717 que la « fièvre éruptive » (dénomination courante de la variole) n'existe pratiquement pas sur les bords du Bosphore, ni dans les villes de la mer Noire ni dans celles de l'archipel grec sous domination ottomane. Elle l'explique par l'inoculation, aux premiers âges de la vie, de matières purulentes prises sur les boutons d'un varioleux. L'inoculation volontaire de la maladie à l'enfant peut se traduire par une variole légère ou, dans d'autres cas malheureusement, par la maladie et le décès (taux de mortalité 1/50). Cette technique reste donc très contestée sur le plan médical durant tout le 18^e siècle et est appliquée de façon extrêmement variable d'un pays à l'autre.

La maladie bénéficiera cependant de la première *vaccination* réalisée dans l'histoire humaine lorsque Jenner en Angleterre inocule, le 17 mai 1796, la vaccine, c'est-à-dire la variole des vaches (ou cow-pox) à un garçon de son village avec succès.

Le succès de cette vaccination et son efficacité protectrice vis-à-vis de la variole humaine chez l'enfant est telle que six ans plus tard, tous les pays d'Europe vaccinent et certains rendent même cette mesure obligatoire pour la population. La mortalité par variole qui était en France en 1800, de 50.000 à 80.000 morts par an sera divisée par 10, cinq ans plus tard.

Pratiques médicales

Les instruments les plus utilisés par les médecins servent à administrer des thérapeutiques de base qui étaient en fait déjà en vigueur des siècles auparavant :

- clystère (lavements);
- lancette (saignée);
- ventouse et sangsues (aspirer le sang)

Conceptions de la santé

Sous l'influence de J.J. Rousseau et d'autres penseurs de la "loi naturelle", la nature est vue comme le paradigme de référence pour protéger la santé. Ainsi les idées suivantes prévalent :

- suivre la nature : il faut mener une vie simple, rude, frugale

- ❑ éduquer naturellement le corps de l'enfant : il est normal et souhaitable de le mettre à l'épreuve, de l'aguerrir au froid ; un enfant robuste deviendra un adulte bien-portant ;
- ❑ la gymnastique se voit accordée une valeur morale croissante.

Au-delà des influences religieuses, incontestables, sur le développement des concepts de santé (cf p 44), il faut souligner l'importance croissante que jouèrent les gouvernements dans ces matières à partir du 18^e siècle. Les monarques éclairés que furent Frédéric II, roi de Prusse, et Joseph II, empereur d'Autriche, considéraient comme l'un de leurs devoirs d'assurer "la conservation" de leurs sujets (Grmek et Sournia 1997).

Dès cette époque, les souverains comme les républiques furent amenés à élaborer des politiques sanitaires et à intervenir de plus en plus souvent et sur les points les plus variés dans la vie personnelle de leurs citoyens.

Il y eut en parallèle une évolution progressive aux 17^e et 18^e siècles vers une sécularisation de la politique de santé. Une conception morale de la santé se substitue progressivement à la conception religieuse. Influencée notamment par la théorie de la loi naturelle, très en vogue au 18^e siècle, le parallèle est établi entre moralité et santé: on croit volontiers que la maladie attaque les gens sales, ou les ignorants, mais épargne les pieux, les vertueux et les gens propres. Cette moralisation de la santé se renforcera encore au 19^e siècle face au développement de fléaux (alcoolisme, syphilis, tuberculose,...) jugés fortement liés à la promiscuité et à l'immoralité.

1.4. La médecine au XIX^e siècle

Le 19^e siècle voit s'installer de profonds changements du mode de vie suite aux progrès de la technologie (machine à vapeur, télégraphe, courant électrique,...), à l'industrialisation qui en découle et au développement urbain. A l'époque de la révolution française, l'Europe était essentiellement rurale et l'agriculture représentait l'occupation principale. Dans la première moitié du 19^e siècle, cette situation va être complètement transformée avec un développement massif de l'industrialisation en Belgique, en France et en Grande Bretagne et un exode rural correspondant, les nouvelles usines offrant un moyen de subsistance, encore largement insuffisant dans les campagnes. Ces nouvelles situations sociales, démographiques et économiques s'accompagnent cependant de problèmes importants: conditions de travail effroyables s'appliquant non seulement aux hommes mais également aux femmes et aux enfants, développement anarchique de logements insalubres et surpeuplés dans les pourtours des villes et autour des usines, apparition d'un prolétariat urbain, déchéance sociale marquée de tous ceux laissés pour compte dans ce nouvel environnement.

1.4.1. Evolution des connaissances médicales

Le 19^e siècle marque l'avènement de la médecine expérimentale et scientifique, surtout dans sa deuxième moitié (après 1850). Soulignons quelques éléments de cette évolution vers la modernité :

- ❑ 1796 : première vaccination de l'histoire : Edouard Jenner contre la variole (cf supra).
- ❑ Découverte de la percussion thoracique (par Auenbruggen, Autriche) (ou redécouverte si l'on en croit l'interprétation de certains papyrus égyptiens).

- ❑ Redécouverte de l'auscultation et invention du stéthoscope par Laennec (1781-1826). Voici la description du premier stéthoscope par son inventeur :
“ C’est un cylindre de bois d’un pied de longueur, percé en son centre d’un tube de trois lignes de diamètre. J’en appliquai une extrémité sur la région précordiale et, posant l’oreille à l’autre bout, je fus surpris et satisfait d’entendre les battements d’une manière beaucoup plus nette et plus distincte que je ne l’avais jamais fait par l’application immédiate de l’oreille ”.
(dimensions 23 cm de long et 3,1 cm de diamètre)
- ❑ Claude Bernard (1813 - 1878) père de la médecine expérimentale.
- ❑ Rudolf Virchow (1821 - 1902) découvre la cellule.
- ❑ L'anesthésie : en 1831, première utilisation du chloroforme en chirurgie.
- ❑ Instauration de l'asepsie : le gynécologue hongrois Ignaz Semmelweis en poste à la maternité de l'Hôpital général de Vienne joue un rôle de précurseur dans les années 1846-1847. Constatant que la mortalité par « fièvre puerpérale » chez les jeunes accouchées était deux fois plus importante dans celui des deux services de la maternité où officiaient les étudiants en médecine, il oblige ceux-ci à se nettoyer les mains avec une solution antiseptique quand ils quittent la salle de dissection et avant de rejoindre la maternité où ils examinent les femmes en travail. En très peu de temps, le niveau de mortalité observé chez les accouchées chute de plus de 15% et rejoint le niveau observé dans l'autre aile de la maternité, celle où travaillaient seulement des sages-femmes.
- ❑ Les mécanismes sous-jacents à cet effet seront élucidés quelques années plus tard par Louis Pasteur qui identifie en 1865 le rôle des microbes dans la transmission des maladies.
- ❑ De façon presque parallèle ensuite, Pasteur en France et Joseph Lister en Angleterre, mettent en œuvre des mesures d'antiseptie. Lister, un chirurgien sera le premier à utiliser en 1870 en salle d'opération un spray antiseptique (à base d'acide phénique) qui va permettre de réduire de façon spectaculaire les infections post-opératoires.
- ❑ 1895 : Röntgen découvre les rayons X.
- ❑ Essor des médecines parallèles : homéopathie, ostéopathie, hydrothérapie.

L'histoire de la carrière professionnelle de Laennec est cependant éclairante quant à la lenteur de la progression des idées (voir ci-dessous) dans le champ des sciences médicales.

Laennec

- ❑ En 1819, il publie deux volumes intitulés “ De l’auscultation immédiate, Traité des diagnostics des maladies du poumon et du cœur ”. Malgré l’intérêt que ce traité représentait pour la médecine, il n’aura à l’époque que peu d’incidence. Laennec est royaliste. Ses opinions politiques joueront en sa défaveur face à des "patrons" comme Broussais qui, pour être républicains, n’en étaient pas moins rétrogrades sur le plan médical.
- ❑ Laennec adhère encore aux théories aéristes d’Hippocrate. La qualité de l’air, les habitudes alimentaires du malade, son âge, ses propos, ses mœurs mais aussi ses déjections, urines et crachats sont autant d’indicateurs qu’il faut interroger.
Au milieu du 19^e siècle, Laennec parle le langage humoral lorsqu’il classe les fièvres en fonction de leur caractère : inflammatoire, bilieuse, muqueuse ou pituiteuse, putride et maligne. Malgré les progrès réels enregistrés par la nosologie depuis l’Antiquité, Laennec constate que la manière de voir d’Hippocrate, à savoir guérir ou traiter en s’attaquant aux signes communs et donc faire une médecine symptomatique, reste tentante, mais il soupçonne aussi qu’en s’attachant aux symptômes, on occulte les causes réelles de la maladie.

1.4.2. Le paysage des maladies

Les épidémies

La régression de la variole, dès le début du siècle suite aux succès de la vaccination, laisse au premier plan deux maladies : le choléra, maladie épidémique de survenue brutale et d'évolution rapide, et la tuberculose dont l'atteinte sur l'organisme et les poumons en particulier est de nature progressive et relativement lente.

Les épidémies de choléra qui frappent l'Europe au début du 19^e siècle ont un caractère dramatique: en 1832, 500.000 morts en Angleterre, et 100.000 en France! L'épidémie qui frappe la Belgique à l'automne 1865 et au printemps 1866 cause environ 43.000 décès.

Dans le décours de l'épidémie de 1832 à Londres, les travaux sur les statistiques de décès menés par un des pionniers de l'épidémiologie, William Farr, conduisent paradoxalement celui-ci à conforter (à tort) l'hypothèse explicative des « miasmes », comme vecteur de l'épidémie.

La tuberculose

Maladie contagieuse à progression lente (comme la lèpre, et causée par une mycobactérie appartenant à la même famille) et affectant prioritairement l'arbre pulmonaire, elle constitue une pathologie redoutée au 19^e siècle et est appelée « la grande faucheuse » du siècle, en raison de la mortalité associée (jusqu'à 20% des causes annuelles de décès).

Le délai prolongé (plusieurs mois voire plusieurs années) entre le début de la maladie et le décès implique que le malade doit vivre avec sa maladie. Il s'agit d'un mode de vie particulier mais individuel qui est fonction du statut économique du malade. Les malades qui en ont les moyens sont en effet écartés de la communauté et soignés dans des hôpitaux spéciaux, les « sanatoriums », situés au grand air, en bord de mer, à la campagne ou à la montagne (en Belgique, au Coq et à Spa notamment). Le malade garde cependant le droit d'être visité et il y a donc maintien d'un lien avec la société (contrairement à ce qui était le cas pour la lèpre au Moyen Age).

La maladie entraîne donc l'apparition d'un "statut" de malade aux yeux de la société, statut associé à certains avantages pour le malade. Ce phénomène fera l'objet d'une analyse fine par la sociologie médicale (voir Chap. II). Il faut remarquer qu'avant la tuberculose, une autre maladie à caractère épidémique, la lèpre, avait entraîné un statut pour le malade qui en était atteint ; dans ce cas cependant, il s'agissait avant tout d'un statut en négatif, d'une exclusion, d'une mise en marge de la société.

La tuberculose constitue donc un vrai fléau, mais ne représente pas pour autant une menace d'anéantissement de la communauté toute entière, comme c'était le cas pour la peste.

1.4.3. Influences sociales sur la santé

Fléaux sociaux et courant hygiéniste

En France, le courant dit « hygiéniste » prend naissance à la fin du siècle précédent. Il est fortement stimulé et encouragé par la Révolution française : la première chaire d'« hygiène médicale » est

fondée à Paris en 1795. Cette nouvelle discipline, l'hygiène publique, ancêtre de la santé publique, va se construire tout au long du 19^e siècle sur l'évaluation des "fléaux sociaux". Les hygiénistes sont pour la plupart des médecins qui sont profondément convaincus du rôle social de la médecine et qui sur le plan scientifique, vont s'attacher à analyser les effets des conditions d'environnement sur la santé et à prôner des réformes pouvant les améliorer (Adam et Herzlich 1994). Les hygiénistes, et notamment Villermé en France, vont ainsi réaliser de multiples enquêtes sur les effets de la qualité de l'eau, de l'air, sur les conditions de travail, sur les conditions de vie dans les prisons ou encore sur les effets de la prostitution.

Ces premières enquêtes de santé confirment que la tuberculose, l'alcoolisme, les maladies vénériennes touchent de plein fouet et préférentiellement le prolétariat urbain. Une interprétation hygiéno-moralisante s'impose alors progressivement : ces fléaux sont liés au manque d'hygiène, et reflètent la dégradation sociale, la promiscuité, et l'immoralité des « classes populaires ».

Les dramatiques épidémies de choléra et la progression de la tuberculose viennent renforcer une interprétation sociale des maladies tant chez les médecins que chez les gouvernants. L'implacable dégradation physique des plus démunis est directement évoquée en 1832 (et à raison) pour expliquer les effets dévastateurs du choléra à Paris (Vigarello 1993): *"ce furent les hommes en vestes et en haillons qui ouvrirent cette horrible marche de Paris vers la mort"*. Dans ce contexte, la masse des prolétaires industriels se fait donc, aux yeux des élites, menace sanitaire pour le reste de la société.

C'est pour mieux gérer cette menace que l'Etat va s'engager dans la lutte contre les fléaux sociaux et il va pouvoir s'appuyer sur les analyses et études objectives des hygiénistes.

Réglementations et interventions sanitaires de l'Etat

A partir du milieu du siècle, tant en France qu'en Belgique, l'engagement de l'Etat devient tout à fait manifeste par rapport aux problématiques de santé. Après 1850, de grands travaux sont réalisés au cœur des villes pour y installer un réseau d'adduction d'eau et un système d'égouts. Ainsi à Bruxelles, procède-t-on entre 1866 et 1870 au voûtement de la Senne, à la démolition des mesures insalubres qui bordaient la rivière et à l'établissement des boulevards du centre ville. Après l'établissement de la théorie microbienne par Pasteur, se développe durant le dernier quart du siècle tout un génie sanitaire pour l'adduction d'eau et l'évacuation des eaux usées; le siphon est ainsi inventé et aussitôt adopté. Les règles urbanistiques imposent dans les logements collectifs la création pour chaque logement d'un "cabinet d'aisance" séparé de celui-ci et il y a un très grand développement des brochures et des affiches vantant des produits à efficacité antimicrobienne.

Cet intérêt de l'Etat n'est pas purement désintéressé : aux yeux des gouvernants, la santé de la nation représente également un enjeu économique (avoir des ouvriers productifs dans les usines) ... et militaire (avoir des soldats vigoureux et faptes au combat surtout après la défaite française de 1870).

Les nouveaux maux supposent donc des préventions nouvelles: alcoolisme, prostitution, hérédité suspecte s'adressent davantage à la culpabilité et au ressort personnel de chacun. Le souci préventif visera donc davantage la décision du sujet, sa force intérieure.

La lutte contre ces maux s'oriente toujours plus vers un registre moral afin de garantir l'avenir de l'espèce. Les stratégies préventives sont donc fortement investies de morale tant pour la lutte contre l'alcoolisme que pour la lutte contre la syphilis. « L'inconduite tue la race » proclame par exemple une affiche du service d'Hygiène sociale de la Province de Namur au tournant du siècle.

En conclusion, il faut remarquer que la convergence entre les scientifiques hygiénistes et les autorités politiques dans la 2^e moitié du 19^e siècle favorise l'émergence des premiers dispositifs, encore rudimentaires, de ce qui est aujourd'hui appelé protection sociale. Cette évolution se rattache à une conception de l'Etat moderne qui est celle de l'Etat-providence.

1.5. La médecine au XXe siècle

1.5.1. Evolution des connaissances médicales

Quelques étapes du progrès médical parmi d'autres :

- ❑ 1921 : découverte de l'insuline.
- ❑ 1927 : premier traitement d'un diabétique par l'insuline.
- ❑ 1928 : Fleming découvre la pénicilline
- ❑ 1935 : mise au point des sulfamidés, premiers médicaments antibactériens
- ❑ 1943 : 1^{er} emploi de la pénicilline en thérapeutique
- ❑ 1953 : description de la structure de l'ADN par Watson et Crick
- ❑ 1967 : première transplantation cardiaque par C. Barnard, chirurgien sud-africain

1.5.2. Le paysage des maladies

- ❑ Les maladies épidémiques se font plus rares (dans le monde occidental tout au moins). Le siècle est cependant marqué par l'épidémie de « grippe espagnole » qui en 1918 cause la mort d'environ 20 millions de personnes en quelques mois, et par l'irruption dans les années 1980 de l'épidémie de SIDA (voir ci-après)
- ❑ L'emploi rapidement généralisé de médicaments anti-infectieux efficaces (antibiotiques et antituberculeux), dans les années suivant la 2^e guerre mondiale, accélère la réduction, déjà amorcée en raison des progrès de l'hygiène, des maladies infectieuses.
- ❑ A partir des années 50, il y a progressivement installation d'une prédominance de maladies chroniques, dégénératives, non transmissibles, telles que diabète, maladies cardiovasculaires, rhumatismes articulaires ; celles-ci présentent une série de caractéristiques communes :
 - Maladies sans signes extérieurs, connues seulement du malade (et de son médecin)
 - Maladies pour lesquelles les traitements médicaux disponibles assurent le maintien en vie, mais pas la guérison
 - Maladies associées à une survie prolongée : il faut vivre "avec", "malgré" la maladie, dans une dépendance souvent importante vis-à-vis de la médecine

Le cancer

A l'époque contemporaine, et grâce à des traitements de plus en plus performants, beaucoup de cancers peuvent à juste titre être rangés dans la catégorie des affections chroniques. Le cancer reste cependant une maladie particulière, même si il est en fait connu et décrit depuis l'Antiquité.

Cette maladie reste associée à l'image de la mort, ce qui génère chez celui/celle qui en est atteint peur et angoisse. Il n'y pas encore si longtemps stigmatisée (voir définition Chap II), cette maladie est vécue essentiellement au niveau individuel. Les traitements disponibles assurent selon les cas, guérison totale, rémission plus ou moins longue, ou prolongation de la survie (traitement palliatif). Quelque soit le pronostic, dans la plupart des cas le patient doit vivre avec son cancer pendant des mois ou des années ; en cas de rémission, la maladie peut rester comme une « épée de Damocles » suspendue sur la vie quotidienne, vu l'existence de processus métastatiques tardifs.

Dans ce contexte, le cancer est un excellent exemple de ces maladies où le malade est sujet (ou objet ?) d'un investissement médical "lourd" pendant une période plus ou moins prolongée.

Le Sida

Les premiers cas d'une maladie atypique, entraînant rapidement la mort suite à la multiplication d'infections opportunistes, sont décrits en 1981 aux USA (en Californie) ; cette maladie inconnue frappe initialement les communautés d'homosexuels et des sujets d'origine haïtienne.

La maladie est assez rapidement caractérisée comme un effondrement du système immunitaire et est donc désignée par l'abréviation SIDA (Syndrome d'immunodéficience acquise). L'identification de l'agent causal, le virus HIV, interviendra plus tard.

La maladie prend rapidement l'allure d'une épidémie au cours des années 1982, 1983, et ce caractère épidémique induit le réveil d'un imaginaire collectif de type médiéval, avec la perception d'une menace pour la communauté ; aucun traitement efficace n'est en effet disponible pour les sujets atteints.

L'identification rapide du rapport sexuel, en tant que principale voie de contamination et de propagation de la maladie, introduit en outre une connotation morale marquée dans la perception collective de la maladie. Le Sida résultant d'une faute, d'un péché (relations homosexuelles avec partenaires multiples), il stigmatise donc des comportements jugés hors normes (un phénomène parallèle avec ce qui fût observé pour la syphilis au 16^e siècle).

Une fois connu de son entourage, le séropositif est perçu comme une menace de contagion par les personnes qui l'entourent. On observe ainsi la résurgence de réflexes d'exclusion qui rappellent en partie ce qu'ont vécu les lépreux pendant des siècles. Au niveau individuel, le patient séropositif constitue dans les années 80 un mort en sursis ce qui s'accompagne d'un mode de vie particulier.

Enfin cette maladie, grâce sans doute à sa diffusion épidémique mondiale, et dans un contexte d'autonomisation croissante du patient vis-à-vis des professionnels de santé, est la première maladie dans l'histoire qui fait l'objet, au niveau collectif, d'une mobilisation des patients HIV+ qui se regroupent dans des associations, et constituent progressivement un groupe de pression très influent tant vis-à-vis de la communauté scientifique que vis-à-vis des autorités politiques.

Conceptions de la santé

Lors de sa création en juillet 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) adopte dans sa charte la définition suivante du concept de santé : *"La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité."*

Les mérites et limitations de cette définition sont discutés au Chapitre 2.

La deuxième moitié du 20^e siècle et le début du 21^e siècle sont marqués par d'autres évolutions significatives des concepts en matière de santé :

- Responsabilisation croissante de l'individu vis-à-vis de sa santé qui va de pair avec la reconnaissance de « droits » aux patients : un citoyen digne de ce nom acquiert le droit de partager les décisions médicales qui le concernent avec le professionnel de santé, mais en même temps la société considère de plus en plus qu'il est largement responsable de son état de santé.

A lui/elle de surveiller sa tension, son cholestérol, ses seins, ...et de prévenir les "facteurs de risque" en adoptant un mode de vie favorable à la santé ! Bannir la cigarette, l'alcool, faire de l'exercice physique, manger équilibré (fruits, légumes etc..), éviter les abus médicamenteux, avoir une vie sexuelle dans le cadre de rapports protégés, ...sont quelques uns des commandements les plus courants des diverses « bibles » de la santé.

- Le culte du corps : la pratique sportive, et le fitness ne sont pas vus seulement comme un moyen pour prévenir la maladie mais sont souvent considérés d'abord comme une stratégie efficace pour se mettre en conformité avec des normes esthétiques implicites très présentes dans nos sociétés (image de jeunesse, mince, au corps agréablement sculpté, toujours en mouvement et performant dans tous les secteurs de la vie...). Une série d'anomalies esthétiques jugées auparavant mineures ou secondaires font l'objet de corrections de plus en plus fréquentes (par ex. dans le domaine dentaire). Les petits préjugés physiques liés à l'âge (rides, cellulite, ptose des seins...) sont combattus par un recours croissant à la chirurgie esthétique. Les quadras et autres quinquas se mobilisent pour rester compétitifs en termes d'image et de séduction.
- Planification de la santé parfaite : les médias et ceux qui les lisent ou les regardent suivent avec passion les développements scientifiques qui peuvent laisser augurer un retour au mythe fondateur d'Asclépios : trouver les secrets du vieillissement cellulaire afin de briser le caractère fondamentalement fini de la vie humaine. La cartographie du génome humain et les premiers pas de la médecine prédictive (et corrective espère t-on) sont l'objet de toute l'attention.

Chapitre II

Regards socio-anthropologiques sur la santé et la maladie

2. CHAPITRE II : REGARDS SOCIO-ANTHROPOLOGIQUES SUR LA SANTE ET LA MALADIE

2.1. La santé et la maladie : construction d'une culture médicalisée

2.1.1. Corps et santé : les images du corps

A. Qu'est que la santé ?

Cette section est centrée sur la santé dans sa relation au corps. Le corps (notre corps) est support de l'expérience quotidienne (douleur, fatigue, plaisir) et l'objet de nombreuses définitions. Afin de développer cette perspective, le corps est envisagé ici à partir du point de vue des sciences sociales et humaines. En d'autres termes, il s'agira de questionner les images existantes du corps, soit la façon dont, à travers le monde, différents groupes sociaux et culturels se représentent la santé, et le corps en bonne santé.

B. La notion de santé

Le mot "santé" est un mot d'usage courant dont la présence dans un certain nombre de proverbes ou d'aphorismes souvent utilisés indique l'importance implicite: "tant qu'on a la santé...", "le travail c'est la santé! », ... Il est significatif également que lors d'événements festifs, les convives lèvent leur verre en disant "santé!". Ces usages courants révèlent le caractère positif et important de la santé mais ne donnent guère d'information sur la signification profonde accordée à ce terme.

Aussi n'est-il pas inutile de consulter les définitions données par quelques dictionnaires:

- "L'état de celui dont l'organisme fonctionne normalement en l'absence de maladie" (Petit Larousse illustré)
- "Bon état physiologique, fonctionnement régulier et harmonieux d'un être vivant,..." (Robert méthodique)
- "...la capacité prolongée de faire face à son environnement physiquement, émotionnellement, mentalement et socialement (Britannica Micropaedia)

Il faut également mentionner la définition restée célèbre d'un médecin français de la première moitié du 20^e siècle, Leriche, disant:

"la santé, c'est la vie dans le silence des organes".

L'énoncé de ces quelques définitions montre que la santé peut être définie, de façon schématique, selon deux axes: soit de façon négative, par l'absence de maladie, ou de façon plus positive en tant que capacités ou ressources de l'individu. Au cours du 20^e siècle, il y a eu une évolution très perceptible de l'usage d'une définition négative vers l'usage d'une définition positive. Cette évolution des esprits et des mentalités a contribué notamment au contenu de la définition adoptée le 22 juillet 1946 par la Conférence internationale de la Santé dans le cadre de la rédaction de la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Voici un extrait du texte adopté lors de la fondation de l'OMS:

"Les Etats parties à cette Constitution déclarent, en accord avec la Charte des Nations Unies, que les principes suivants sont à la base du bonheur des peuples, de leurs relations harmonieuses et de leur sécurité:

- *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.*
- *La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.*
- *La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des Etats.*
- ..."

La définition adoptée par l'OMS en 1946 est célèbre encore aujourd'hui à la fois en raison du caractère novateur des idées qu'elle voulait exprimer, et à la fois en raison de son caractère quelque peu utopique. Il faut souligner que l'OMS introduit dans la définition de la santé la notion de bien-être, c'est-à-dire une notion essentiellement perceptive et subjective propre à l'individu lui-même. Elle a aussi pour originalité d'utiliser trois qualificatifs pour le bien-être: physique, mental et social. Ce dernier qualificatif était le plus novateur à l'époque et a résulté en fait d'un conflit idéologique entre les deux blocs politiques issus de la seconde guerre mondiale, le bloc occidental ("le monde libre") d'une part et le bloc socialiste d'autre part. Ce dernier voulait absolument que les idées socialistes puissent être répercutées dans la définition. Il faut souligner que l'adjectif "social", d'inspiration très politique au départ, s'est avéré a posteriori prémonitoire, lorsque l'on considère les recherches scientifiques relatives aux déterminants de la santé qui ont montré toute l'importance des facteurs sociaux.

Liens : chapitre IV

En résumé, cette définition présente incontestablement un certain nombre d'aspects positifs:

- l'absence de références à une norme pour définir la santé,
- l'introduction d'une vision pluridimensionnelle,
- le choix de la santé perceptive, celle ressentie par la personne elle-même.

Depuis, la définition a été modifiée par la charte de Bangkok (1985). La santé inclut aussi une dimension spirituelle controversée.

« La promotion de la santé repose sur ce droit de l'homme essentiel et offre un concept positif et complet de santé comme déterminant de la qualité de la vie, qui recouvre également le bien-être mental et spirituel. » (Bangkok, 2005)

Il faut reconnaître néanmoins que la définition présente, pour une partie des raisons qui en font l'attrait, certaines limitations: les spécialistes de la santé publique ont argumenté à bon droit que le bien-être est une notion difficilement mesurable et d'autres ont conclu à raison que la personne humaine était très rarement dans un état de complet bien-être tant physique que mental et que social. De ce point de vue, la définition n'est pas vraiment opérationnelle et les définitions plus récentes et plus modernes de la santé se sont efforcées de rencontrer ces critiques.

De très nombreux auteurs ont proposé durant la seconde moitié du 20^e siècle leur définition de la santé et il serait fastidieux, et sans grand intérêt, de revoir l'ensemble de ces définitions. Elles peuvent être regroupées d'une certaine manière selon trois points de vue adoptés sur la santé (Goldberg, 1979):

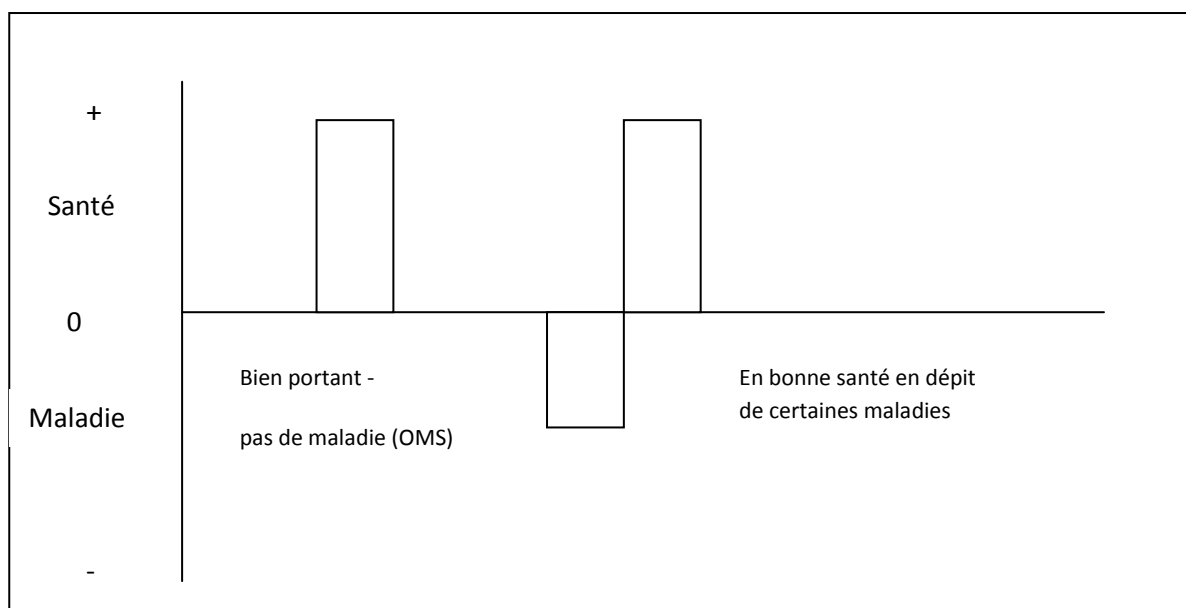
- un point de vue perceptuel: la santé est vue alors en tant que sensation de bien-être ou de mal être;
- un point de vue fonctionnel, la santé étant la capacité qu'a la personne d'accomplir les rôles et les tâches qu'on attend d'elle dans la société;
- un point de vue adaptatif: la santé est présente aussi longtemps qu'elle permet à l'organisme de s'ajuster de façon harmonieuse à son environnement.

Dans la vision moderne et contemporaine de la santé, on considère donc volontiers qu'elle peut représenter pour l'individu, selon les moments,

- une situation d'équilibre et d'harmonie entre les possibilités de la personne et son environnement, situation qui permet notamment de satisfaire les besoins fondamentaux de la personne humaine;
- une sensation de plénitude de vie, c'est-à-dire la possibilité que l'individu trouve dans son existence de développer au maximum ses potentialités personnelles;
- la notion d'une force, d'une ressource en réserve, qui permettra le cas échéant de faire face avec succès aux agressions tant physiques que psychiques de la vie quotidienne.

Pour clarifier le concept de santé, certains spécialistes de santé publique ont représenté celui-ci sur un axe arbitraire qui concernerait dans sa portion positive la santé et dans sa portion négative la maladie (Voir figure II-1).

Figure II.1 : Le concept de santé (d'après Hjort 1996)



Un tel schéma permet notamment de mettre en évidence une des limites de la définition choisie par l'OMS en 1946: la vie quotidienne montre en effet que beaucoup de personnes peuvent ressentir un état de bien-être et se dire en bonne santé (au sens de la définition de l'OMS) alors qu'elles présentent par ailleurs certains handicaps ou certaines maladies. Une telle observation peut être faite tant pour des personnes handicapées de naissance que pour des personnes qui acquièrent avec l'âge certaines limitations fonctionnelles (rhumatismes, perte de vision ou d'audition).

Le même type de schéma permet également de montrer quels sont les deux axes essentiels des politiques modernes de promotion de la santé. Afin de limiter au maximum l'existence d'un pôle

négatif, celui de la maladie ou du handicap, les stratégies utilisées visent à lutter contre les facteurs de risque de ces maladies et de ces handicaps; afin par ailleurs de renforcer le pôle positif, celui de la santé lui-même, il s'agit de donner aux personnes des ressources positives pour la santé.

C. Le corps : support de la santé ?

Selon l'anthropologue et médecin canadienne Cecil G. Helman (2007), le terme « image du corps » est utilisé pour décrire les manières selon lesquelles l'individu conceptualise et expérimente son corps tant consciemment qu'inconsciemment. Il est important de souligner que ces manières sont dépendantes a) du milieu social et culturel dans lequel l'individu évolue, b) de la période historique prise en compte et c) de l'espace géographique précis où il se trouve.

A travers l'histoire, l'image du corps a toujours été un élément central dans la pensée humaine. Ainsi, ce qui nous paraît évident est, en partie, plus souvent complexe. C'est ce qu'illustrent les quelques représentations relatives au corps que nous exposons ci-dessous. La manière de décrire le corps et de vivre son corps varie et il en existe de nombreuses variantes à côté des descriptions médicales.

D. Corps biologique et corps socialisé

Chaque être humain a, symboliquement parlant, deux corps : un corps biologique qui s'acquiert à la naissance et un corps socialisé qui est requis pour vivre au sein d'une société particulière. Cependant, dans la pratique quotidienne, le corps biologique et le corps socialisé sont très intriqués : l'image du corps socialisé n'est pas vraiment externe ou séparée du corps biologique. Cette intrication est particulièrement présente dans les analogies de la société comme un corps (exemple : l'élite la tête pensante, les bras et les jambes la classe travailleuse). Lorsqu'un patient s'exprime sur son corps, ses dires renvoient à la fois à son corps individuel et à son corps collectif, c'est-à-dire qu'à travers ses dires, ce sont aussi les représentations véhiculées par le groupe social et culturel au sein duquel le patient évolue qui sont évoquées.

Le corps humain est donc à la fois une réalité sociale et physique. Réalité sociale car il peut servir comme indicateur d'une position sociale ou d'un rôle social : par exemple la manière de s'habiller, les adolescent(e)s dits gothiques ou ceux vêtus style hip hop. Autre exemple, les habits de travail portés par les professionnels de la santé dans les hôpitaux (Arborio, Fournier 2010) ou encore comment, dans des espaces publics tels que le restaurant d'un hôpital, les étudiants en médecine peuvent mettre en évidence leur future appartenance professionnelle par le port d'un stéthoscope autour du cou.... Il s'agit aussi de la façon dont les patients se comportent (gestuelle) lorsqu'ils entrent dans un cabinet médical, la manière dont ils s'asseyent et s'adressent au professionnel de santé...

Réalité physique car certaines parties du corps sont perçues comme plus vulnérables que d'autres. Ainsi, il n'est pas rare d'entendre dire à une personne chauve qu'elle a intérêt à se couvrir la tête pour ne pas prendre froid en hiver.

Les pratiques de transformations corporelles

Ces deux types de réalités corporelles (biologique et sociale) peuvent s'enchevêtrer de telle manière qu'elles apparaissent difficilement séparables. Un exemple est celui des standards de beauté, standards variant d'une société à l'autre, d'une époque à l'autre. Ceux-ci, véhiculés par les médias, ne sont pas sans incidence sur la santé. Ainsi, en est-il de la survalorisation de la sveltesse dans notre

société occidentale en lien avec de possibles problèmes alimentaires (anorexie) et/ou d'interventions chirurgicales (placement d'anneau gastrique).

Concernant l'anorexie, il existe l'hypothèse que l'anorexie mentale, le plus souvent accompagnée de la disparition des règles chez la femme, serait une forme pathologique extrême de l'insatisfaction engendrée par les représentations sociales de la beauté corporelle dans une société qui valorise et récompense la minceur féminine (Stassart 2007).

Etude de cas : La chirurgie des âges

« S'appuyant, par exemple, sur des principes de santé peu vérifiés, les ablations des amygdales, des végétations ou de l'appendice se justifient plus profondément par leur rôle symbolique de préparation à la vie adulte future. Il paraît difficile a priori d'établir un lien entre des opérations se situant dans le nez, la gorge et le bas-ventre. Or, l'auteur montre que toutes ont en commun le devenir de la sexualité future. Les représentations du corps enfantin sont organisées par une scission, par une séparation progressive entre les organes du haut et du bas. Une illusion communément partagée revient à penser que si les glandes rhinopharyngées ne sont pas enlevées avant la puberté, elles peuvent devenir de véritables freins pour la sexualité. Les ôter revient à se prémunir pour plus tard, en somme un peu comme pour les oreillons « qu'il vaut mieux avoir, tout le monde le sait bien, quand on est petit » (Moulinié, 1998 : 62). (...) la préadolescence serait pour l'auteur le moment privilégié des crises d'appendicite, en particulier chez les filles. En effet, les représentations profanes de la maladie voudraient qu'en grossissant, l'ovaire vienne compresser l'appendice entraînant son inflammation. Véritable rite de préparation à l'âge adulte, il n'est pas rare que l'ablation de l'appendicite déclenche dans les classes comme une épidémie, alors que la maladie n'a rien de contagieux si ce n'est la nécessité d'y passer. L'auteur fait part de plusieurs histoires de vie où mes sujets se vantent « d'avoir lancé la mode dans leur école ». Ceux-ci expliquent comment montrer leur cicatrice les valorisant auprès de ceux qui n'avaient pas encore fait l'expérience. Ils relatent la curiosité des autres enfants en cercle autour d'eux, prêt à écouter et à ré-écouter le récit. »

Véronique Moulinié, *La chirurgie des âges. Corps, sexualité et représentations du sang*, Éditions de la MSH ministre de la Culture, 1998, 340 p. (cité dans Duret Pascal et Roussel Peggy, *Le corps et ses sociologies*, Nathan université, 128, Paris, 2003, p. 20-21)

D'autres standards sont d'usage : le culte du jeunisme qui prévaut actuellement dans notre société et son pendant, un recours croissant à des potions et crèmes en tout genre ou à la chirurgie esthétique. Ces standards de beauté corporelle peuvent apparaître comme « dominants » à un moment historique spécifique et dans un espace géographique précis. Ils entretiennent avec la santé des relations très étroites voire contradictoires. C'est par exemple le cas de la pratique des seins nus sur les plages en lien avec le standard de beauté du bronzage tel qu'analysé par le sociologue français Jean-Claude Kaufmann (1998). Si au début du 20^e siècle, être bronzé est considéré de façon négative car il y a une association « peau tannée – classe laborieuse – vulgarité populaire », à partir des années 1960, être bronzé s'affiche peu à peu comme le standard de beauté corporelle par excellence et perd sa connotation négative d'appartenance de classe. L'équation est alors inversée, selon Kaufmann (1998 :38) « ... le bronzage permet d'être classé positivement dans l'ordre de la beauté, de la santé et dans la catégorie de ceux qui peuvent s'offrir des vacances... ». Mais à partir des années 1990, les professionnels de la santé commencent à informer la population sur les dangers de

l'exposition au soleil et aux rayons UV et à souligner ses conséquences néfastes (cancer de la peau et vieillissement prématuré de la peau).

A partir de ce moment, les pratiques vont évoluer et le standard de beauté « être bronzé » entre dans une nouvelle phase de transformation.

Figure II.2. Un exemple de standards de beauté : Rubby et Barbie



A côté de ces standards de beauté, coexistent également toute une série de messages paradoxaux quant au corps biologique et socialisé. D'un côté, la promotion de la santé et les campagnes de prévention mettent en avant le souci de la responsabilité individuelle dans le prendre soin de son corps alors que, de l'autre, apparaissent ponctuellement dans nos villes des panneaux publicitaires vantant les mérites de tel ou tel pilule reconstituante qui aident à surmonter la fatigue des nuits de fêtes.

Rubby et Barbie. Rubby est une poupée dont les mensurations sont les mensurations moyennes des femmes dans le monde. Elle était promue par une firme spécialisée dans les cosmétiques et le bien-être.

Aujourd'hui, le corps est devenu dans nos sociétés occidentales un des centres principaux de l'affirmation existentielle de l'individu : limite ultime de l'être humain qu'il convient de mettre en scène et de contrôler au maximum, marqueur indiscutable de l'emprise que l'être humain exerce sur sa propre finitude corporelle. La pratique du piercing et du tatouage, dont l'usage tend à se généraliser, en est une belle illustration. Ainsi l'anthropologue français David Le Breton (2002 :19) écrit : « *De pratique marginale et stigmatisante, le tatouage devient peu à peu une pratique valorisée et revendiquée comme artistique. Elle touche l'ensemble des classes sociales, elle n'épargne pas les femmes qui y recourent de plus en plus. Les tatouages ou les piercings sont devenus d'insupportables accessoires de beauté, une parure définitive qui contribue à l'affirmation du sentiment d'identité, à la mise en scène de soi* ».¹⁹

Les frontières du corps

Il convient de se référer à un autre élément relatif au corps biologique et socialisé. Il a trait à ce que dans chaque société, l'on appelle des « peaux symboliques ». Cette notion renvoie au fait que chaque être humain, en fonction de sa position sociale et de sa culture, délimite des sphères (bulles)

¹⁹ David Le Breton, Signes d'identité. Tatouages, piercings et autres marques corporelles, Éditions Métailié, Paris, 2002. Déjà en 1966, Georges Canguilhem (2009 :133), médecin et philosophe, écrivait : « *L'homme ayant prolongé ses organes par des outils, ne voit dans son corps que le moyen de tous les moyens d'action possibles. C'est donc au-delà du corps qu'il faut regarder pour apprécier ce qui est normal ou pathologique pour ce corps même* ».

d'interactions avec les autres. Autrement dit, chaque être humain a autour de lui une zone émotionnellement forte ou encore un périmètre de sécurité individuel.

C'est l'anthropologue américain Edward Hall (1914-2009) qui le premier a systématisé l'existence de ces distances (intime, personnelle, sociale et publique) entre les êtres humains ainsi que leurs variations d'une société à l'autre (Tableau II.1). Etre au courant de leur existence est important pour un professionnel de la santé car les méconnaître peut avoir des conséquences négatives sur l'interaction soignant/soigné, le soigné considérant le soignant comme intrusif. De plus la pratique d'exams médicaux peut complètement remettre en cause la frontière extérieure du corps qu'il s'agisse de ceux propres à certaines spécialités (gynécologie) ou de certaines techniques (endoscopie).

Tableau II.1. Distances dans les relations avec le patient, dans les relations entre professionnel.

Distances	Zone publique > 3 m : relation officielle	Zone sociale de 1 m 20 à 3 m : relation courante	Zone personnelle de 60 cm à 1 m 20 : Relation conviviale	Zone intime moins de 60 cm : relation intime
Relation avec le patient		Entretien avec le patient	Auscultation	Palpation
Relations entre professionnels	Présentation à un auditoire (conférence)	Réunion d'équipe	Conversation avec un collègue	Confidence à voix basse
	Nb : distances établies par Hall à partir d'observation en Amérique du Nord, elles sont légèrement inférieures pour la France.			

A l'opposé de cette vision individualiste du corps, on trouve des exemples où la frontière du corps est éminemment collective. Ainsi pour les Rom (gens du voyage), lorsqu'un des membres de la famille est malade, toute la famille accompagne le malade à l'hôpital.

Les structures internes du corps

Le plus souvent, les personnes ignorent en partie le schéma corporel de leur propre corps. Or, celui-ci est important car il influence la perception et la représentation que les personnes ont de leurs symptômes de douleurs corporelles. De nombreuses études tendent à montrer que la connaissance que les êtres humains ont de la localisation des organes internes est non seulement très variable mais aussi fort lacunaire. La Figure II.3 reprenant les différentes localisations de l'estomac et des intestins que des patients ont donnés en est une belle illustration²⁰.

²⁰ Charles Murray Boyle, Difference between Patients' and Doctors' Interpretation of Some Common Medical Terms, British Medical Journal, 1970, 2, 286-289.

Figure II.3. Localisation des organes par des non professionnels de la santé

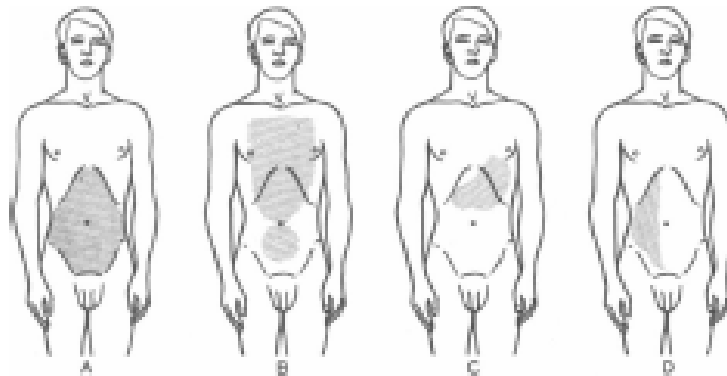


FIG. 4.—Distribution of positions of the stomach. A, 67 patients (58.8%), no doctors. B, 22 patients (19.3%), no doctors. C, 23 patients (20.2%), 35 doctors (100%) χ^2 43.21; D.F. 1; $P < 0.0005$ (doctors > patients). D, 2 patients (1.8%), no doctors.

Le fonctionnement du corps

Les représentations sur le fonctionnement du corps sont encore peut être plus significatives de la façon dont elles affectent le comportement des personnes. Généralement, ces représentations ont à voir avec un ou plusieurs des aspects suivants du corps: ses travaux internes, l'effet de ceux –ci sur l'alimentation, l'environnement et les autres influences extérieures, la nature et la disposition des sous produits du fonctionnement du corps tels que les selles, l'urine ou le sang menstruel. Au cours de l'histoire, différentes façons d'expliquer ce fonctionnement ont vu le jour. Nous reprenons ci-dessous quelques-unes d'entre elles (ce point sera repris avec plus de développement dans le sous chapitre suivant)

- Equilibre/déséquilibre

Figure II.4. Affiche du salon du bien être Toulouse 2009

14 et 15 Mars 2009
Parc des Expositions de Toulouse

En vivant en harmonie avec la nature et en respectant ce qui nous entoure, nous contribuons à améliorer notre bien-être ; c'est pourquoi le salon du bien-être se déroulera en même temps que le [salon de la nature et de l'environnement](#).

Un environnement sain pour le bien-être au quotidien

Dans un environnement où les gens sont de plus en plus pressés et stressés, prendre soin de soi, penser à son équilibre, soigner son épanouissement, en un mot cultiver son bien-être est devenu aujourd'hui une des principales préoccupations des Français. Un bien-être qui peut être physique, moral ou social.

Dans ce type de théories physiologiques, le travail sain du corps est conçu comme dépendant de l'équilibre harmonieux entre deux ou plusieurs éléments ou forces qui se trouvent à l'intérieur du corps. Mais, dans le même temps, cet équilibre dépend aussi, jusqu'à un certain point, de forces extérieures (telles que l'alimentation, l'environnement, ou des agents supra naturels) et de faiblesses héritées ou de traits de caractère. Parmi ce type de théories, une se dégage : la théorie humorale d'Hippocrate. Bien que cette théorie humorale ait disparue de la médecine moderne, on constate cependant une survivance de celle-ci dans les expressions du langage quotidien comme par exemple *manger équilibré, c'est une personne bien équilibrée, toute chose en proportion,...*

- Le modèle « plombier » du corps

Ce modèle du corps est en lien avec certains aspects physiologiques du corps : les systèmes respiratoire, cardiovasculaire, gastro-intestinal, génital. Prenons comme exemple le système gastro-intestinal, certaines personnes, lorsqu'elles sont constipées tendent à prendre des laxatifs afin de « déboucher » les canalisations intestinales. On pourrait également mentionner les descriptions des calculs rénaux ou encore les analogies avec les robinets qui gouttent lorsque l'on évoque les symptômes débutant, chez l'homme, d'une hypertrophie de la prostate.

- Le corps en tant que machine

Le corps et plus particulièrement la contraction musculaire est facilement conceptualisé comme un moteur à combustion interne. Aujourd'hui, la métaphore qui a aussi cours est celle du cerveau comme ordinateur.²¹ Ces représentations physiologiques et biologiques se retrouvent tant dans le chef des professionnels de la santé que des patients mais avec des significations bien différentes. Par exemple, dans le chef des professionnels de la santé, la métaphore du moteur à combustion explique comment les cellules fonctionnent alors que pour le patient, cela peut signifier qu'il faut ingérer plus de calories si l'on pratique un exercice physique.

Figure II.5. Représentations « plombier » et mécaniques du corps



<http://pedagogie.ac-amiens.fr/portugais/Pages/BD/Medecin/Medecin.htm>

Cette planche de Quino, illustre parfaitement les représentations « plombier » et mécaniques du corps dans le dialogue entre le médecin et son patient.

²¹ Les sociologues Anne – Marie Barry et Chris Yuill (Understanding the sociology of health. An introduction, second edition, London, Sage Publication, 2010, p.31) écrivent à ce propos: « *The initial focus on the body shaped the future development of medicine. Biological systems, and particularly their failures, became the dominant perspective of medicine over more holistic accounts of the causes and cures of illness. This has seen medicine favoring a mechanical metaphor of the body, with technology and science as being the best (if not the only) ways to tear illness* ».

E. Les temps du corps

Le corps humain existe aussi dans le temps, à la fois le temps qui s'écoule entre la naissance et la mort, et les différents temps sociétaux. En d'autres termes, parallèlement aux cycles de vie, d'autres phénomènes de temporalité se superposent à cette évolution. Ceux-ci peuvent influencer non seulement le comportement et les perceptions de l'être humain mais aussi sa santé mentale et physique. Il existe une diversité de temporalités, et parmi celles-ci, pointons :

- le temps médical, l'évolution pathologique de la maladie;
- le temps étudiant, la période des examens et du stress qu'elle peut ou non entraîner ;
- le temps religieux et les prescriptions qu'il peut signifier en termes d'alimentation (le carême, le ramadan,...) ;
- le temps des relations sociales et son influence sur le comportement (anniversaire de la mort d'un proche) ;
- le temps d'une renaissance symbolique, l'accouchement peut être l'un des moments forts du vécu de femmes, du couple ;
- le temps professionnel, celui des cadences dictées par les horaires de travail

F. Le corps handicapé

Ces changements intervenus dans l'image du corps peuvent s'avérer, dans le cas de maladies sévères, quelque chose de très stigmatisant pour le malade. Ainsi, le malade qui se remet d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Une fois passée la phase initiale de stupeur et de déprime (Comment cela m'est-il arrivé ? Pourquoi moi ?), si le malade expérimente, lors de la phase de rééducation, des difficultés à maîtriser ou à soigner son handicap, il peut les interpréter comme autant de signes de faiblesse morale, d'échec personnel ou de perte de contrôle. Ce type d'interprétation est d'autant accentué dans un contexte sociétal qui proclame haut et fort que l'individu peut arriver, par le biais de l'entraînement et de la persévérance, à renverser les conséquences de la maladie, autrement dit, à contrôler la nature.

Dans ce type d'accident de santé (AVC), le corps socialisé est profondément transformé. Cependant, il faut souligner que la perte de capacité qui peut en découler, ne plus pouvoir accéder à tous les espaces de vie sociale (et notamment ceux qui nécessitent d'emprunter un escalier), n'est pas propre à ce genre de pathologie. La vieillesse est un autre exemple de perte progressive de capacité auquel l'individu doit faire face et apprendre à gérer le changement qui a lieu tant dans son corps biologique que socialisé.

- Capacité versus déficience

A partir de l'opposition corps capable (capacité)/corps déficient (déficience), les anthropologues ont montré combien les définitions varient largement d'un groupe culturel et social à l'autre et combien les sens que chaque groupe culturel et social attribue à ces définitions sont fluides.

Que cette opposition capacité/déficience porte sur le corps biologique ou le corps socialisé, elle fait l'objet de classifications (normes sociales et juridiques) régies par des institutions. Par exemple, en région wallonne, l'AWIPH (Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées) définit le handicap comme "Toute personne mineure ou majeure présentant une limitation importante de ses capacités d'intégration sociale ou professionnelle suite à une altération de ses facultés mentales,

sensorielles ou physiques qui engendre la nécessité d'une intervention de la société"²². Autre définition de handicap, celle en vigueur dans le cadre de la législation Inami sur l'incapacité de travail et l'octroi d'un revenu de remplacement : « L'allocation de remplacement de revenus est accordée à la personne handicapée dont l'état physique ou psychique a réduit la capacité de gain à un tiers ou moins de ce qu'une personne valide est en mesure de gagner en exerçant une profession sur le marché général du travail ».²³

D'un point de vue anthropologique ce qui est intéressant de sonder, ce sont les représentations sociales : comment les gens (qu'ils soient ou non handicapés) interprètent et réagissent à ces classifications ? Ainsi, la notion de syndrome bipolaire²⁴ s'inscrit à la frontière du corps biologique et social dans la mesure où elle n'est pas perceptible au regard extérieur (absence de marquage corporel visible) mais bien dans le quotidien des interactions sociales. Il en va de même pour les personnes porteuses d'un appareil dentaire : la déficience est cachée, le corps socialisé (avoir une belle bouche) est tout à fait préservé. Ce n'est que par des relations sociales plus suivies, teintées de confiance, que cette déficience sera ou non verbalisée.

Le handicap est ainsi en partie le résultat d'une construction sociale. Autrement dit, l'état de handicapé est déterminé par les sens que la société lui attribue (le port d'un appareil dentaire n'est pas vu comme un obstacle à l'intégration sociale), et l'état de dépendance qu'il impose souvent (prise de médicament chez les personnes bipolaires).

- Handicap et stigmatisme²⁵

Sans entrer trop dans la notion de stigmatisme qui fera l'objet d'un paragraphe à part au chapitre suivant, soulignons simplement ici qu'un individu ayant un handicap physique peut être perçu par les autres comme différent alors que lui-même ne se perçoit pas comme tel. En outre, cette différence peut également dépendre de divers facteurs tels que: le type de déficience, la position socio-économique de la personne et de sa famille vis-à-vis de la société, les types de rééducation et de traitement disponibles, le niveau de technologie et d'organisation sociale de la société elle-même.

Notons aussi que certaines sociétés valorisent positivement des handicaps. Ainsi, dans certaines régions africaines, les aveugles sont considérés comme des personnes investies de certains pouvoirs, pouvoirs qui leur confèrent un respect reconnu au sein du groupe. Plus proche de notre société, nous retrouvons ce phénomène dans la communauté des personnes sourdes pour qui le fait d'être né sourd n'est pas considéré comme un handicap mais plus comme un marqueur d'identité groupale. Il est intéressant de remarquer également l'évolution dans la société belge du regard porté sur le handicap : l'attention croissante accordée par la population et les médias à l'opération Cap48 ou le succès médiatique, en 2012, des Jeux paralympiques qui ont suivi à Londres les Jeux olympiques pour athlètes valides témoignent de changements significatifs allant dans le sens de la valorisation de ces personnes moins valides.

²² Article 2 du décret du 6 avril 1995 définissant la personne handicapée, voir http://www.awiph.be/AWIPH/handicap_Belgique/decret_6_avril_1995/index.html

²³ http://handicap.fgov.be/fr/vos_droits/alloc_ph/arr.htm.

²⁴ Syndrome bipolaire : affection psychique anciennement dénommé syndrome maniaco-dépressif.

²⁵ Stigmatisme est utilisé ici dans un sens sociologique et non médical. En sociologie, une personne stigmatisée est une personne dont l'identité est perçue par les autres comme s'écartant des normes existantes.

En résumé, comme on vient de l'entrevoir, la catégorie « handicapé » n'est pas fixée une fois pour toute. Au contraire, c'est une catégorie complexe et variable dont la définition dépend du contexte historique, social, culturel, économique et politique pris en compte.

Pourquoi parle-t-on de culture médicalisée ?

Du corps composite au « cyborg »²⁶

Les avancées récentes dans les sociétés industrielles tant dans le traitement médical que dans la technologie du diagnostic (la télémédecine, l'imagerie par résonance magnétique, la dialyse, les procréations médicalement assistées (PMA)...) donnent lieu à de nouvelles conceptions du corps humain.²⁷ Celles-ci altèrent, parfois radicalement, les manières dont le corps biologique et social est conçu non seulement par les professionnels de la santé mais aussi par la majorité du public « profane ». Cette altération est très visible dans le cas des transplantations d'organe et surtout de l'utilisation – de plus en plus banalisée dans nos sociétés industrielles - de prothèses en tout genre : hanches, genou, cristallin artificiel, implant dentaire,

Va-t-on assister, dans un futur proche, à la banalisation des capteurs sensoriels connectés au cerveau, capteurs qui permettent non seulement d'activer une main mécanique mais aussi de redonner au patient des sensations tactiles ? Parallèlement, une autre figure, celle du corps virtuel est en train de faire son entrée dans le monde des professionnels de la santé : le robot chirurgical (Da Vinci Surgical System) en est l'illustration.

G. Le corps médicalisé : réductionnisme

Dans une société où la performance et la compétence constituent les lignes directrices de nos existences, les cycles de vie tendent à perdre leurs caractères de naturalité pour rejoindre les rives de ce que l'on définit comme pathologique. Ainsi en va-t-il de la grossesse, de la vieillesse et même de la mort. On assiste donc à une transformation radicale de perspective sur le corps et les cycles de vie qui se traduit, entre autres, par une médicalisation (diagnostic plus fréquent – échographie, amniocentèse, ...-, recours au médicament) accrue du champ de la santé.

Dans le même temps, cette médicalisation suscite une remobilisation de l'éthique. Comme l'exprime, de façon plus générale, la chercheuse féministe Wendy Harcourt (2009 :188) « ... *il est fondamental d'analyser de plus près les conséquences politiques, éthiques et culturelles de la biotechnologie* ». Notre société industrielle questionne l'éthique au centre de ces mutations biologiques et sociales car l'incidence de celles-ci ne s'arrête pas aux frontières de l'image du corps. Non seulement, cette médicalisation affecte les représentations et vécus des cycles de vie (naissance, développement de l'enfant, accouchement, ménopause, vieillesse, mort) mais elle participe également à la médicalisation des symptômes (tel que le mal de dos, la douleur, la tristesse,...).²⁸

²⁶ Le concept de cyborg tente de capter jusqu'à quel point les développements technologiques avancés ont effacé les frontières entre, d'une part, les corps humains « naturels » et, de l'autre, les corps humains « artificiels, fabriqués et automatisés ». Jane Pilcher & Imelda Whelehan (2009 :20-24).

²⁷ Pour une vision d'ensemble des relations entre bio - technologie/corps/économie, se reporter au chapitre 6 du livre déjà cité de Wendy Harcourt (2009 : 162-195).

²⁸ Voir Keith Tones and Jackie Green, Health promotion. Planning and strategies, London, Sage Publication, 2006, p.21.

Le changement dans le vécu des cycles de vie peut donner lieu à des visions tout à fait opposées : d'un côté, report toujours plus en avant des limites de la vieillesse (acharnement thérapeutique), de l'autre, absolutisme de la décision individuelle dans l'arrêt de la vie (euthanasie annoncée).

Etude de cas : médicalisation et enfants dans la société Nord américaine

L'été a passé à s'habituer à la vaste gamme de médicaments qui étaient administrés aux enfants (stimulants, stabilisateurs d'humeur, antidépresseur Lexapro, Adderall pour l'hyperactivité ou le déficit d'attention, et divers anticonvulsifs et antipsychotiques avaient été prescrits).

[...]

Ces parents étaient des scientifiques et ils n'élevaient pas leurs enfants instinctivement – chacun avaient lu un livre ou vu une vidéo ou surfé sur le Net pour se faire une idée de ce qu'il fallait faire. J'ai entendu le mot « portail » utilisé métaphoriquement pour « école maternelle » et il y avait des enfants de cinq ans qui avaient des gardes du corps (la fille d'Adam Gardner). Il y avait des enfants au bord de l'évanouissement à cause de la pression subie en cours élémentaires et qui suivaient des thérapies parallèles, et il y avait des enfants de dix ans qui souffraient de désordres alimentaires provoqués par des représentations irréalistes de leur corps. Il y avait des listes d'attentes remplies de nom d'enfants de neuf ans pour des séances d'acupuncture du Dr. Wolper. J'ai découvert qu'un des enfants de la classe de Robby avait avalé le contenu d'une bouteille de Clorox. Et puis on a parlé de supprimer les pâtes dans les menus des déjeuners à la cantine, du nutritionniste qui avait fait office de traiteur pour la bar-mitva, et des cours de Pilates pour les enfants de deux ans, la petite fille de huit ans qui a besoin d'un soutien-gorge de sport, le petit garçon qui tire sur la jupe de sa mère dans le supermarché de luxe pour demander, « il y a des hydrates de carbone dedans ? » Une conversation a démarré sur le lien entre la difficulté de respirer et les produits laitiers.

Bret Easton Ellis, *Lunar Park*, Pocket, Paris, 2007, p. 52 et 216

H. Synthèse

L'image du corps se révèle être une porte d'entrée intéressante pour une première approche à la perspective du système de référence profane.²⁹ Autrement dit, cette notion permet de prendre conscience de l'existence d'une série de représentations propres à divers groupes sociaux et culturels inscrits dans un temps et un espace déterminés. Ces différentes représentations peuvent se résumer de la manière suivante :

²⁹ Le sociologue américain Eliot Freidson dans un article publié en 1960 (Client control and medical practice, *The American journal of sociology*, vol. 65, n°4, 1960, pp. 374-382) définit le système de référence profane comme une culture profane variable et un réseau d'influence personnelle à l'intérieur desquels le patient entame son parcours qui le mènera ensuite au praticien. Ce système s'oppose au système de référence professionnelle des institutions et de la culture médicale.

- les représentations sur la taille et la forme nous rappellent que l'image du corps est en lien tant avec le corps biologique qu'avec le corps social et que, dans certains cas (par exemple les standards de beauté), corps social et corps biologique sont très imbriqués ;
- les représentations sur les frontières du corps attirent notre attention sur le fait que dans les interactions entre personnes, il y a des distances physiques qu'il convient de respecter au risque de paraître trop intrusif ;
- les représentations sur les structures internes du corps nous enseignent que la connaissance de l'emplacement des organes du corps varie tant en intensité qu'en exactitude ;
- les représentations sur le fonctionnement du corps nous introduisent aux différentes explications et analogies qui sont véhiculées sur la manière de se représenter l'image du corps à travers les âges et les régions géographiques ;
- les temporalités sociales (professionnelle, étudiante, religieuse,...) dans lesquelles nous sommes immergés mobilisent non seulement des représentations et des perceptions spécifiques mais aussi des comportements correspondants.
- enfin, le corps déficient nous incite à relativiser ce que la notion handicap signifie. En effet, celle-ci fluctue grandement d'un groupe social et culturel à l'autre, d'un espace géographique à l'autre et d'un moment historique à un autre.

En ce début du 21^e siècle, on assiste à une médicalisation accrue du corps. Aujourd'hui, les cycles de vie perdent leur caractère de « naturalité » pour s'engouffrer de plein pied dans le registre médical du normal et de l'anormal.³⁰ Plus que jamais, l'image du corps qui prédomine dans la société occidentale est celle du corps médicalisé.

I. Utilité pour le futur professionnel

Dans la relation qui lie le patient au professionnel de santé, il est important pour ce dernier de percevoir le premier comme un être humain à la fois physique et social. Tous les éléments qui viennent d'être passés en revue convergent vers ce même enseignement : il est primordial que le futur professionnel de la santé soit capable d'appréhender l'être humain dans sa globalité et soit en condition d'être à l'écoute du savoir que le patient a de son propre corps, des représentations acquises par son inscription à un groupe social et culturel précis. Formulé autrement, le futur professionnel de santé doit faire attention à ce qui paraît évident et familier. Cela ne relève pas uniquement de l'humanité dont tout un chacun doit faire preuve mais aussi de la qualité et de l'efficacité des soins que le professionnel de santé pourra ou non délivrer à la personne en souffrance.

³⁰ Concernant l'assimilation de la vieillesse à un état pathologique, voir Marie Garrau, Alice Le Goff, Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du care, Paris, Presse Universitaire de France, 2010, pp. 21-26.

2.1.2. Qu'est-ce que la maladie ?

« De part son enracinement dans un corps souffrant, et parce qu'elle menace l'intégrité et la pérennité tant de la personne que du corps social, la maladie est un évènement qui a la particularité de mobiliser une forte charge affective et d'activer des processus sociaux souvent complexes». ³¹

A. Les représentations et les explications culturelles

La maladie ne se résume pas à un ensemble de phénomènes physiques ou psychiques anormaux que le professionnel de la santé se doit d'interpréter et de soigner. Elle est aussi un phénomène culturel dans le sens où elle fait l'objet de représentations qui varient avec le temps, avec les cultures et les classes sociales.

La représentation sociale est définie, en suivant la sociologue française Jodelet (1989 :53), comme « ...une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social »³². Dans le domaine de la maladie, les représentations qui se développent dans la société tentent de répondre à deux questions fondamentales que tout le monde se pose et auxquelles les connaissances de type scientifique ne réussissent pas souvent à donner une réponse satisfaisante : « Pourquoi tombe-t-on malade ? Pourquoi cette maladie me touche-t-elle justement moi ? ». Face à ces questions, la représentation médicale de la maladie s'est développée, basée bien sûr sur les connaissances scientifiques des professionnels de santé mais aussi sur leurs convictions et croyances.

Dans notre société, c'est la médecine, en effet, qui a pour fonction de déterminer ce qui constitue une maladie ou non. De son côté, le profane, non-professionnel de la santé, a sa propre représentation et vit sa maladie essentiellement comme un événement qui modifie et menace, parfois irrémédiablement, sa vie personnelle, son insertion sociale et le sens de son existence.

Cependant, il n'est pas possible de tracer une frontière nette et claire entre représentations sociales et savoir scientifique même chez le professionnel de santé car, comme le met en évidence l'anthropologue français Laplantine (1997), le savoir scientifique du médecin n'est jamais « indemne de représentations ». ³³

En recourant à une analyse qui mobilise différentes sources d'informations (l'histoire de la médecine, les entretiens avec des malades et des médecins, la littérature médicale à destination du grand public, les textes littéraires), cet auteur dégage l'existence de différents modèles étiologiques (soit des modèles d'explication sur les origines des maladies) qu'il présente comme étant inconscients et

³¹ Meyer F., *Maladie* in Bonte Pierre et Izard Michel, *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. PUF, 1991, p. 438.

³² Autre définition classique des représentations sociales, celles de Farr et Moscovici (1984) (dans PETRILLO G. (dir. De) (2000), *Santé et société. La santé et la maladie comme phénomènes sociaux*, Lausanne –Paris : Delachaux et Niestlé, p. 26) : « des univers symboliques socialement partagés ».

³³ Dans les mots de Laplantine (1997:110) «*Les représentations dominantes de la médecine contemporaine ne sont pas sensiblement distinctes des représentations populaires* ».

ne se superposant pas avec les interprétations de la maladie et de la guérison que chaque groupe social et culturel se construit.³⁴

Il propose ainsi quatre groupes de modèles étiologiques, chacun de ces modèles s'organisant par paires contrastées :

1 — ontologique/relationnel³⁵

Le modèle ontologique³⁶ affirme l'existence de la maladie : il la situe dans le corps, il la nomme, l'isole. Pour ce faire, il travaille sur des données scientifiques (tension artérielle, taux d'hémoglobine,...)³⁷. Quant au modèle relationnel, il met en avant le jeu de relations (d'équilibre, d'harmonie, de rupture) entre deux ou plusieurs termes, par exemple les théories humorales.

2 — exogène/endoène

Dans le modèle exogène, la maladie est conçue comme un accident qui provient de l'action d'un élément étranger venant du dehors et qui s'empare du malade. Cet élément ou agent extérieur peut être réel (par exemple un microbe, un virus, la pollution) comme il peut être symbolique, c'est-à-dire le fait d'un phénomène culturel ou social (mode de vie, pression sociale, financière, ...). Pour ce qui est du modèle endogène, il situe l'origine de la maladie à l'intérieur du sujet et insiste, entre autres, sur sa constitution, son tempérament, son hérédité,...

3 — additif/soustractif³⁸

Le modèle additif décrit souvent la maladie comme une présence ennemie qu'il importe de juguler. Cette représentation « additive » de la maladie s'inscrit dans la continuité des croyances sur la sorcellerie ou encore des pratiques magiques qui font pénétrer le mal dans le sujet. A contrario, dans le modèle soustractif, le malade souffre d'avoir quelque chose en moins, quelque chose qui s'est échappé de lui.

4 — maléfique/bénéfique³⁹

34 Ainsi, il écrit : « *Les modèles que nous allons proposer doivent être pris pour ce qu'ils sont : des constructions théoriques à caractère opératoire, c'est-à-dire des hypothèses de la recherche élaborées à partir d'une rupture épistémologique par rapport à ce qui est vécu, et qui ne peuvent donc se substituer à la réalité empirique puisqu'ils ont précisément pour but de penser cette dernière et en particulier de mettre en évidence ce qu'elle ne dit pas* ». (1997:38)

35 Laplantine (1997 :55) écrit « *qu'il est possible de repérer deux grandes tendances : les médecines centrées sur la maladie et dont les systèmes de représentations sont commandées par un modèle ontologique de nature le plus souvent physique ; les médecines centrées sur l'homme malade et dont les systèmes de représentations sont commandés par un modèle relationnel qui peut être pensé en termes physiologique, psychologique, cosmologique ou social* ». Voir également Georges Canguilhem (2009 :12-13).

36 En philosophie, l'ontologie est l'étude de l'être en tant qu'être.

37 Georges Canguilhem (2009 :40) l'exprime en ces termes : « *Et le problème est le suivant : le concept de maladie est-il le concept d'une réalité objective accessible à la connaissance scientifique quantitative ?* ».

38 Dans les mots de Laplantine (1997 :108) « *Nous rencontrons le premier modèle dans les représentations dominantes du christianisme (la maladie comme conséquence du péché) ou encore dans celles qui interprètent l'expérience pathologique en termes d'intrusion d'un objet dans le corps (...) la maladie est toujours appréciée comme une positivité ennemie. Dans le second, au contraire, le malade souffre de quelque chose en moins qui s'est échappé de lui (croyance dans la perte de l'âme) ou qu'il lui a été soustrait, donc d'un manque, d'une négativité...* » (1997:108)

La maladie est souvent associée au non sens, à l'injustifiable. Autrement dit, elle est perçue comme essentiellement négative. Face à elle, le patient peut s'y soumettre, la rejeter, la maudire et/ou se révolter. Mais la maladie peut parfois être aussi vécue comme bénéfique, celle-ci pouvant être vécue comme une épreuve qui pousse au dépassement de soi-même.

Dans la médecine enseignée à l'époque contemporaine, les modèles cohabitent. Certains sont prépondérants dans une spécialité et peu abordés dans une autre. De la même façon, ces différents modèles coexistent dans les représentations des personnes.

B. « Disease » : une perspective médicale

Les professionnels de la santé qui pratiquent la médecine moderne forment un groupe qui partage un ensemble de choses qui leurs sont propres : des théories de la maladie, des valeurs et une organisation hiérarchisée de rôles spécifiques. C'est en ce sens qu'il est possible de parler de la médecine comme étant une culture à part entière⁴⁰ « guérissante » avec ses visions du monde particulières. Pour accéder aux professions médicale et paramédicale, les étudiants inscrits à la faculté de médecine reçoivent une sorte d'enculturation par laquelle ils acquièrent progressivement une perspective sur la santé et la maladie qu'ils garderont tout au long de leur vie professionnelle.

Dans ce qui suit, nous reprenons quelques unes des prémisses principales constitutives des perspectives des sciences médicales.

- Humanisme

Depuis l'apparition et le développement des organisations sociales et économiques qui marquent les débuts de l'histoire des civilisations, l'humanisme est au centre de l'approche médicale. Exprimé autrement, l'objectif principal de l'approche médicale est de traiter la maladie, d'augmenter le bien être humain et d'apaiser, par tous les moyens à sa disposition, la douleur et la souffrance humaine. Afin d'atteindre ses objectifs principaux, la médecine moderne est axée sur la rationalité scientifique.

- Rationalité scientifique

Selon ce type de rationalité, toutes les propositions et hypothèses doivent pouvoir être testées et vérifiées à partir de conditions objectives, empiriques et contrôlées. Les phénomènes liés à la santé et à la maladie ne deviennent « réels » que lorsqu'ils sont observés objectivement et mesurés selon ces conditions.

- Objectivité et mesures

Ce n'est que quand les phénomènes sont observés et quantifiés qu'ils deviennent des « données » cliniques dont il convient de découvrir les causes et les effets. Toutes les « données » cliniques ayant

³⁹ Laplantine (1997 :116) exprime à ce sujet : « ...il est toujours possible de repérer deux pôles extrêmes des représentations étiologiques : des compréhensions commandées par la primauté de la maladie comme situation négative, voire totalement négative (comme dans le segment médical dominant notre culture) ; des compréhensions – beaucoup plus rares – commandées par la primauté de la maladie comme expérience positive ».

⁴⁰ Le terme exact serait le terme anglais de *subculture* soit celle d'un groupe culturel précis, partie d'une culture plus globale. Ce groupe peut avoir des croyances ou des intérêts différents de ceux de la culture globale dans laquelle elle s'insère (Oxford Dictionary, p. 1758).

une cause, la tâche du clinicien est de découvrir la chaîne logique des influences causales qui conduisent à telle ou telle « donnée » particulière. Par exemple un des signes de l'anémie, la déficience en fer peut provenir d'une perte de sang, celle-ci à son tour peut être le résultat d'un ulcère de l'estomac qui saigne, celui-ci ayant lui-même pu être favorisé par la présence d'un microbe, l'*Helicobacter pylori*, qui colonise la muqueuse de l'estomac.

Le phénomène qui ne peut pas être objectivement observé ou mesuré est perçu d'une certaine façon comme moins réel que, par exemple, la tension artérielle qui, elle, est mesurée et fait l'objet d'un consensus entre plusieurs observateurs. La tension artérielle constitue ainsi bel et bien une « donnée » clinique qui servira de base au diagnostic et au traitement.

Les « données cliniques » proviennent donc d'un consensus entre observateurs dont les mesures sont réalisées selon des procédures agréées. Ce sont les hypothèses qui sous tendent ces procédures agréées déterminant quels phénomènes doivent être recherchés et comment ils doivent être vérifiés et mesurés qui constituent le socle de ce que l'on appelle un modèle conceptuel.

De manière générale, le modèle conceptuel de la médecine moderne a comme principal objet la découverte et la quantification des informations physiologiques et chimiques concernant le corps du patient plutôt que des informations moins mesurables telles que les facteurs sociaux et émotionnels du patient.⁴¹

C'est ainsi que les symptômes subjectifs deviennent plus « réels » quand ils peuvent être expliqués par des changements objectifs, physiques. De ce point de vue, la tâche critique du praticien consiste alors à décoder le discours du patient en reliant les symptômes à leurs référents biologiques afin de diagnostiquer une entité malade. Parallèlement, la médecine moderne s'appuie de plus en plus sur des technologies de diagnostic pour collecter et mesurer des « données cliniques ».

Ce fait est en lui-même significatif et révélateur du glissement du subjectif (les dires et symptômes subjectifs du patient, l'interprétation subjective du praticien des signes physiques) vers des formes notionnellement objectives de diagnostic (prise de sang, rayons X, scanner, ...).

La santé ou la normalité sont définies en référence à certains paramètres tels que le poids, la taille, la circonférence, le niveau d'hémoglobine, d'électrolytes, d'hormones ou encore la tension artérielle. Pour chacune de ces mesures, il y a un rang numérique – la valeur normale - . Par conséquent, la maladie est perçue comme une déviance par rapport à ces valeurs normales.

Ce modèle conceptuel de la médecine moderne participe ainsi à une définition médicale de la santé et de la maladie qui est largement basée sur les changements physiques objectivement démontrables dans la structure ou fonction du corps; changements qu'il est possible de quantifier en référence à des mesures physiologiques « normales ».

- Dualisme

Dans cette perspective médicale, les maladies sont universelles dans leur forme, leur progrès et leur contenu. Cette perspective n'inclut donc pas les dimensions sociales, culturelles et psychologiques de

⁴¹ Selon Kleinman et ses collègues, la perception que les médecins occidentaux ont de la réalité clinique « *asumes that biologic concerns are more basic, « real », clinically significant, and interesting than psychological and sociocultural issues* » (cité dans C. G. Helman 2007:122).

la maladie ni le contexte dans lequel elle apparaît. En d'autres termes, les facteurs tels que la personnalité, la religion, les croyances, le statut socio-économique du patient sont souvent considérés comme non pertinents pour élaborer le diagnostic ou prescrire le traitement. Cette vision concourt, d'une certaine manière, à accentuer le dualisme entre l'esprit et le corps car elle focalise l'approche du praticien sur l'identification des anomalies physiques en ignorant très souvent le patient et ses attributs en tant qu'être humain.⁴²

- Réductionnisme

Parallèlement à cet intérêt pour la quantification, la médecine moderne est aussi souvent très réductionniste dans son approche. En effet, la médecine moderne focalise surtout sur le patient individualisé plutôt que sur sa famille, sa communauté ou la société au sens large. En plus, dans certains cas, ce focus se déplace de l'individu pour se concentrer sur un organe malade en particulier, un système, un groupe de cellules ou encore une région à l'intérieur du corps (cf. voir le point Le corps médicalisé).

C. La perception de la douleur et des symptômes

Quelques expériences remarquables, décrites ci-après, ont montré à quel point tous les individus ne perçoivent pas la douleur ou d'autres symptômes de la même manière. En fait, l'interprétation donnée à une sensation inhabituelle (normal/anormal ou bénin/inquiétant) ainsi que la manière de répondre à cette sensation sont influencées, à la fois, par ce qui a été vécu, vu, entendu au cours de l'enfance au sein de la famille et par ce qui est vécu et observé au sein du groupe social de référence (classe sociale, groupe ethnique,...).

L'expérience de la douleur (Zborowski, 1952)

Reprenons la synthèse des sociologues Adam et Herzlich pour expliquer cette expérience célèbre que de nombreux auteurs ont utilisée dans leurs travaux :

" L'une des premières études ... est celle de M. Zborowski ... qui porte sur les composantes culturelles de l'expérience de la douleur dans trois groupes ethniques aux Etats-Unis : des Américains d'origine italienne, des Américains d'origine juive, des Américains issus de familles protestantes implantées de longue date aux Etats-Unis. Tandis que les Américains d'origine juive et italienne réagissent à la douleur de manière très émotionnelle et sont sensibles à des seuils de stimulation très bas, les Américains " de souche " tendent beaucoup plus à la minimiser. Zborowski analyse aussi la signification attachée à la douleur dans ces différents groupes. Pour les " Italiens ", l'expérience a surtout un sens immédiat, leurs plaintes sont très vives mais elles s'apaisent dès que la douleur cesse et celle-ci leur laisse peu de souvenirs. En revanche, les préoccupations des Américains d'origine juive concernent les conséquences à long terme. Leur anxiété est tournée vers l'avenir et elle ne s'efface pas lorsque la douleur a disparu. La même intensité de réaction dans ces deux groupes ne correspond pas à une même attitude face à l'expérience de la douleur. Quant aux Américains de souche, leur plus grand stoïcisme s'accompagne aussi d'une inquiétude centrée sur le futur. Leur attitude est également très pragmatique : ils acceptent mieux l'hospitalisation que les membres des autres groupes et pensent qu'il faut coopérer avec le personnel. " (Adam Ph., Herzlich C., 1994 : 58)

⁴² Pour une approche globale de la problématique dualiste (dissociation corps et esprit) d'un point de vue anthropologique et médical, se référer au livre de Dider Fassin et Dominique Memmi (sous la direction de), Le gouvernement des corps, Paris, Éditions de l'école des hautes études en sciences sociales, 2004 ; tout spécialement le premier chapitre Le gouvernement de la vie, mode d'emploi, pp. 9-33.

La discrimination des symptômes corporels (Zola, 1966)

L'expérience de Zborowski qui vient d'être décrite montre combien le modelage culturel des comportements et des attitudes face à la maladie et à la douleur est bien réel. L'expérience suivante, celle de Zola, a voulu comprendre pourquoi les réactions face à la douleur de ces trois groupes ethniques ont été si différentes.

La synthèse des principaux résultats de l'expérience de Zola est proposée par Adam et Herzlich à la suite de celle de Zborowski :

" Quelques années plus tard, une étude d'Irving Zola a montré, sur des groupes d'Américains d'origine italienne ou irlandaise, qu'on pouvait étendre cette analyse au problème global de la discrimination des symptômes corporels. L'auteur a étudié comment des patients décrivaient leurs symptômes au médecin dans le cadre de consultations de médecine générale, d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie et il a comparé très précisément l'expression des plaintes dans des couples de malades, l'un d'origine italienne, l'autre d'origine irlandaise, sur lesquels il avait été porté le même diagnostic. Les Irlandais indiquent plus souvent des localisations précises pour leurs symptômes, décrivent un dysfonctionnement circonscrit et minimisent leurs souffrances. Les Italiens se plaignent de symptômes plus nombreux mais ceux-ci sont plus diffus ; ils insistent sur la douleur ressentie et soulignent que leur humeur et leurs relations avec autrui sont perturbées. Ainsi, pour un même trouble visuel, à la question " De quoi souffrez-vous ? " un Américain d'origine irlandaise répond : " Je ne peux plus y voir pour enfiler une aiguille ni pour lire le journal " tandis que le malade d'origine italienne dit : " J'ai un mal de tête perpétuel, les yeux qui pleurent et qui deviennent rouges. " "
(Adam Ph., Herzlich C., 1994 : 59)

Après avoir mis en évidence ces variations systématiques de la perception et de la communication de l'état du corps, il faut chercher à interpréter ces données par des mécanismes d'interactions spécifiques entre l'appartenance à une culture particulière et la communication des " symptômes ". Voici quelques extraits du texte de Zola qui permettent de mieux comprendre le processus de modelage culturel de la maladie :

" En voulant expliquer l'interaction entre la culture et les symptômes, nous avons tout particulièrement insisté sur l'adéquation entre la réaction à certains états corporels et les valeurs dominantes. Des exemples empiriques ont été tirés, en grande partie, de données sur les rôles sociaux. Bien entendu, ces valeurs apparaissent à des niveaux bien plus généraux, tels que les sanctions formelles et informelles et les orientations culturelles envers les grands problèmes de l'existence. Une orientation envers un problème n'allant pas sans une préférence pour un type de solution, les valeurs d'une société peuvent également s'exprimer à travers le type de solutions préférées. [Or] nous soutenons que la maladie et son traitement est l'une de ces tensions quotidiennes, elle représente une situation chargée d'anxiété qui demande des mécanismes de défense ou de lutte. Dans ce raisonnement général, nous concluons alors que les modes irlandais et italiens de communiquer la maladie peuvent exprimer des valeurs majeures et les modes favoris de résolution des problèmes à l'intérieur des cultures de ces ethnies.

En ce qui concerne les Italiens, on pourrait expliquer le fait qu'ils présentent un si grand nombre de symptômes, qu'ils expriment des troubles concernant non seulement tout le corps mais aussi tous les aspects de l'existence, par leur goût pour la communication et leur expansivité si fréquemment notés dans les ouvrages de sociologie, d'histoire ou les romans.[...] Ainsi, cette exagération italienne des " symptômes " n'est-elle pas seulement une qualité d'expression mais peut-être un mécanisme plus général, leur manière propre de traiter les problèmes, un mécanisme de défense que l'on appelle la dramatisation. [...]

Mais si le mode de vie italien s'exprime au travers de ses « spectacles », celui des irlandais s'exprime par ses jeûnes. On dépeint leur vie comme une alternance de longues périodes de

routine pesante et d'épisodes de sauvage aventure [...] La vie est sombre et pénible et moins on en dit, mieux ça vaut : cette sentence exprime le mieux la manière dont les Irlandais traitent la maladie. [...] Le comportement de l'Irlandais dans la maladie est cohérent avec sa vision du monde et il contribue à la perpétuer. Ainsi, leur manière d'exposer leurs souffrances tout en ne faisant rien pour en faciliter le traitement a pour conséquence un état de souffrance continue et ainsi est-il prouvé que la vie est dure et pénible. "

(Herzlich C., 1970 : 27-41)

Ces quelques lignes nous montrent la complexité de l'interaction entre l'appartenance à un groupe culturel et social et les modes d'expression à propos des maladies corporelles. Dans ce qui suit, nous systématisons les informations mises en avant dans les exemples précédents.

Douleur et culture

Sous une forme ou une autre, la douleur fait partie de la vie quotidienne. Dans toutes les situations où la douleur peut surgir, que ce soit à la suite d'une carie dentaire, d'une entorse de cheville, d'une injection ou d'une opération chirurgicale, il y a plus que la composante neurophysiologique de la douleur. Il y a des facteurs sociaux, culturels et psychologiques associés qui doivent être pris en compte. Ainsi, on pourrait émettre les propositions suivantes :

- tous les groupes sociaux et culturels ne répondent pas de la même façon à la douleur ;
- la manière dont les gens perçoivent et répondent à la douleur, tant pour eux-mêmes que pour les autres, peut être influencée par leur vécu social et culturel ;
- le moment choisi et la manière de communiquer sur la douleur avec les professionnels de santé et d'autres personnes peuvent être aussi influencés par des facteurs sociaux et culturels.

Comportement de douleur

Du fait que la douleur est conçue comme une réaction biologique universelle à un type de stimuli spécifiques tel qu'un objet coupant ou des extrêmes de chaud et/ou de froid, elle est parfois considérée comme exempte de dimensions sociales et culturelles. Cependant, force est de constater que deux formes de réaction peuvent être différenciées quand il y a douleur :

- involontaire : une réaction réflexe telle que s'éloigner de l'objet brûlant ;
- volontaire : faire disparaître la source de la douleur en agissant pour traiter le symptôme (par exemple prendre une aspirine) ; demander à une autre personne de l'aide pour atténuer le symptôme.

Par conséquent, dans le cas de la réaction volontaire, on ne peut écarter le fait que des facteurs sociaux et culturels sont étroitement associés à la douleur. On trouve ainsi deux composantes dans la douleur : la sensation originale (celle ressentie par le patient; illness) et la réaction à la sensation (celle qui se forge dans l'interaction avec les autres personnes; sickness). C'est cette dernière qui est appelée « comportement de douleur ». Il inclut certains changements dans l'expression faciale (telle que grimace,...), dans le maintien corporel ou dans l'activité ou encore dans l'expression verbale (des bruits de la part de la personne qui éprouve la douleur, des mots pour exprimer la douleur ressentie, pour appeler à l'aide).

Mais il est également possible de manifester un comportement de douleur en l'absence d'un stimulus douloureux ou l'inverse. Afin de clarifier cela, il est d'usage de distinguer la douleur privée de la douleur publique.

Douleur privée

La douleur est une « donnée » privée, c'est-à-dire que si la personne qui la ressent ne communique pas vers l'extérieur, les personnes autour d'elle ne sont pas au courant. Cela est d'autant plus évident dans le cas où la douleur provient de l'intérieur du corps et n'est pas due à un accident. Dans ce cas, il peut être difficile pour la personne qui souffre d'exprimer sa douleur aux autres ou que les autres reconnaissent qu'elle souffre. Cela peut provoquer, chez la personne en souffrance, un sentiment d'isolement.

Des facteurs sociaux et culturels peuvent également intervenir dans la non extériorisation de la douleur ressentie. Prenons par exemple le cas de la construction identitaire masculine dite traditionnelle (et/ou hégémonique) en Amérique Centrale.⁴³ Dans les quartiers populaires des grandes villes, il n'est pas bien vu qu'un jeune garçon (et encore davantage un adulte) verbalise sa douleur. Le faire serait perçu par ses pairs comme un signe de faiblesse, un manque d'adhésion au modèle de l'être homme en vigueur dans cet environnement économique, social et culturel, ce qui, à terme, pourrait entraîner la mise à l'écart du jeune garçon par le groupe de pairs (Lancaster 1994, Gutmann 1996).

Douleur publique

Le comportement de douleur est influencé par les facteurs sociaux, culturels et psychologiques. Ceux-ci déterminent si la douleur privée sera traduite en comportement de douleur, la forme que ce comportement prendra et les contextes sociaux dans lesquels un tel comportement apparaîtra.

Décider de rendre une douleur privée, publique, peut dépendre de l'interprétation personnelle donnée à la douleur : si elle est perçue comme normale ou bien comme anormale. Dans ce dernier cas de figure, elle aurait alors plus de chance d'être portée à la connaissance des autres. Elle aurait car, ainsi que l'a montré le sociologue américain I.K. Zola (1966) dans un recensement de différentes études sur les dysménorrhées (menstruation difficile et douloureuse), les définitions de ce qui constituent une douleur « anormale » tendent à être culturellement définies et à varier selon la période historique prise en compte.

Pour illustrer son propos, Zola (1966 :169) recourt aux enquêtes réalisées auprès de femmes de culture différente. Ces études constatent, par exemple, que les femmes Arapesh (Nouvelle Guinée) ne font pas état de douleur durant la menstruation alors que c'est le cas chez les femmes américaines. Comment expliquer cette différence de perception dans la douleur ? Zola (1966, p.169) suggère que « *le degré de reconnaissance et de traitement de certains problèmes gynécologiques peuvent être reliés à la définition prévalant (au sein d'une société) de ce qui constitue la part nécessaire de l'affaire d'être une femme* ». Mais, une compréhension globale de ce phénomène nécessite que soit pris en compte le contexte social et économique dans lequel la vie des femmes

⁴³ Il est important d'insister que ce modèle traditionnel (et/ou hégémonique) de masculinité (d'être homme) ne se circonscrit pas aux sociétés d'Amérique Centrale. Au contraire, on le retrouve partout (Connell, 2007).

s'inscrit, tels que le besoin de prendre soins des enfants ou de continuer à travailler malgré la douleur.

Liens : Introduction générale point 5

Enfin, sans entrer plus en avant, il convient de signaler que la façon dont la douleur est décrite est influencée par toute une série de facteurs, au nombre desquels, on mentionnera : la facilité de langage, la familiarité avec les termes médicaux, les expériences individuelles de la douleur et les croyances « profanes » concernant la structure et la fonction du corps.

Les aspects sociaux de la douleur

Que la douleur privée devienne publique implique une interaction entre la personne qui souffre et une ou plusieurs personnes (Freidson, 1960 :379-380). La nature de cette interaction déterminera si la douleur est révélée en premier lieu, comment elle est révélée et la façon dont elle est entendue. Concernant ce dernier point, I.K. Zola (1966, p. 627) exprime: « *It is the « fit » of certain signs with a society's major values which accounts for the degree of attention they receive* ».

Il y a donc une dynamique entre l'individu et la société, dynamique par laquelle le comportement de douleur et les réactions à celui-ci s'influencent l'un l'autre au cours du temps. C'est ce processus d'interaction sociale, d'aller et retour entre comportement de douleur et réactions de l'entourage social à ce même comportement qui constitue ce que l'on nomme ici les aspects sociaux de la douleur. Dans ce qui suit, nous allons nous focaliser sur quelques exemples d'aspects sociaux de la douleur.

Les pratiques d'éducation des enfants

Ces pratiques peuvent façonner les attitudes et les attentes envers la douleur que les enfants devenus adultes adopteront dans leur vie ultérieure. Par exemple, le fait qu'ils aient été surprotégés, ou non, dans leur enfance pourra influencer sur le comment ils exprimeront leur douleur : la manifestation de la douleur pouvant osciller le long d'une gamme d'intensité d'émotion, d'exagération et de théâtralisation (du pleur intempestif au « pleurer ne sert à rien »).

Des problèmes peuvent donc surgir dans le cas où la personne qui souffre et celles autour d'elle (par exemple des professionnels de la santé) proviennent de groupes sociaux et culturels différents ayant des visions différentes de la façon dont une personne souffrante doit se comporter.

La douleur dans l'accouchement

Les attentes concernant la douleur lors de l'accouchement et comment elle est exprimée et comprise varient également beaucoup. Par exemple, l'anthropologue Cecilia Van Hollen (2003) décrit comment au Tamil Nadu, dans le sud de l'Inde, un grand nombre de femmes accouchant dans les hôpitaux publics insistent pour que leur travail soit provoqué par l'usage de drogue telle que l'ocytocine car cela augmente considérablement le niveau de la douleur. Van Hollen explique cela par le fait que, dans cette société, on considère que la douleur de l'accouchement accroît le niveau féminin du *sakti*, le pouvoir spirituel régénératif des femmes et le principe actif de la vie. Plus forte est la douleur endurée, plus élevé est le niveau de *sakti* que la femme pourra atteindre. De façon plus générale, il serait intéressant de questionner, dans nos sociétés industrialisées, la place des douleurs de l'accouchement dans la construction identitaire féminine. Comment les douleurs de

l'accouchement sont-elles perçues par les professionnels de la santé et les parturientes elles-mêmes ? Est-ce que, comme l'affirme une sage-femme : « *il faut qu'elle (la parturiente) sente ce passage, c'est primordial pour la relation à l'enfant et pour se sentir mère* »⁴⁴

La douleur dans la religion et la guérison

Dans certains groupes culturels et religieux, les individus souffrants sont encouragés à extérioriser leur douleur en public dans un contexte rituel de guérison. Les exemples de ces pratiques abondent. Citons parmi ceux-ci celui des membres de certains groupes de méditation orientale qui voient en la douleur une leçon potentiellement utile ou un message à l'individu. Comme un adhérent au yoga explique : « *la douleur est la manière du corps de dire que quelque chose ne va pas, qu'il faut agir* » (cité dans Helman 2007:193). Autre exemple, celui des flagellants pour qui la pratique de la flagellation est un moyen d'expier leur péché. Cette pratique est encore observée de nos jours, entre autres, à Pamplona (Espagne).

D. Synthèse

Les représentations de la maladie chez les « profanes » (les patients) et chez les professionnels de santé ne peuvent être séparées de manière tranchée. Concernant ces dernières, il est possible de dégager quatre groupes de modèles étiologiques organisés autour de termes contraires : ontologique/fonctionnel; additif/soustractif; exogène/endogène; maléfique/bénéfique. Ces modèles cohabitent dans l'enseignement de la médecine, certains étant plus mis en avant que d'autres selon la spécialité médicale suivie.

C'est pourquoi, la pratique médicale peut être analysée comme une subculture « guérissante ». En d'autres mots, il existe une perspective médicale de la maladie que l'on peut caractériser par quelques prémisses principales : l'humanisme, la rationalité scientifique (la maladie comme fait objectif et mesurable), la prépondérance de la quantification et un certain réductionnisme (focalisation sur le patient individualisé, sur un organe malade en particulier).

Les attitudes envers la douleur sont acquises au début de la socialisation, c'est-à-dire dans les premières années de vie de l'enfant au sein d'une famille particulière et/ou d'une communauté.

Les attitudes envers la douleur acquises au long du processus de socialisation expliquent, en partie, le fait que la douleur privée devienne ou non publique car pour que la douleur devienne publique, il faut que des interactions aient lieu entre la personne souffrante et son environnement social. C'est pourquoi il est légitime de parler des aspects sociaux de la douleur. Comme nous l'avons vu par différents exemples (accouchement, rites de passage, ...), la douleur, et spécifiquement la douleur aiguë, n'est pas toujours perçue en tant qu'expérience physiologique non désirée. Pour certaines personnes, elle peut s'avérer être un passage vers une expérience spirituelle, un moyen de se connaître davantage ou encore le chemin d'accès vers une nouvelle identité sociale.

E. Utilité pour le futur professionnel

Dans la rencontre clinique entre patient et professionnel de la santé, il est très important que les deux points de vue (celui du patient, illness) et celui du professionnel de la santé (celui du médecin, disease) puissent se rencontrer et entrer en communication. En effet, le professionnel de la santé qui

⁴⁴ Cité dans Béatrice Jacques, Sociologie de l'accouchement, Paris, Presse Universitaire de France, 2007, p.147.

n'est pas conscient de comment le contexte du patient peut le conduire à répondre d'une certaine façon, peut, en ne sondant pas suffisamment le patient, passer à côté d'un signe diagnostique important, ou bien répondre de façon inappropriée à d'autres.

Dès lors, documenter les différences socioculturelles dans la perception de certains types de symptômes a des implications certaines pour le travail tant en médecine curative qu'en médecine de prévention.

2.1.3. Comment le pathologique devient-il malsain ?

A. La médecine comme promotrice de moralité⁴⁵ ?

La déchristianisation croissante dans beaucoup de sociétés industrielles a, entre autres, comme effet que les préoccupations morales naguère formulées en termes religieux soient aujourd'hui davantage exprimées en termes médicaux. En d'autres mots, les définitions de certains comportements (alcoolisme, illégitimité, abus de drogue, criminalité,...) ont changé de registre : du registre religieux (être mauvais ou immoral), on est passé à celui de la médecine (être pathologique). Afin de comprendre la portée de ce constat, il convient de resituer la médecine dans un contexte historique global : la médecine a toujours été plus qu'un ensemble de théories et de pratiques scientifiques ; elle est aussi un système symbolique, c'est-à-dire un système exprimant quelques unes des valeurs de base, des croyances et des intérêts sous jacents à la société.

Liens : chapitre I

Alors qu'il y a encore quelques générations, la religion dénonçait la « vie de péché », aujourd'hui la médecine condamne des styles (ou modes) de vie décrits comme pathogènes (boire, fumer, manger trop gras...). Les métaphores médicales sont devenues aujourd'hui légion dans les discours médiatiques (journaux, reportages, documentaires,...) : une « société malade », une « épidémie » de crimes, une « thérapie » de choc,...

Cette mutation s'accompagne, dans la plupart des sociétés industrialisées de la croissance du monde assurantiel. Alors que le système des assurances (vie et autres) pénalise les clients qui ont un style de vie décrit comme pathogène (qui boivent, qui fument), tandis qu'il dédommage les individus pour des maladies inattendues, des accidents ou autres infortunes et événements qui, dans les sociétés dites traditionnelles, étaient traités par le système religieux. Sans doute, doit-on y voir là le fait que, dans les sociétés industrialisées où la religion institutionnalisée est faible (et/ou la déchristianisation est forte), le monde assurantiel met à disposition des personnes une logique rationnelle et sécularisée de faire face aux infortunes et d'en diminuer ces effets.

Liens : chapitre V

⁴⁵ Comme l'expriment les psychosociologues Françoise Amiel-Lebigre et Maryonne Gognalons-Nicolet (Entre santé et maladie, Paris, Presse Universitaire de France, 1993, p.14) « *Alors que déclinent les institutions comme la religion ou la famille, de nouvelles cultures psychologiques ou médicales émergent, prônant la santé comme valeur centrale, bien suprême par rapport auquel se jouent les possibilités illimitées de l'individu (...). Ce nouveau dogme hygiéniste, qui vise à effacer la souffrance et la mort de la vie, prône la santé comme morale dominante (...). La prévention avec sa valeur centrale de modération devient alors, à tous les âges de la vie, la norme dominante* ».

B. Normalité versus anormalité

Dans un livre devenu classique, *Le normal et le pathologique* (1943, republié en 1966), le philosophe et médecin Georges Canguilhem (1904-1995) contribue à expliquer la différence entre le normal et le pathologique en analysant comment ces concepts se sont développés en physiologie et en biologie au cours des deux derniers siècles. La question qui guide sa réflexion est de savoir comment s'élabore le normal et le pathologique en médecine et en biologie. Or, dans cette interrogation sur le comment, le médecin tend généralement à oublier une évidence: c'est le patient qui fait appel à lui. Si l'on tient compte de cela, il apparaît alors clairement, aux yeux de Canguilhem, que la distinction entre physiologie et pathologie revêt principalement une « signification clinique ». ⁴⁶ Ce constat est fondamental car il lui permet de mettre en évidence les deux logiques principales à partir desquelles le binôme normal – pathologique s'est construit.

La première logique, il la dénomme positiviste, en référence explicite à la sacralisation de la pensée positiviste au dix-neuvième siècle comme modèle de scientificité dans le champ de sciences médicales, sociales et humaines. Selon cette logique, le normal se définit en ayant recours à la quantification. Le normal équivaut alors à une moyenne arithmétique ou à une fréquence statistique. Ainsi que l'écrivent Françoise Amile-Lebigre et Maryonne Gognalons-Nicolet (1993 :22) « *la confusion entre norme et moyenne, issue de la pensée positiviste, est encore très présente dans les travaux actuels, par la généralisation des techniques statistiques et informatiques, largement diffusées par certains courants de médecine sociale et épidémiologique* ».

Il appelle la seconde logique « technique ». C'est-à-dire que la médecine est une technique, un ensemble de connaissances et de savoir-faires efficaces quelque soit la situation ou le corps, qui peut définir l'état d'une personne sans tenir compte du ressenti de cette dernière. C'est donc une logique qui privilégie la dimension « disease » par rapport à la dimension « illness » de la maladie.

« *En conséquence des analyses précédentes, il apparaît que définir la physiologie comme la science des lois ou des constantes de la vie normale ne serait pas rigoureusement exact, pour deux raisons. D'abord parce que le concept de normal n'est pas un concept d'existence, susceptible en soi de mesure objective. Ensuite parce que le pathologique doit être compris comme une espèce du normal, l'anormal n'étant pas ce qui n'est pas normal, mais c'est un autre normal* » (G. Canguilhem, 2009 :135)

Il met également en garde contre le risque de réduire la normalité à des normes biologiques : « *C'est par rapport à une mesure jugée valable et souhaitable – et donc par rapport à une norme – qu'il y a excès ou défaut. Définir l'anormal par le trop ou le trop peu, c'est reconnaître le caractère normatif de l'état dit normal. Cet état normal ou physiologique ce n'est plus seulement une disposition décelable*

⁴⁶ Dans son livre *Naissance de la clinique* publié en 1963, Michel Foucault fait le projet de déterminer comment un nouveau type de regard sur l'homme a vu le jour à la fin du XVIIIe siècle. Son objet est la clinique, c'est-à-dire la médecine moderne. La mutation qui a lieu au sein de cette discipline est révélatrice du bouleversement du champ de la connaissance qui s'amorce alors. Il s'attache donc à mettre en évidence « *les conditions de possibilité de l'expérience médicale telle que l'époque moderne l'a connue* ». Il se livre à une étude fouillée et méthodique des évolutions que connaît la médecine à cette époque. Cette étude exhaustive lui permet de mettre en évidence les changements que connaissent les structures de perception du réel et de l'homme à la fin du XVIIIe et au début du XIXe.

et explicable comme un fait, c'est la manifestation d'un attachement à quelque valeur » (Georges Canguilhem, 2009 :25)

Afin d'illustrer le propos de Canguilhem, nous reproduisons ci-dessous un tableau présentant l'évolution des recommandations alimentaires pendant l'allaitement au cours du vingtième siècle jusqu'à nos jours. On remarquera principalement l'évolution des recommandations pour l'alcool.

Tableau II.2. Régime alimentaire recommandé durant la période d'allaitement

	Auteurs	Interdictions	Prescriptions et permissions
1921	Pouliot	Choux, oignons, ail, alcool	Bière de nourrisse, eau rougie
1928	Goutte de Lait	Vin, bière	
1938	<i>Mon foyer</i>	Les excitants	
1939	Lerebouillet	Ail, oignon, asperges, choux	
1945	Croix-Rouge	En cas d'intolérance ou de troubles digestifs éprouvé par l'enfant que seront proscrits les conserves ... et les choux	Un litre de bière maximum par jour. « thé, café, vin en permis en petites quantités»
1946	Oria-Raffin	Ail, choux, oignons, asperges, cresson,	Bière
1947	Boutier	Ail, asperge, alcool	
1950	Dayras	Ail, oignons, choux	Un peu de bière
1952	L'Enfant du premier âge	Ail, alcool, asperges, tabac	Vin coupé d'eau
1954	Lemaire	Ail, choux, oignons, café, thé, alcool	
1954	Gay et Cousin	Asperges, alcool	Bière (maximum un litre)
1965	Hernaux	Choux, asperges, ail, oignons, alcool	Bière, vin modérément, qq cigarettes par jour
1966	Pernoult	Choux-fleurs, asperges, céleri, ail, oignons	
1975	Kreisler	Poireaux, asperges, choux, alcool	
1975	Cohen-Solal	Épices, ail, boissons trop alcoolisées	Restriction du thé, café, tabac
2011*	ONE	Thé, café, colas, boissons stimulantes, édulcorant et alcool déconseillés	

* ajout au tableau original. Geneviève Delaisi de Parseval et Suzanne Lallemand, *L'art d'accommoder les bébés. 100 ans de recettes françaises de puériculture*, Seuil, Paris, 1980, p. 94.

C. Des critères pour distinguer le normal et la pathologique

Dans le langage courant, le caractère normal ou anormal d'un phénomène paraît ressortir d'un jugement individuel qui, à ce niveau tout au moins, soulève rarement beaucoup de difficultés. Les difficultés surgissent quand les jugements de plusieurs individus doivent être confrontés, car leurs critères pour juger ce qui est normal ou anormal diffèrent bien souvent.

Les progrès scientifiques de ces cinquante dernières années sont tellement impressionnants qu'il paraît évident que les praticiens de ces professions doivent disposer maintenant d'outils objectifs permettant de déterminer, de façon non contestable, le caractère normal ou pathologique d'un signe ou d'un symptôme présenté par une personne. Dans les sciences médicales, l'adjectif anormal est le plus souvent remplacé par l'adjectif pathologique qui veut dire: susceptible d'entraîner une maladie ou d'être associé à une maladie. Or la réalité montre que cette distinction, en apparence banale, reste un exercice délicat dans la pratique quotidienne des professions de santé.

Quatre critères peuvent être utilisés par le médecin pour procéder à cette distinction : les critères statistique, clinique, pronostique et pragmatique [voir cours "Fondements de l'Epidémiologie" chap.2]. L'utilisation de certains de ces critères sera illustrée ci-après.

Pour le critère *statistique*, prenons l'exemple de la taille. Sur quelle base déterminer que quelqu'un présente une taille pathologique, c'est-à-dire qu'il est trop petit (nanisme) ou qu'il est trop grand ?

Il ne s'agit pas ici de déterminer si subjectivement, par rapport au groupe dans lequel il évolue, un individu est jugé par ses pairs trop petit ou trop grand, mais il s'agit de savoir si la taille de cet individu constitue un signe pathologique, c'est-à-dire susceptible de correspondre à une anomalie biologique qui a provoqué soit la petite taille, soit le gigantisme. Diverses maladies, dont certaines de nature congénitale, peuvent en effet être à l'origine d'une croissance pathologique et nécessiter un traitement médical approprié. Dans ce cas, la médecine applique l'approche statistique.

Ainsi dans la population anglaise⁴⁷, la taille des adultes entre 19 et 65 ans présentait en 1984 la distribution suivante (valeurs en cm):

	P1	P5	P50	P95	P99
hommes	157,5	162,5	174,0	185,5	190,0
femmes	146,5	150,5	161,0	171,0	175,0

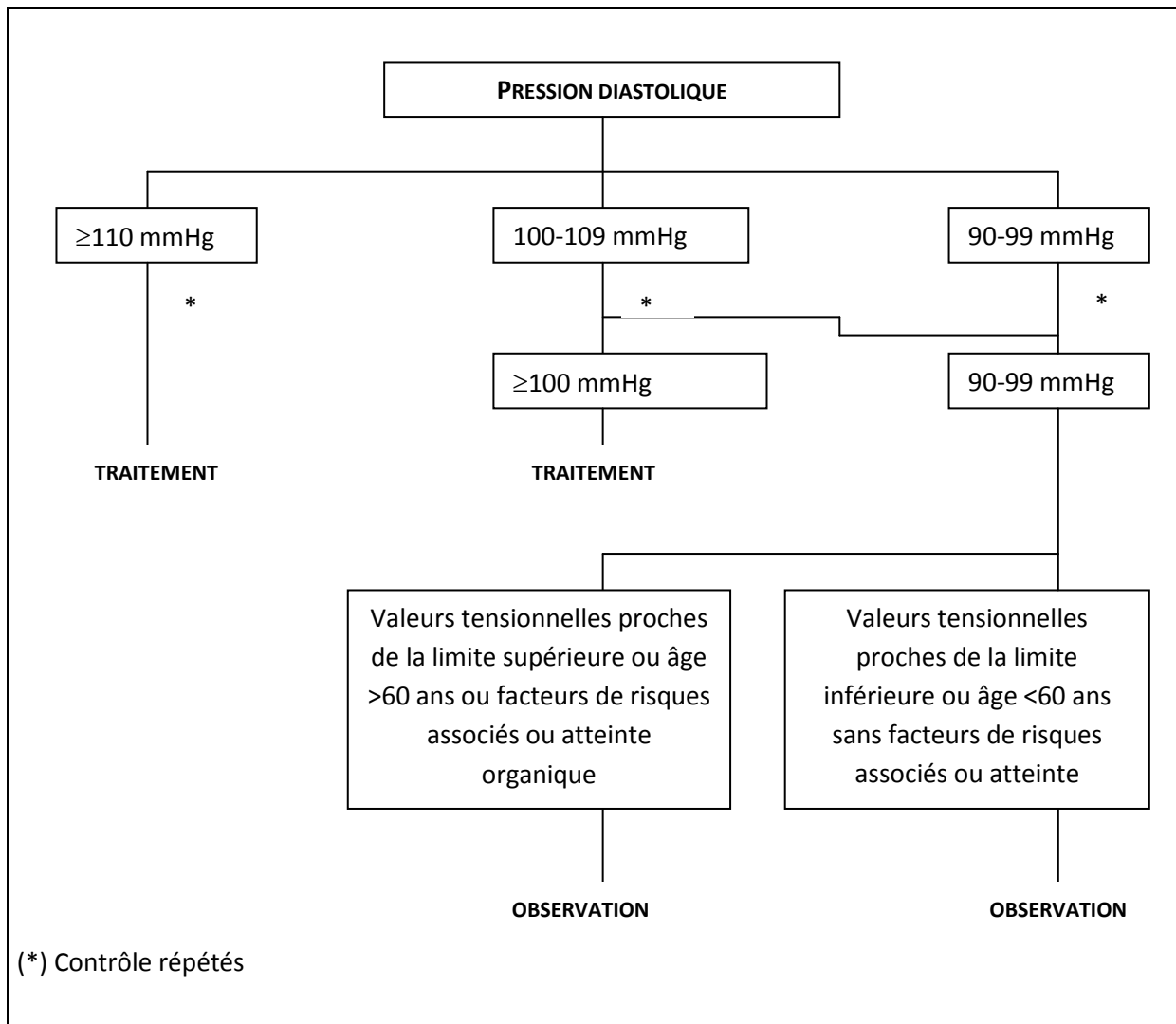
Une première phase d'analyse peut consister à analyser de façon approfondie les caractéristiques des 2% de sujets, de chaque sexe, dont la taille n'est pas comprise entre le percentile 1 et le percentile 99. Ce critère est toutefois insuffisant à lui seul pour décréter le caractère pathologique de la taille; il doit être combiné à des critères cliniques avant de pouvoir conclure à une

- suspicion de nanisme en dessous du percentile 1 de la distribution;
- suspicion de croissance excessive au-dessus du percentile 99 de la distribution.

⁴⁷ Référence : *Anthropometrics*, document PP7310, British Standards Institution, 1984.

Un autre exemple de l'approche *statistique* en médecine est donné par l'usage de valeurs limites de normalité pour l'interprétation des mesures de pression artérielle (figure II.6, page suivante)

Figure II.6. Valeurs limites pour le traitement médicamenteux de l'hypertension sur la base de la pression diastolique

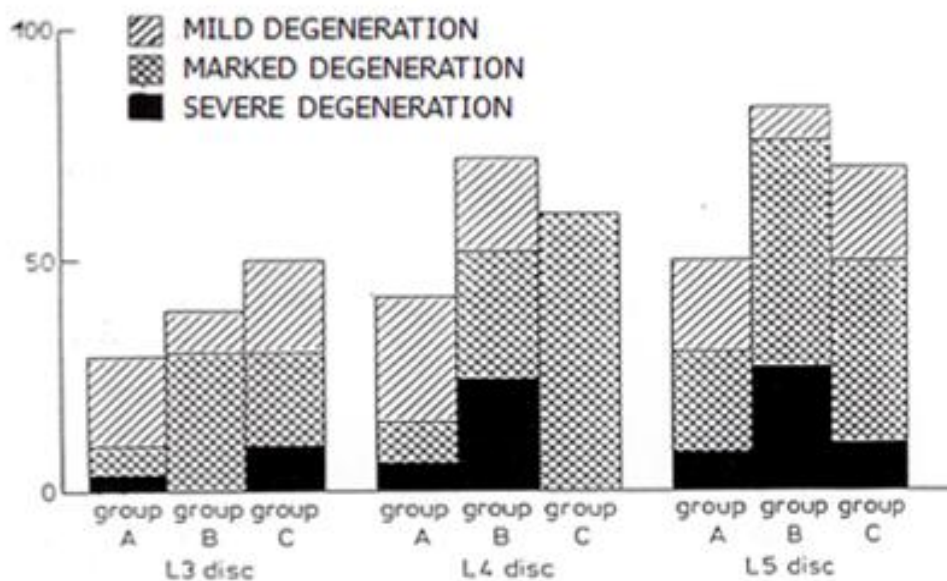


L'usage du critère *clinique* se heurte également à des difficultés non négligeables même lorsque ce critère s'appuie sur des méthodes très modernes de diagnostic telles que celle de l'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM). Cette technique particulière d'imagerie est notamment appliquée à l'étude des pathologies de la colonne, et permet dans ce cas de mettre en évidence le degré de vitalité (ou à l'inverse le degré de dégénérescence) du cartilage discal, c'est-à-dire du coussinet amortisseur situé entre deux vertèbres adjacentes. Cette technique est en effet très sensible pour détecter des dégénérescences précoces de ce tissu, même chez les sujets jeunes sans plainte particulière. Son utilisation ne permet pas cependant de déterminer, de façon indiscutable, le caractère normal ou pathologique des sujets comme l'illustre l'étude réalisée par une équipe de radiologues finlandais (Parkkola et al. 1993).

Comme le montre la figure II.7., ces auteurs ont étudié avec l'IRM le degré de dégénérescence des trois derniers disques de la colonne, dans sa portion lombaire, c'est-à-dire les disques L3, L4 et L5. Sur base de critères rigoureux, ils ont protocolé ces images selon trois degrés de dégénérescence: légère (mild), marquée (marked), ou avancée (severe). La technique a été appliquée à trois groupes de personnes:

- groupe A: 60 sujets volontaires sans antécédents de mal de dos;
- groupe B: 38 patients présentant un mal de dos modéré;
- groupe C: 10 patients présentant une lombalgie sévère.

Figure II.7. Dégénération du disque intervertébral : relation avec la symptomatologie (Parkkola et al., 1993)



La figure II.7. montre que contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, le groupe A, c'est-à-dire des sujets en apparence sains, présente des signes relativement importants de dégénérescence et cela pour les trois disques analysés. De même, on ne constate pas de différence claire dans le degré de dégénérescence entre les 38 patients qui souffrent modérément du dos (groupe B) et ceux qui en souffrent de façon très importante (groupe C); les patients du groupe B présentent même en apparence des dégénérescences plus avancées que ceux du groupe C. Cette figure montre donc que cette technique précise et sensible ne permet pas de distinguer le groupe sain, sans problème de dos, du groupe souffrant de ce problème de santé.

Face à cette situation, le professionnel de santé doit donc décider quels critères de jugement il va utiliser par rapport à la personne: s'il utilisait le critère IRM, l'ensemble de la population considérée pourrait être qualifiée de malade. Une telle attitude aurait bien sûr des conséquences psychologiques très défavorables sur les personnes concernées et aurait également des conséquences économiques importantes sur le plan de la société.

En pratique, la définition de la lombalgie commune, c'est-à-dire celle qui n'est pas causée par un cancer ou une infection, repose donc encore aujourd'hui sur la présence ou non de douleurs telles qu'elles sont ressenties par le patient.

Cet exemple, qui montre toute la complexité de la distinction entre le normal et le pathologique, permet également de montrer que la maladie peut être appréciée selon deux dimensions au moins dans l'exemple en question: la dimension physique, c'est-à-dire la morbidité diagnostiquée sur la base d'une anomalie mise en évidence par une technique d'imagerie médicale, et d'autre part la dimension de la morbidité ressentie, c'est-à-dire de la douleur ou du symptôme en général ressenti par le patient. L'exemple choisi montre que ces deux points de vue peuvent ne pas coïncider.

2.1.4. Comment le pathologique devient-il déviance ?

A. La maladie comme déviance de l'ordre social

Parsons est un des premiers sociologues à s'être intéressé à la santé. Le courant théorique sociologique dans lequel il s'inscrit est le *fonctionnalisme*. Cette approche conçoit la société comme un système en équilibre (analogie entre un organisme vivant et la société) dont chaque élément le composant a comme fonction de participer à son équilibre. Cet équilibre est garanti par une série de *rôles* sociaux complémentaires. Voici quelques exemples simples de rôles socialement définis : parents/enfant, juge/criminel, professeur/ élève...

Appliquer ce schéma aux problèmes de santé revient à expliquer que les *rôles* de « malade » et de « médecin » assurent le bon fonctionnement de la société. Pour étayer son raisonnement, ce sociologue part du constat que la santé est nécessaire au bon fonctionnement de la société. A partir de ce constat, il conceptualise *la maladie comme une déviance par rapport à l'ordre social* car elle perturbe le système social en empêchant le malade de remplir ses rôles sociaux habituels. La fonction de la médecine est donc d'exercer un contrôle social face à la menace que représente la maladie pour l'ensemble de la société. La fonction de la profession médicale n'est pas ainsi seulement une fonction technique (soigner et guérir) mais elle est aussi une fonction de régulation sociale (canaliser la déviance que constitue la maladie).

Comment la médecine exerce-t-elle cette fonction de contrôle social aux yeux de Parsons ? La profession médicale jouit d'une autorité reconnue socialement et elle canalise la déviance qu'est la maladie en étant la seule à pouvoir dire qui est malade et qui peut être considéré comme tel. Concrètement, la médecine est l'institution qui permet à certains individus de jouer le *rôle* de malade, c'est-à-dire qu'elle légitime cette déviance sociale à condition que l'individu respecte ses obligations de malade. Parsons ne critique donc pas ces rôles sociaux de malade et de médecin ; il ne fait que mettre en évidence qu'ils constituent des rouages nécessaires au bon fonctionnement de la société globale.

B. Que doit faire le malade, que doit faire le médecin ?

Dans un premier temps, la théorie de Parsons décrit les rôles socialement prescrits face à la déviance qu'est la maladie : celui de malade et celui de médecin. Ces deux rôles sociaux sont institutionnalisés

et complémentaires : ils permettent tous deux d'assurer le bon fonctionnement de la société. La relation médecin/malade est donc un moment crucial à étudier pour les sociologues. Dans un second temps, Parsons montre la complémentarité de ces deux rôles et l'importance de la relation malade/médecin dans la structure sociale. Notons d'ores et déjà, comme nous le verrons plus loin, que l'institutionnalisation et la complémentarité de ces rôles n'apparaissent pas de manière aussi tranchée dans les réalités sociales.

Le rôle de malade :

Le malade n'est pas responsable de sa déviance : un individu a le droit d'être malade. Il ne doit donc pas être sanctionné mais faire l'objet d'un traitement en vue de sa guérison, c'est-à-dire retrouver son état normal et assumer à nouveau ses rôles sociaux. Une fois reconnu malade par un médecin, l'individu jouit d'un statut particulier temporaire : il est exempté de tenir ses rôles sociaux habituels (professionnels, familiaux...).

Par exemple, il ne va pas travailler, il ne se charge pas des tâches quotidiennes dans son foyer. Mais, en contrepartie de ces privilèges, il doit respecter les obligations suivantes :

- le malade doit avoir la volonté d'aller mieux, de guérir.
- le malade doit rechercher une aide compétente pour se soigner.
- le malade doit coopérer avec la profession médicale en vue de la guérison.

Si le malade assume ces devoirs, sa déviance ne sera pas dénoncée car elle sera sous le contrôle des acteurs de la profession médicale et ne perturbera donc pas le système social global. La maladie est une déviance sociale légitimée car elle fait l'objet d'un rôle socialement prescrit qui comporte à la fois des privilèges et des obligations.

Le rôle de médecin :

Non seulement la médecine contrôle la maladie en définissant qui est malade et qui ne l'est pas mais elle en atténue aussi les effets négatifs sur le système social en s'efforçant de rendre l'individu à nouveau sain et fonctionnel.

Médecin/malade, une relation consensuelle et asymétrique

Pour Parsons, la relation malade/médecin est consensuelle (les deux parties ont le même objectif : la guérison) et asymétrique (le malade est passif face à un médecin qui a du pouvoir sur lui par sa compétence technique et de son autorité professionnelle). Ces deux caractéristiques sont particulièrement bien illustrées dans le tableau ci-dessous.

Tableau II.3. Rôle du médecin et rôle du malade

Le rôle de malade	Le rôle de médecin
1. Doit vouloir aller mieux aussi rapidement que possible, doit vouloir guérir.	1. Applique un niveau élevé de compétence et de connaissance face à la maladie.
2. Doit chercher une aide professionnelle et coopérer avec le médecin.	2. Agit pour le bien-être du patient et de la société plutôt que dans son intérêt personnel.
3. Est exempté de certaines activités normales ainsi que de certaines responsabilités.	3. Est objectif et détaché émotionnellement : il ne doit pas juger le comportement du patient en termes de valeurs personnelles ou être impliqué émotionnellement.

4. Est considéré comme ayant besoin d'aide et incapable d'améliorer son état par lui-même et par sa seule volonté.

4. Est guidé par les règles de sa pratique professionnelle.

Source Scambler G. (1991 : 48)

C. Remise en cause de la vision fonctionnaliste de la relation malade/médecin

Ces deux caractéristiques de la relation médecin/malade (consensuelle et asymétrique) ont été remises en cause par d'autres chercheurs, principalement par ceux dit du *courant interactionniste, qui propose une vision conflictuelle et négociée de cette relation*. Leurs critiques de la théorie de Parsons portent sur les points suivants :

- Son caractère *monolithique* : la théorie s'applique à un seul type de relation thérapeutique : le cas des maladies aiguës. Cela s'explique par le contexte historique et épidémiologique dans lequel cette théorie voit le jour. Dans les années cinquante, ce sont les maladies aiguës, le plus souvent infectieuses, qui constituent l'essentiel des pathologies. Nous verrons plus loin qu'il est nécessaire de développer un modèle sociologique spécifique pour comprendre les pathologies actuelles, qui sont pour la plupart de nature chronique.
- Son caractère *consensuel* : la relation malade/médecin est décrite comme une relation où les deux parties poursuivent un objectif commun de guérison. Or, en réalité, des tensions et des divergences entre les intérêts et les représentations du patient et des professionnels de la santé sont souvent présentes.
- Son caractère *asymétrique* : le malade est passif face au médecin qui lui impose un traitement pour permettre son retour à un état normal. Or, d'autres cas de figure de la relation thérapeutique peuvent être envisagés en fonction du degré de soumission/coopération du patient, du pouvoir des parties...
- Son caractère *normatif* : en postulant que le bon fonctionnement de la société est assuré par l'adoption par les individus de rôles socialement prescrits, Parsons a sans doute négligé l'existence de conflits entre des points de vue et des intérêts différents ainsi que les écarts entre les comportements réellement observés et les comportements tels qu'ils devraient être.

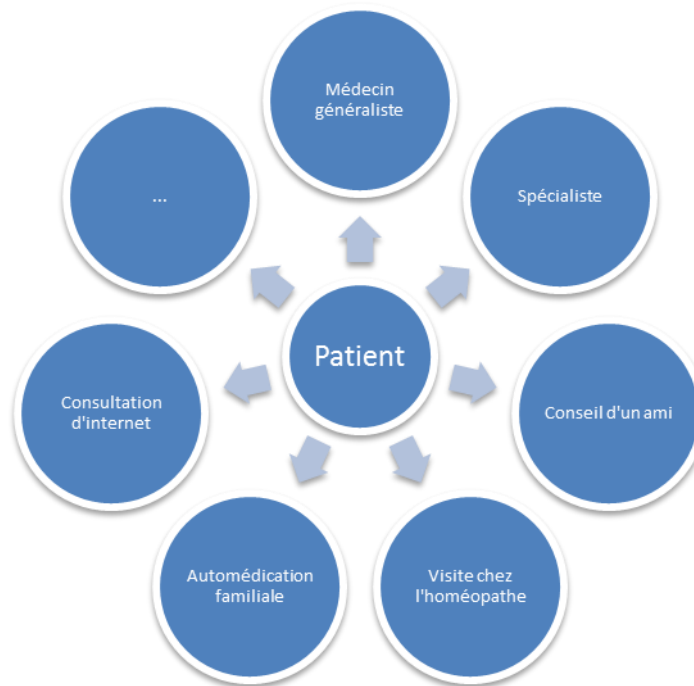
2.1.5. Les réseaux thérapeutiques

Dans la société contemporaine, l'offre thérapeutique n'est pas limitée à celle offerte par les différents professionnels de santé. Comme l'illustre la figure II.8, chaque personne à la recherche d'un soin curatif ou préventif se trouve en fait au centre d'un réseau qui connecte les champs populaires, traditionnels et professionnels ; on évoque donc la notion de réseau thérapeutique. La construction d'un diagnostic et d'un traitement passe par les liens de ce réseau et constitue une sorte de recherche d'un avis qui fait sens. Ainsi, le traitement proposé par un médecin peut être complètement remis en question par un ami qui vécu une mauvaise expérience avec ce même médecin ou par un praticien non conventionnel qui aurait la confiance de la personne.

Il semble que l'utilisation simultanée de différentes offres thérapeutiques devient une des caractéristiques des sociétés industrialisées, et en particulier pour des maladies graves.

Par exemple, la plupart des personnes atteintes d'un cancer tendent à changer leur alimentation, à prendre plus de vitamines, à prier plus, à rejoindre des groupes de self-help et à consulter des praticiens traditionnels (ou guérisseurs) en complément de leurs traitements prescrits par la médecine conventionnelle.

Figure II.8. Schéma de réseau thérapeutique



Le défi pour le professionnel est certainement de pouvoir gérer la manière dont le patient compose sa réponse thérapeutique, celle-ci pouvant mener à un refus de l'offre de soins de la médecine conventionnelle ou à un non respect des prescriptions de celle-ci.

2.1.6. Aspects économiques de la santé

Une partie des anthropologues médicaux (Fassin 2006, Winkelmann 2009) considèrent qu'il est impératif de développer une analyse critique du champ médical. Cette posture critique s'articule autour de deux réflexions en lien avec l'économie politique (questionnement des processus économiques et politiques tissant les réalités biomédicales) et l'économie morale (questionnement des pratiques et des valeurs morales, politiques et culturelles mobilisées dans le champ médical). En d'autres termes, faire preuve de critique en regard au savoir médical, c'est avant tout situer celui-ci (agenda de la recherche médicale, les résultats et les traitements) dans un contexte social, politique et économique. Ces aspects seront développés dans les chapitres IV et V.

2.2. Comment devient-on un malade ?

2.2.1. La maladie : d'un état physique à un état social

A. Médecins et malades : un processus interactif

Pour rappel, la vision fonctionnaliste (Parsons) considérait la maladie comme une *déviante légitimée* dans le sens où la personne reconnue malade par un médecin profite d'un rôle spécifique temporaire qui lui permet de ne plus devoir assumer tous ses rôles sociaux habituels.

Selon la vision fonctionnaliste, la déviance est une affaire de fonctionnement de la société. Les malades et médecins ne sont que *les agents passifs* du fonctionnement de la société.

La vision interactionniste propose une autre approche de la *déviante légitimée*. Les malades et les médecins se voient accorder *un rôle actif*. Pour Freidson, la maladie est aussi une *déviante* par rapport à un ensemble de normes sociales qui définissent la santé et la normalité, mais il insiste sur le fait que la définition de la déviance dépend de la situation. Pour Freidson, les déviations sont donc *situationnelles* : elles varient en fonction des conditions sociales existantes.

La sociologie interactionniste va donc plutôt s'attacher à analyser les processus qui mènent à définir ce que l'on considère comme acceptable/normal. Or, dans notre société industrialisée, c'est la profession médicale qui définit quels sont les comportements déviants. Cette approche développée par Freidson vers 1970 va approfondir une distinction essentielle : la maladie comme état physique et la maladie comme état social :

"En utilisant l'approche situationnelle pour analyser la maladie, on est amené à faire la différence entre maladie, état purement physique, et la maladie, état humain, social. Dans le premier cas, la maladie implique des modifications dans les os, les tissus, les liquides physiologiques ou dans des organismes vivants, humains ou non. Dans le second cas, elle implique des modifications du comportement qui ne se produisent que chez les êtres humains et qui varient avec la culture et d'autres sources organisées de signification symbolique. Alors que la maladie, état physique, existe indépendamment de la connaissance et de l'évaluation humaines, celles-ci créent et forment la maladie, état social. Ainsi, quand un vétérinaire diagnostique une maladie chez un animal il ne modifie pas, par son diagnostic, son comportement : pour l'animal, la maladie reste un état physique qu'il éprouve, rien de plus. Mais quand un médecin diagnostique une maladie chez un homme, il modifie par son diagnostic le comportement de cet homme : un état social s'ajoute à l'état physique lorsqu'on assigne le sens de maladie à un malaise. C'est dans ce sens que le médecin crée la maladie, exactement comme l'homme de loi crée le crime, et que la maladie est une forme de déviance sociale qui est distincte, du point de vue analytique et empirique, du simple malaise."

(Freidson, 1984 : 227)

B. Les professions médicales

La maladie n'est donc pas seulement une réalité objective mais sa définition est conditionnée par l'influence des professions médicales. De nombreux exemples illustrent ce constat comme l'existence de termes tel que : toxicomanie, alcoolisme, homosexualité, enfants hyperkinétiques, traits de personnalité... Certains d'entre eux ont déjà été évoqués dans l'introduction au cours et deux exemples de synthèse seront développés à la fin de ce chapitre.

Pour ce qui est d'une définition des professions médicales, Freidson(1984) parle davantage des caractéristiques de celles-ci : elles supposent un savoir acquis par un enseignement académique reconnu officiellement, elles disposent d'une autonomie reconnue et elles sont régies par des codes d'éthique eux aussi pleinement reconnus.⁴⁸

C. Différentes légitimités de la maladie

Pour Freidson, on ne peut pas considérer que les catégories de pathologies définies par les sciences médicales, basées uniquement sur des critères biologiques, constituent l'unique façon de considérer la maladie. Après avoir montré que la maladie constitue une sorte particulière de déviance dans notre société, il a établi une typologie *sociologique* des maladies en fonction des réactions sociales dont elles font l'objet. Les réactions sociales sont classées selon différentes catégories de *légitimité*. Cette classification est basée sur des critères sociaux indépendants de tout critère biologique ou médical.

La notion de légitimité utilisée par Freidson (par rapport à celle du fonctionnalisme) enrichit la vision de la maladie comme état social: les maladies chroniques d'une part, et les maladies stigmatisées (celles où le malade est montré du doigt par la communauté à laquelle il appartient), d'autre part. Voici les trois catégories de légitimité proposées par Freidson⁴⁹ (1984) :

- La légitimité conditionnelle : le malade (ou déviant) est temporairement exempté de ses obligations ordinaires et obtient quelques privilèges supplémentaires à condition de chercher l'aide nécessaire pour se débarrasser de sa déviance.
- La légitimité inconditionnelle : le malade est exempté de façon permanente de ses obligations normales et obtient des privilèges particuliers au vu de la gravité, du caractère sans espoir de guérison de sa déviance.
- L'illégitimité : le malade est exempté de certaines obligations normales du fait de sa déviance dont il n'est pas tenu techniquement pour responsable, mais n'obtient que très peu de privilèges, ou pas du tout, et doit assumer certaines obligations nouvelles particulièrement handicapantes.

A partir de ces trois types de légitimité, il développe une typologie des interprétations sociales des maladies selon qu'elles sont perçues comme une déviance grave ou mineure.

Cette classification permet d'identifier six variétés de « déviances » distinctes qui, d'ordinaire, auraient toutes été appelées simplement " maladie " (ou handicap dans l'exemple du bégaiement). Freidson met l'accent sur le fait que chaque type de maladie a des conséquences différentes pour l'individu et pour le système social dans lequel il se trouve. En effet, la société qui entoure le « déviant » va traiter chacune de ces variétés de manière différente et le « déviant » devra, à son tour, adopter un comportement spécifique à chacune de ces situations. Or, rappelons que c'est le médecin qui, par son diagnostic, va définir l'état de l'individu qui vient le consulter ; sa décision peut

⁴⁸ A ce propos, le sociologue français Saliba (1994 :50-51) rappelle que les différentes étapes de reconnaissance professionnelle des médecins décrites de manière quasi similaires par Foucault et Freidson sont les suivantes : « ... conquête d'un territoire propre, production et monopolisation d'un savoir ésotérique, contrôle de l'autonomie professionnelle, indépendance et monopole garantis par l'Etat ».

⁴⁹ Freidson qui précise, lui-même, qu'elle illustre seulement les réactions sociétales identifiables dans la classe moyenne américaine dans les années septante. Cette typologie est donc susceptible de changer en fonction des cultures, des classes sociales et des contextes socio-économiques dans lesquels elle se situe.

avoir des conséquences importantes sur l'identité personnelle et sur le statut social de l'individu déclaré malade⁵⁰.

Tableau II.4. Types de déviations pour lesquelles l'individu n'est pas tenu pour responsable, classées selon la légitimité et la gravité qui leur sont imputées (Freidson, 1984 :242) :

GRAVITE IMPUTEE	ILLEGITIME STIGMATISEE	LEGITIME CONDITIONNELLEMENT	LEGITIME INCONDITIONNELLEMENT
DEVIATION SANS GRAVITE	<i>Bégaiement</i> Suspension partielle de quelques obligations ordinaires, peu ou pas de privilèges nouveaux, adoption de quelques rares obligations nouvelles.	<i>Rhume</i> Suspension temporaire de quelques rares obligations ordinaires, renforcement temporaire des privilèges ordinaires, obligation d'aller bien.	<i>Marques de petite vérole⁵¹</i> Aucune modification particulière des obligations ni des privilèges.
DEVIATION GRAVE	<i>Epilepsie</i> Suspension de quelques-unes des obligations ordinaires, adoption de nouvelles obligations, peu ou pas de nouveaux privilèges.	<i>Pneumonie</i> Exemption temporaire des obligations ordinaires, adjonction aux privilèges ordinaires, obligation de coopérer et de chercher de l'aide (cf. le <i>rôle de malade</i> selon Parsons)	<i>Cancer</i> Suspension permanente de nombreuses obligations, adjonction marquée aux privilèges.

D. Médecin/malade : une relation conflictuelle et de « participation mutuelle »

Rappelons que, pour le courant fonctionnaliste (Parsons), la relation médecin/malade est *consensuelle* et *asymétrique*. Ce sont ces deux caractéristiques que la vision interactionniste de Freidson remet en question.

La vision interactionniste adopte une approche *conflictuelle* de la relation thérapeutique. Il y a toujours une possibilité de conflit d'intérêts et de perspectives entre le patient et le médecin. La culture professionnelle du médecin le conduit à percevoir le malade et ses besoins selon les catégories de son savoir spécialisé tout en décidant de manière autonome le traitement qu'il lui conseillera. Le malade, en revanche, perçoit sa maladie en fonction des exigences de sa vie quotidienne et voudrait que le médecin accepte sa propre définition de son problème. Selon la vision interactionniste, il n'existe donc pas de consensus a priori entre le malade et le médecin car ce sont deux cultures différentes qui se rencontrent : la culture professionnelle et la culture profane.

La vision interactionniste met également en évidence que le patient n'est pas passif face aux décisions du médecin. Le malade peut être plus ou moins en mesure de faire valoir son point de vue en fonction des caractéristiques de la situation introduisant alors une relation dite de "*participation mutuelle*". Ainsi, il y aurait une pluralité de configurations de la relation thérapeutique en fonction de l'activité et de la passivité relatives des deux acteurs en présence. Citons quelques exemples concrets :

⁵⁰ Cette idée que le médecin modifie le statut social du malade sera reprise par Becker et Goffman quand ils parlent de la notion de *stigmatisation* ou d'étiquetage (en anglais *labelling*).

⁵¹ Petite vérole : lésions cutanées témoignant d'une atteinte antérieure par la variole.

" La pédiatrie et la chirurgie reposent sur un modèle de relation activité/passivité, en revanche, le traitement des maladies chroniques et la psychothérapie requièrent une participation mutuelle. Pour Freidson, la configuration activité/passivité a également plus de chances de s'imposer si le statut social du malade est bas et si la maladie dont il est atteint fait partie des maladies stigmatisées comme l'alcoolisme ou les maladies mentales ".

(Adam et Herzlich, 1994 : 84)

La relation médecin/malade n'a donc pas toujours les mêmes caractéristiques et son aboutissement est difficilement prévisible puisque toute une série de facteurs sont susceptibles d'influencer les comportements du médecin et du patient : leurs objectifs respectifs, leurs représentations de la maladie, leur statut socio-économique ou culturel, la situation faisant l'objet de la consultation, ...

2.2.2. Apprendre à être « un » malade

A. Sickrole et sickness career

Qu'entend-on par sickrole?

Ce terme désigne les changements qui sont perceptibles dans le comportement social et les relations avec les autres lorsque l'on devient malade. Autrement dit, le rôle de malade inclut des attentes culturelles, sociales, et interpersonnelles concernant la maladie ou le comportement de la personne malade.

C'est le sociologue américain Talcot Parsons qui a popularisé ce terme. Parsons suggère qu'il se concrétise dans des exemptions de certaines responsabilités (être relevé de certaines obligations sociales - par exemple aller travailler -, une légitimation temporelle du rôle du malade) et l'expectation que la personne malade a l'obligation de se rétablir et de sortir de son rôle de malade le plus rapidement possible. Comme il a été dit antérieurement lors de la critique de la théorie parsonienne, elle ne tient pas assez compte des maladies chroniques et autres types de maladie comme la maladie mentale.

Liens : chapitre II. 1.4.

Dans une approche postérieure et plus fouillée que celle de Parsons, on met en avant les différentes étapes constituant l'expérience de la maladie (la réponse sociale de la personne ayant un vécu de maladie). Elles sont influencées par des facteurs culturels et sociaux qui produisent des variations interculturelles dans les expériences. Ces étapes seraient les suivantes (Winkelman, 2009 : p. 67,68):

- *l'expérience des symptômes* : l'expérience individuelle des changements perçus dans son corps, de la douleur, de l'inconfort ou autres conditions qui indiquent que quelque chose ne va pas varie selon les attentes et interprétations de la personne ;
- *l'attente du rôle de malade* : dans la mesure où une personne commence à partager ses soucis de santé avec d'autres, débute alors une validation provisoire de son rôle de malade qui inclut un soutien social, une exemption de certains attendus sociaux et le choix de la personne en regard des ressources de soins de santé ;
- *le contact avec des soins médicaux* : l'étape du contact médical englobe les efforts pour valider la revendication de maladie comme maladie et de recevoir un traitement approprié. Les décisions prises à ce stade de l'expérience de la maladie varient

grandement, même au sein d'une même société, où les différences de classe sociale et d'origines ethniques affectent les réponses tant dans le chef du patient que du professionnel de santé ;

- *phase de dépendance du patient* : une fois que le patient est pris en charge par un professionnel de la santé, le patient entre dans une phase de dépendance au cours de laquelle on attend de lui qu'il suive à la lettre les recommandations et les traitements prescrits ;
- *récupération ou phase de réhabilitation* : Les sociétés ont des rituels, cérémonies et activités qui indiquent la finalisation du rôle du patient. Toutefois, dans certaines cultures, des maladies particulières sont porteuses de stigmates durables auxquels une personne ne peut échapper.

Sickness career

L'utilisation de ce terme permet de souligner qu'une série d'interactions avec les autres a lieu dans le temps et durant des étapes définies.

Autrement dit, devenir malade est un processus social au cours duquel les perceptions et les réponses à la perturbation du bien-être sont façonnées par le comportement « d'autres significatifs ». Ces autres significatifs sont généralement la famille, les amis et les employeurs. Ce sont ceux-ci qui légitiment le rôle de malade, qui valident les changements dans le statut individuel, et adaptent leurs comportements personnels à ce nouveau rôle.

Des facteurs sociaux, culturels et personnels influencent l'empressement des personnes à accepter le rôle de malade : certains ne veulent pas l'adopter tandis que d'autres l'utilisent pour la sympathie, l'assistance et le fait d'être libéré de certaines obligations qu'il apporte. Les bénéfices sociaux du rôle de malade peuvent déboucher sur l'ambivalence, celle pour le patient de désirer maintenir sa maladie plutôt que l'éliminer eu égard aux différents bénéfices qu'il peut en attendre. Parmi ceux-ci, citons :

- les gains premiers : en commençant par le soulagement des symptômes et des sentiments déplaisants associés. Le rôle de malade peut ainsi servir des besoins psychosociaux, attirer l'attention et l'intérêt des autres, être utilisé par les personnes qui ont un statut marginal et qui disposent de supports sociaux faibles ;
- les gains seconds, communément appelés « bénéfices secondaires » : ceux d'exemptions de responsabilités (travail, famille, ...). Dès lors, le rôle de malade peut soulager des personnes de responsabilités ordinaires et fournir une excuse pour l'inefficacité personnelle et le fait de ne pas correspondre aux attentes sociales ;
- les gains tertiaires : les bénéfices que les autres reçoivent de la maladie du patient (devenir un aidant).

B. Le rôle du patient : l'exemple du « bon mourant »

Le patient a un rôle déterminé, et la qualité des soins qui lui sont prodigués dépend de la manière dont il va respecter ce rôle. En effet, si le patient ne respecte pas son rôle, il peut être victime de représailles de la part du personnel médical. L'exemple développé par le sociologue américain

Anselm Strauss (1992) à propos des mourants est très significatif. Pour le personnel, il existe une définition implicite du « bon mourant ».

Strauss analyse, dans le contexte des hôpitaux américains, les situations qu'il appelle de conscience ouverte, c'est-à-dire les situations où le patient et l'équipe médicale savent que le patient va mourir et en tiennent compte dans leurs actes. Cette conscience ouverte est potentiellement génératrice de conflits et de négociations sur les manières appropriées de mourir.

« Une fois que le patient a manifesté sa conscience d'être un mourant, il est alors responsable de ses actes en tant que personne mourante [...] D'un point de vue sociologique, [...] le malade sera jugé et se jugera lui-même selon certaines normes ». (Anselm Strauss, 1992:117)

Lors de son travail de terrain, ce sociologue arrive au constat que les patients qui ne respectent pas ces normes sont considérés comme des mourants qui ne méritent pas autant de soins et d'attention que ceux qui se comportent comme il convient. Ainsi, les mourants considérés comme les plus méritants ont les meilleurs soins. Par exemple, le personnel soignant accède plus facilement aux demandes du mourant. Quant aux mourants considérés comme peu méritants, ils présentent certaines caractéristiques qui sont interprétées par les soignants comme leur étant propres :

- Les tentatives de suicide, les accidentés pour ivrognerie, les alcooliques. Ces personnes ont selon les soignants rompus le contrat moral avec la société.
- Les mourants qui ont négligé de vérifier un doute quant à leur santé, et qui auraient dû consulter à temps un médecin
- Et, dans une moindre mesure, les patients qui semblent abandonner la lutte pour la survie

Le personnel soignant s'attend à ce que le patient affronte la mort avec dignité.

« Il ne doit pas se couper du monde ni tourner le dos à la vie ; au contraire il doit garder sa place dans la famille et être « gentil » avec les autres malades. S'il peut, il doit participer à la vie sociale du service et coopérer avec le personnel qui s'occupe de lui et, si possible, éviter de le troubler ou de le mettre dans l'embarras. Le patient qui fait de son mieux sera respecté. » (Anselm Strauss, 1992:121)

Face au patient qui n'accepterait pas de mourir comme il convient, les soignants développent une série de stratégies comme des ordres, des réprimandes, des admonestations (« arrêtez de pleurer !»). Ces stratégies se doublent souvent d'une volonté d'apprendre au mourant à bien mourir en lui indiquant, parfois avec l'autorité morale du médecin, ce qui est admissible et ce qui ne l'est pas.

De son côté le patient est actif, il participe et négocie ses soins. *« Il répétait sans cesse qu'il n'avait pas besoin de bain, qu'il n'en avait plus pour longtemps et il ajoutait : je me moque de ce que vous faite pour moi, de toute façon je vais mourir ».* (Anselm Strauss, 1992 : 129-130)

Notons que les négociations sont plus difficiles pour le mourant peu méritant.

Ce que ces négociations mettent en jeu c'est la question de la « négligence ». Si une infirmière ou un médecin n'ont pas accédé à une demande, s'ils n'ont pas pu tenir une promesse alors ils peuvent se sentir « négligents ». Ils ne connaîtront pas le sentiment d'avoir accompli leur devoir humain.

Etude de cas : l'anorexie comme carrière

M. Darmon développe, en sociologue, l'analyse de l'activité des jeunes filles anorexiques en essayant de répondre dans un premier temps à la question « que font-elles » [...] Elle décrit les différentes étapes de la « carrière » d'anorexique, de l'engagement jusqu'à la sortie. La question de l'apparition du comportement est moins celle de sa datation que celle de sa définition. Que sépare un régime sévère d'une anorexie ? M. Darmon repère trois modalités d'entrée dans la carrière. Celle-ci peut effectivement débiter par un régime et d'une manière d'autant plus insidieuse que le prescripteur est légitime (le médecin) ou que les « accompagnateurs » qui s'astreignent aux mêmes contraintes se trouvent à l'intérieur de la famille. Pour les filles dans ce cas de figure, dans un premier temps, les restrictions n'ont rien de secret, les acteurs professionnels ou profanes aident même à l'acquisition des techniques et savoirs nécessaires à l'amaigrissement. Dans une seconde modalité, la perte de poids précède le régime, une perturbation des habitudes alimentaires conduit à maigrir aisément et déclenche ensuite un comportement d'engagement dans l'anorexie. Enfin, une troisième manière de commencer consiste à ne pas faire seulement un régime. Le régime alimentaire s'inscrit dans toute une série de changements simultanés allant des pratiques vestimentaires aux habitudes de travail. [...]

Une fois la phase de l'engagement passé il faut ensuite continuer, c'est-à-dire réussir à tenir les restrictions dans le temps. Dans cette seconde période, la rationalisation des techniques et l'attention portée aux différentes formes d'évaluation est cruciale. Le travail permanent de calculs caloriques, les pesages réguliers, les essais vestimentaires jouent comme des instruments de contrôle et d'encouragement. [...] Cette période est aussi celle où s'affinent les sensations liées aux effets du régime comme celle de l'euphorie, de légèreté, d'impression de se sentir forte, qui toutes concourent au goût pour la maigreur. Mais « continuer » devient plus difficile quant il faut maintenir l'engagement malgré les alertes et la surveillance. Le lanceur d'alerte agit sous le coup de l'inquiétude provoquée soit par la visibilité de l'amaigrissement, soit par des troubles associés (faiblesse, chute, ...). L'anorexique entre alors dans le circuit des professionnels. [...] Prise dans un réseau de surveillance de plus en plus dense, la jeune fille est amenée à faire preuve de ruse allant jusqu'aux mensonges et aux leurres pour continuer son activité. L'auteur repère ensuite la phase de la prise en charge par l'institution médicale. Celle-ci revendique la prise en charge du corps de l'anorexique, notamment dans les cas d'extrême faiblesse où s'impose la réalimentation par voie intraveineuse. Accepter, cette prise en charge entraîne une remise en question de l'identité qui consiste d'une part à se reconnaître anorexique, d'autre part à y voir une pathologie et donc « vouloir en sortir ». La guérison donne lieu à deux définitions en fonction de ses effets sur l'identité. La maladie peut être considérée soit comme une parenthèse, une défaillance passagère, et guérir consiste alors à revenir à l'identité antérieure. Mais le passage par l'anorexie, peut également permettre de devenir ce qu'on n'était pas : la sortie de la carrière bâtit une identité plus en rupture qu'en continuité. Darmon M., *Approche sociologique de l'anorexie : un travail de soi*. Thèse de sociologie, Paris V, 2001. (cité par Duret Pascal et Roussel Peggy, *Le corps et ses sociologies*, Nathan, 128, Paris, 2003. P.67-69)

C. Les maladies chroniques

Les caractéristiques de la maladie chronique

Depuis que la médecine moderne maîtrise les maladies infectieuses et parasitaires, le paysage des pathologies s'est modifié dans les pays industrialisés: affections cardio-vasculaires, cancers, diabète, atteintes respiratoires ou rénales...sont aujourd'hui les problèmes les plus préoccupants pour la collectivité. En d'autres mots, ce sont les maladies chroniques qui constituent désormais les

pathologies dominantes dans nos sociétés mais, de part leurs caractéristiques propres, ces maladies connaissent une situation sociale encore mal définie.

Reprenons de manière synthétique ces caractéristiques :

- L'incertitude liée aux connaissances médicales disponibles dans ce domaine et au fait que les perspectives de guérison paraissent encore lointaines malgré les avancées scientifiques.
- La durée de ces maladies, qui peuvent durer aussi longtemps que durera la vie du malade. La maladie n'est donc pas un état temporaire à supporter mais implique nécessairement une véritable transformation de la vie sociale et privée du malade.
- L'impossibilité de guérir qui caractérise ces maladies met en péril le schéma médical classique « symptôme – diagnostic – traitement – guérison ». Il ne s'agit donc plus d'assurer la guérison du malade mais bien de *gérer* une nouvelle situation de dépendance à la fois sur le plan médical mais aussi sur le plan social face aux autres membres de la société (famille, entreprise, professionnels de la santé divers,...). Dans cette gestion, les réponses habituelles à la maladie aiguë sont inopérantes puisque la maladie chronique demande la réorganisation de toute une série de rapports sociaux.

Ces caractéristiques révèlent le statut particulier des maladies chroniques qui, au-delà d'une douleur physique et morale continue, déterminent le mode de vie des individus qui en souffrent. Comment cette situation sociale exceptionnelle peut-elle être analysée à la lumière des modèles sociologiques de la maladie ?

Le malade chronique : un nouveau rôle de malade ?

Quelle que soit la référence théorique adoptée, on peut relever une évidence : la maladie désorganise les rapports sociaux et les ajustements d'une personne à la société et ce, dans toutes ses insertions sociales immédiates (famille, travail, vie publique,...).

Selon le fonctionnalisme de Parsons, le rôle de malade permet à un individu de ne pas remplir toutes ses obligations sociales ordinaires sans menacer le fonctionnement du système global puisque la médecine va contrôler cette déviance en la légitimant sous certaines conditions. Pour Parsons, les rôles de malade et de médecin font partie d'un ensemble d'attentes normatives que partagent les membres de la société. Mais cette description typique du rôle de malade n'est pas applicable à la situation du malade chronique :

" Ainsi certaines dimensions du rôle [de malade] n'ont pas de sens, voire même sont contradictoires avec leur but dans le cadre des maladies chroniques : par exemple l'exemption temporaire des obligations sociales ne se justifie (dans le modèle parsonnien) que par le but d'un retour à la santé qui n'existe pas dans le cadre d'une maladie chronique ; de même, l'obligation de s'en remettre aux médecins de façon régressive (selon Parsons) n'est pas indiquée dans le cas des maladies chroniques car cela renforcerait sur le long terme la tendance du malade à

abandonner la lutte ; ou encore l'obligation de rechercher une aide compétente n'a guère de portée lorsque la médecine n'a aucun traitement à offrir. "
(Baszanger, 1986 : 7)⁵²

Freidson a repris ces critiques du rôle selon malade selon Parsons par rapport aux maladies chroniques tout en développant une autre approche théorique de la dimension sociale de la maladie : **l'approche situationnelle**. Cependant, si Freidson a mis en évidence la particularité de la maladie chronique (notamment sa durée, en parlant de la maladie comme **processus** où le malade passe par différents stades), il n'échappe pas à la tentation de définir le malade comme étant doublement *épinglé* : d'une part, le malade serait passif et donc absent dans la relation thérapeutique ; d'autre part, il serait maintenu au sein de la médecine et de ses institutions.

Le patient chronique et l'ordre négocié

Dans la suite des travaux d'Anselm Strauss, Isabelle Baszanger a étudié le rôle du malade chronique dans les négociations des soins. Elle insiste avant tout sur l'abandon de toute perspective *médico-centriste* : d'une part, la maladie ne se limite pas à l'institution médicale mais elle entraîne une désorganisation plus large des rapports sociaux entre le malade et la société globale ; d'autre part, la toute puissance de la profession médicale dans la définition et le traitement des maladies doit être remise en question, surtout dans le cas des maladies chroniques où la crise se routinise et fait l'objet d'un ajustement permanent de la part du malade. Dans le cas de la maladie chronique, il y aurait donc un ensemble d'interactions entre des individus qui poursuivent le même but : non pas guérir la maladie mais bien la contrôler et la gérer au quotidien.

Le malade chronique est actif et se retrouve en plein cœur du travail médical : il apprend à reconnaître et à évaluer ses symptômes, il participe à ses propres soins, il négocie les modalités du diagnostic et du traitement avec son médecin pour arriver à un consensus, il adapte et gère l'application de son traitement au quotidien, il réorganise son mode de vie en fonction de critères sociaux et non médicaux (gestion du temps, visibilité sociale...), et il peut aussi, dans certains cas, décider d'abandonner tout suivi médical.

S'il est vrai que, dans ce modèle de l'ordre négocié, contrairement aux modèles de Parsons et de Freidson, le malade est reconnu comme un acteur qui peut négocier la définition sociale de sa maladie (notamment les conséquences du traitement continu et la désorganisation de sa vie privée et sociale), cela n'empêche pas qu'un conflit de perspectives sous-tend la relation malade-médecin parce que ces deux acteurs ont des définitions différentes de la situation.

En effet, pour Isabelle Baszanger, deux types de logiques se rencontrent dans **la relation thérapeutique** : alors que le médecin poursuit une logique de *contrôle de la maladie* (stabiliser l'état physique à long terme), le malade, lui, poursuit une logique de *contrôle des symptômes* (adaptation de son mode de vie à court terme). Il s'agit donc d'arriver à un consensus minimal entre ces deux points de vue.

⁵² Section rédigée sur base du texte d'Isabelle Baszanger, *Les maladies chroniques et leur ordre négocié*, Revue Française de Sociologie, XXVII, 1986, pp. 3-27.

Etude de cas :

Prenons un exemple, celui du diabète insulino-dépendant, pour résumer les propos théoriques de Baszanger (1986 : 20) :

" Reprenons un cas précis, celui du diabète insulino-dépendant, pour bien résumer. Il est dû à une insuffisance de sécrétion d'insuline par le pancréas. Pour y remédier, on doit procéder à un apport quotidien d'insuline dosé en fonction d'analyses, elles aussi quotidiennes (il s'agit donc bien d'un traitement palliatif et non curatif). Le malade effectue lui-même ces examens, il a un rôle d'évaluateur. A partir du résultat des examens, et de la lecture de signes physiques (suées, vertiges, malaises...), il dose la quantité d'insuline dont il a besoin. A cet égard, il y a eu déléation de connaissances du médecin vers le malade qui décide lui-même au jour le jour. C'est justement le contenu de ces évaluations quotidiennes qui peut opposer médecin et malade. Par exemple, un malade diabétique, sachant qu'il doit participer à un repas à l'extérieur, peut décider, contre le programme médical, de surdoser son insuline pour éviter des accidents gênants (vertiges, évanouissements...) qui peuvent survenir car ce n'est pas lui qui décide de la composition des repas. Le médecin est contre ces pratiques à cause des conséquences potentielles qu'elles ont à long terme (par exemple, graves lésions oculaires) et qui auraient pu sans doute être évitées. "

Cet exemple met en évidence le pouvoir du malade dans la gestion quotidienne de sa maladie tout en insistant sur le fait qu'il lui faut aussi adapter ses comportements dans de nombreux domaines de la vie sociale. Baszanger veut donc montrer que l'univers médical n'est qu'un sous-ensemble du monde de la maladie chronique puisque le malade doit recomposer toute une série de rôles sociaux et de règles dans chaque monde social dont il fait partie (la famille, le travail, les hobbies, les amis...). Le malade chronique, à l'intersection de ces mondes, poursuit donc son intervention comme acteur de la construction négociée de la maladie avec des nouveaux et des anciens acteurs pour assurer le maintien de ses insertions sociales habituelles. La réflexion du professionnel de santé ne doit donc pas se limiter aux facteurs physiologiques, elle doit aussi prendre en compte les difficultés sociales que rencontre le malade.

Si cette analyse a le mérite de reconnaître le pouvoir du patient face à la profession médicale, l'auteur nous met cependant en garde : ce centrage sur l'expérience du sujet malade dans sa vie quotidienne ne doit pas conduire à le définir comme « complètement malade », c'est-à-dire qu'il ne faut pas définir l'individu seulement par rapport à sa maladie, afin d'éviter autant que possible les effets pervers des étiquettes et du stigmatisme.

Liens : chapitre III

Chapitre III

Regards socio-anthropologiques sur la relation thérapeutique entre le professionnel de santé et le patient

3. CHAPITRE III : REGARDS SOCIO-ANTHROPOLOGIQUES SUR LA RELATION THERAPEUTIQUE ENTRE LE PROFESSIONNEL DE SANTE ET LE PATIENT

3.1. Expliquer et donner du sens

3.1.1. Comment le malade trouve-t-il un sens à la maladie ?

Le chapitre précédent a montré que la culture des professionnels de la santé décrivait préférentiellement la maladie sous l'angle « disease ». Selon cette perspective, la maladie est une réalité objective, une réalité que l'on peut mesurer et quantifier parce qu'elle constitue un phénomène dont les caractéristiques sont identifiables. Mais que se passe-t-il du côté du malade lui-même? Comment une personne interprète-t-elle sa maladie ? Comment explique-t-elle son ressenti du passage entre « être en bonne santé » et « être malade » ?

Bien que ces explications, et les représentations qui les soutiennent, soient individuelles, elles s'articulent toutes autour de quelques questions qu'une personne se pose lorsqu'elle est, ou se sent, malade. La compréhension du sens de ces questions permet de bien comprendre que la maladie est un événement qui concerne l'ensemble de l'existence sociale d'une personne.

Tableau III.1. Questions que se pose un malade

Questions	Fonction	Exemple : le psoriasis ?
1. Que s'est-il passé ?	Organiser les symptômes et les signes dans un ensemble qui soit reconnaissable	J'ai des démangeaisons et des plaques rouges sur mon avant bras et sur ma tête. Je me gratte, mais c'est pire. En plus j'ai des peaux sèches qui tombent, et j'en avais sur ma chemise noire. C'est peut-être un eczéma.
2. Pourquoi est-ce arrivé ?	Expliquer les causes ou les conditions	J'ai été stressé ces derniers jours, à moins que ce soit l'alimentation ? Mais je ne me souviens pas d'avoir mangé quelque chose de contraire.
3. Pourquoi moi ?	Rechercher des causes attribuées au patient (comportement, alimentation, génétique, histoire familiale, ...)	Dans ma famille, on est tous allergique avec de l'eczéma, et en plus je mange trop épicé.
4. Pourquoi maintenant ?	Trouver un sens au développement de la maladie	Ce n'est pas la première fois, mais c'est revenu, et ça ne veut plus partir.
5. Que m'arrivera-t-il si l'on ne fait rien ?	Envisager les dangers, le futur pour le patient	Si ça continue, ça pourrait s'étendre à d'autres zones du corps : ça deviendrait plus grave
6. Que va-t-il se passer pour ma famille, mes enfants, mes amis, mon travail, ... ?	Envisager les risques pour les personnes de l'entourage	Que va penser ma femme de ma peau d'éléphant ? Vais-je pouvoir continuer mon travail de vendeur où je dois être impeccable ? Et si je perds mon travail comment je vais payer les études de ma fille ?
7. Que vais-je faire ? qui peut m'aider ?	Déterminer mes stratégies d'action pour les soins (consultations, médicaments, prières, ...)	J'ai demandé à un collègue qui m'a dit que son oncle avait eu la même chose, et il m'a conseillé d'aller voir le docteur. Mais j'ai déjà acheté des crèmes homéopathiques et ça va déjà mieux.

Les réponses à ces questions ne sont pas fixées une fois pour toute dans le chef du patient. Elles vont varier en fonction des situations (par exemple, il ne dira pas certaines choses au médecin) et en fonction de l'évolution de la maladie. Néanmoins, ces réponses seront en partie façonnées par le statut socio-économique (en quoi la maladie est par exemple invalidante pour exercer mon travail), l'âge et la culture de la personne (quelles sont les causes admises d'une maladie : virus, bactéries, mauvais sort, malchance, ...).

Des réponses récurrentes peuvent exister dans certains groupes humains. Lorsque ce type de réponses récurrentes existe, on parlera d'un modèle d'illness : « *des syndromes pour lesquels les membres d'un groupe affirment souffrir et pour lesquels leur culture fournit l'étiologie, le diagnostic, les mesures préventives et le régime de soin* ». (C.G. Helman, 2007 :132). Le « refroidissement », le « cancer », la « peste » correspondent assez bien à des modèles d'illness. Ces modèles sont ensuite utilisés pour d'autres maladies, par exemple le SIDA a été parfois désigné comme le « cancer gay », ou, en Italie, le cancer du sein comme une peste.

Les modèles d'illness sont en partie appris en tant que membre d'un groupe dans une société donnée. Ainsi la famille, l'école, les médias vont-ils contribuer à inculquer ces modèles. Parce qu'ils sont en partie culturels et en partie modelés par les représentations sociales, ces modèles s'appuient sur des valeurs qui dépassent le champ médical en incluant des valeurs morales. Par exemple, celui selon lequel il existe un lien entre un environnement respecté et santé : l'apparition de certaines maladies est perçue comme une sorte de vengeance de la nature face à la surexploitation dont elle fait l'objet. Ou encore que la maladie est due à un conflit avec des membres de la famille, alors que pour cette personne la famille unie représente la norme sociale.

L'anthropologue américain Weiss (dans C.G. Helman, 2007 : 133) précise que les modèles d'illness fonctionnent à partir de métaphores, c'est-à-dire à partir d'images et de comparaisons. Ainsi, il a collationné les métaphores du cancer, du SIDA et de l'infarctus en Israël. Le cancer est vu comme un flux de destruction et de transformation du corps. Il est comparé à un ver ou un « alien » qui ronge certaines parties du corps de l'intérieur. Le SIDA est plutôt vu comme quelque chose qui fait partie de la personne entière, c'est tout le corps qui est affecté. A l'inverse du cancer, le SIDA vient de l'extérieur. Les métaphores de l'infarctus sont moins focalisées sur le fait que quelque chose ronge ou attaque le corps, elles sont plutôt de l'ordre d'un problème de tuyauteries bouchées. La référence à l'une de ces métaphores peut augmenter l'anxiété du patient.

Etude de cas : transformations des représentations suite à un cancer

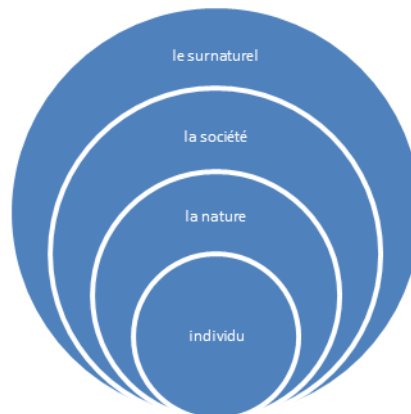
Bien que la plupart des malades se disent confiants dans la médecine, et plus encore dans leur oncologue, naît la certitude que la guérison tient à un état d'équilibre personnel dont le ressort se trouve en soi [...] Décrire ce parcours si singulier n'indique en rien qu'il améliore le pronostic de guérison, mais ceux qui s'y engagent pensent qu'il améliore leur survie et surtout leurs conditions d'existence. « *Se consacrant à eux-mêmes* », pour reprendre une expression souvent entendue, du moins plus que par le passé, ces malades sont aussi plus vigilants. Par exemple, souvent ils devinent leur rechute avant que leur médecin en ait confirmation. Mais surtout, pour ceux qui ont croisé le cancer, et dont beaucoup savent qu'ils vivent avec, naît une conscience de leur différence qui se prolonge très au-delà du soin. [...] Les verrous de la conscience de la différence sautent les uns après les autres, donnant forme au sentiment d'appartenir à une communauté qui ne correspond en rien à l'image révolue de la cohorte des cancéreux. La différence dont il est question ici ne tient pas à la pathologie cancéreuse, mais à ce que le cancer a révélé en soi comme conscience des ordres sociaux, de la place que l'on y tient, des organisations qui en découlent, des jeux de rôle, des identités et des socialisations. Avancer dans cette voie suppose toutefois des confrontations brutales avec l'ordre culturel et ses représentations sociales. Par exemple, le sentiment de différence est surtout inspiré par une conscience de la mort, de sa mort et surtout de la mort que l'on est soudain susceptible de laisser aux autres [...] et que l'on veut protéger de ses désordre personnels. Cette rupture avec les autres, y compris les très proches, ne se partage jamais réellement. Sauf avec les autres ressemblants, dont les autres malades qui ont osé s'engager dans ce travail de réflexion, plus seulement sur soi, mais sur soi en société.

Philippe Bataille, Le cancer comme (re)découverte de soi in *La santé un enjeu de société*, Hors-série Sciences Humaines, n°48, mars-avril-mai, 2005, pp. 29-30.

3.1.2. Quelles sont les causes ?

De manière pratique, les étiologies peuvent être classées en quatre grands groupes qui ne sont pas exclusifs. Chaque personne, chaque malade se construit une étiologie propre qui puise dans chaque groupe. Les groupes d'étiologies permettent de mieux comprendre comment et pourquoi les patients composent des réseaux thérapeutiques en cherchant une réponse considérée comme efficace pour chaque cause de la maladie.

Figure III.1. Quatre grands groupes d'étiologie



L'individu

L'individu est le responsable de sa maladie. Cette explication est la plus fréquente en Occident où la maladie est souvent attribuée à un manque de soin de soi : ne pas respecter la diététique, avoir un style de vie malsain, un comportement sexuel inadéquat, une consommation d'alcool et de tabac, ... Cette explication est culpabilisante pour l'individu et contribue à stigmatiser l'obésité, l'alcoolisme et les maladies sexuellement transmissibles, et en général les comportements qui sortent de l'ordinaire comme marcher sous la pluie sans veste ou sans parapluie (comportement sanctionné par un refroidissement).

Cette étiologie comprend aussi les explications liées aux maladies héréditaires. Et de manière plus surprenante les affections dues aux bactéries et au virus. En effet, si l'individu est infecté c'est avant tout qu'il est faible parce qu'il n'a pas pris soin de lui (carence en vitamines par exemple), qu'il n'a pas été assez prudent, qu'il ne pratique pas une forme de prévention.

La nature

Il s'agit de tous les aspects de l'environnement vivant et non vivant qui peuvent causer des maladies. En particulier l'on y retrouve les conditions climatiques (la pluie, le soleil), les animaux, les insectes, les allergènes, les pollutions.

La société

Il s'agit à la fois des maladies ou blessures causées par autrui, mais aussi des maladies dont on attribue la cause à l'organisation sociale. Par exemple, le stress est attribué à l'organisation du travail, à l'ambiance familiale, aux études, ...

Plus rare dans les pays industrialisés, cette étiologie comprend aussi les « attaques de sorcellerie » ou les maladies dont on attribue la cause au mauvais œil.

Le surnaturel

La maladie est décrite comme une action des forces surnaturelles comme les dieux ou les esprits.

Etude de cas : raconter sa maladie

Bonjour !

C'est la première fois que je poste sur Doctissimo car je suis désespérée... Comme le titre l'indique j'ai une 30aine si pas plus de petits boutons... sur chaque pied. Ils partent des orteils et se font plus rares à partir de la cheville. Au niveau des mollets il y en a encore pas mal (surtout à l'arrière et pli du genou). Ensuite maximum 3-4 au niveau des cuisses/ventre. Ca ne va pas plus haut.

A première vue on dirait des boutons de moustique, d'ailleurs c'est ce que j'ai cru pendant plusieurs semaines (je n'en avais que 2-3) puis ça a empiré et chaque jour de nouveaux boutons s'ajoutent. Aujourd'hui certains ressemblent toujours à de bêtes boutons de moustique mais d'autres sont plus petits et d'autres encore sont larges comme des plaques.

Evidemment, un bouton ça chatouille énormément, alors imaginez ce que je dois ressentir à chaque instant. J'en suis arrivée à me gratter avec un peigne car je n'ai pas d'ongles et c'est insupportable...

J'ai été voir mon médecin généraliste qui m'a simplement dit "il faut chercher des bêtes" et m'a prescrit une pommade et du talc qui ne calment rien du tout.

Ca ne peut pas être des bêtes: Vapona partout et je ne croise jamais de moustiques, pas de puces car mes chats sont traités, pas de punaises ni araignées... Et surtout: mon compagnon n'a absolument RIEN, même pas un seul bouton.

Alors j'ai pensé à une allergie alimentaire mais mon médecin m'a dit que l'allergie circule dans le sang et donc j'aurais des boutons partout et pas seulement sur les membres inférieurs.

Je précise que ma mère a Jessner Kanof (maladie de la peau) et que j'ai pris un antihistaminique qui n'a rien fait. Je n'ai pas non plus quitté l'Europe et je ne porte que des ballerines ou tongs. 1 mois d'attente pour aller chez le dermatologue... et ça devient vraiment insupportable. Au secours!

Est-ce que c'est déjà arrivé quelqu'un? Une idée? Où chercher?

Merci d'avance !

3.2. Du symptôme clinique à la réaction du malade

3.2.1. Un exemple de description médicale : le lumbago

Le lumbago est un terme qui est utilisé, dans le langage courant, pour désigner différents types de lombalgies, ou à tout le moins, différentes circonstances de survenue de cette douleur. La description médicale de ce symptôme, telle qu'on la retrouve dans pratiquement tous les livres de médecine, est, elle, très précise et stéréotypée :

- le symptôme (et en particulier la douleur) est le plus souvent d'apparition soudaine, en quelques secondes ou minutes, ou parfois rapidement progressive en quelques heures;
- Les symptômes consistent en une vive douleur qui est localisée dans la région lombosacrée et qui est associée à une contracture musculaire réflexe des massifs musculaires paravertébraux; la douleur est augmentée par la toux et la défécation;

- la contracture musculaire a pour effet de produire un effacement de la lordose (concavité) lombaire et de produire une déviation scoliootique du tronc (figure II.4).

L'image radiologique, sur une radiographie standard, est soit une image normale, soit montre un pincement discal localisé avec ou sans une ostéophytose associée. Il est à noter que vu le peu d'informations apportées par la radiographie, cet examen est actuellement déconseillé, du moins initialement, dans ce type de problème médical.

La figure III.2 illustre l'allure typique d'un patient frappé par le lumbago: déviation (scoliotique) de la colonne, spasme musculaire dans le bas du dos, et le cas échéant douleur irradiée, transmise dans la fesse, la cuisse et le mollet (par irritation du nerf sciatique).

Figure III.2 : Allure typique d'un patient frappé par le lumbago

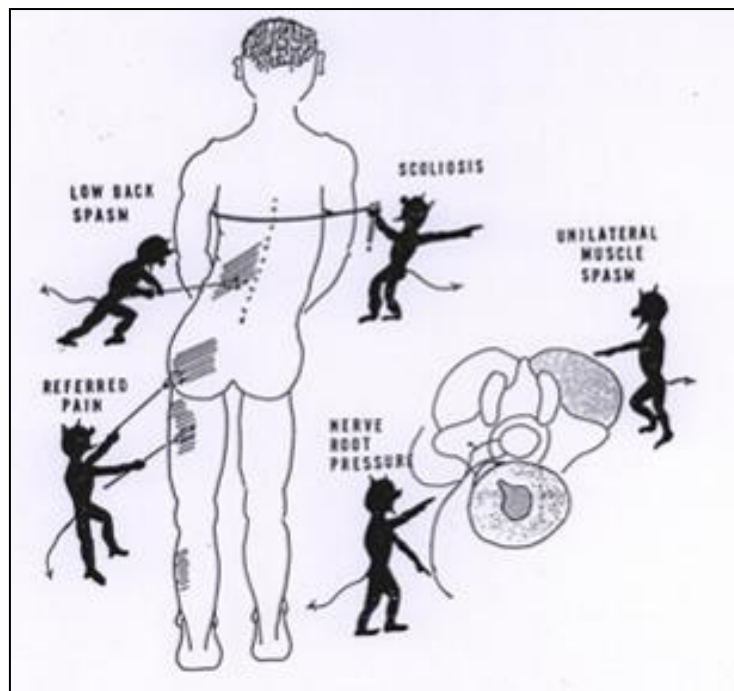
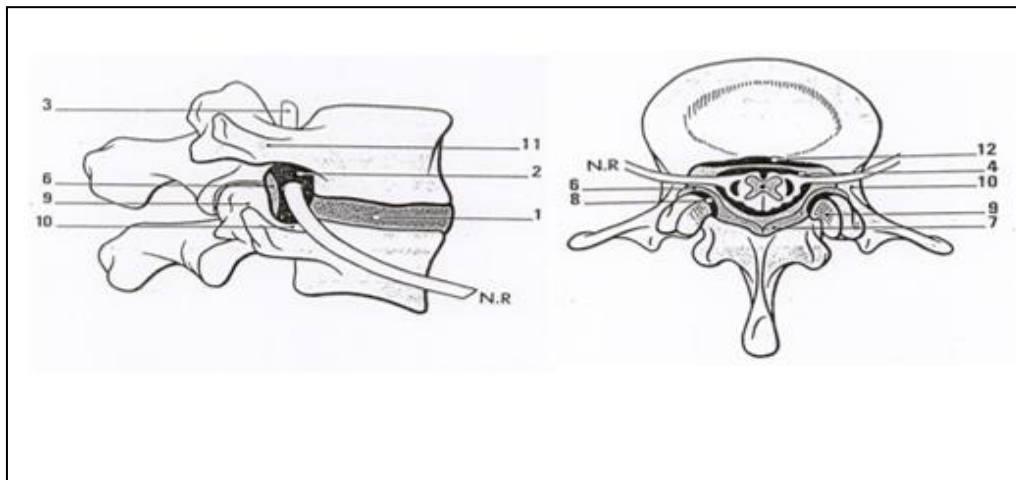
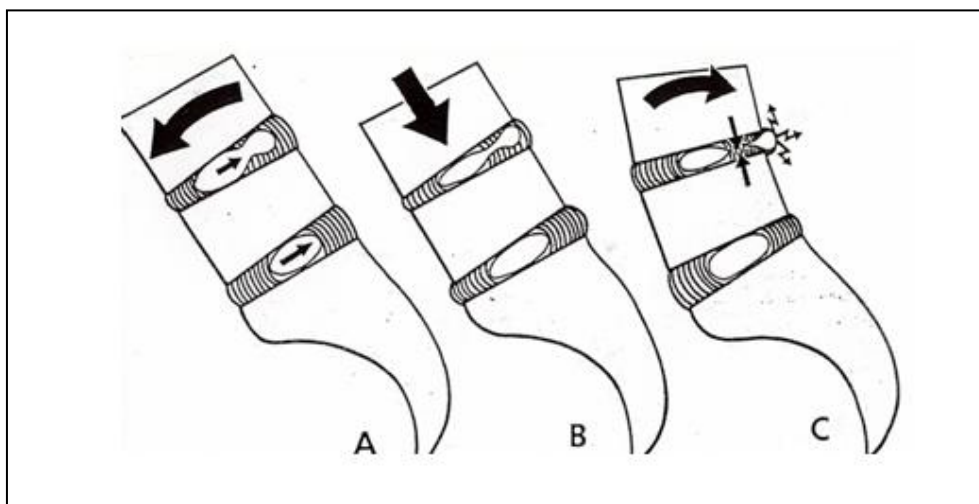


Figure III.3. Mécanisme de la hernie lombaire en flexion-compression (d'après Kapandji, 1975)



La figure III.3 illustre le mécanisme classique de la hernie discale : celle-ci fait irruption à l'arrière du disque intervertébral et met sous tension les fibres du ligament vertébral commun postérieur, ligament qui est très richement innervé par des filaments nerveux. La douleur immédiate qui en résulte et l'activation nerveuse associée provoquent alors une contracture musculaire réflexe. Ce mécanisme n'entraîne pas par lui-même une compression d'une racine du nerf sciatique (figure III.4). Cependant, dans certains cas, le processus expansif de la hernie discale peut venir irriter ou comprimer la racine nerveuse au sortir du trou de conjugaison; dans ces cas seulement, le patient ressentira une douleur qui "lance" dans la jambe et éventuellement jusqu'au pied.

Figure III.4. Mécanisme de la hernie lombaire en flexion-compression (d'après Kapandji, 1975)



Lorsque le patient se plaint d'avoir, ou d'avoir eu, ce type de douleur dans la jambe, les livres de médecine recommandent l'exécution d'une épreuve clinique particulière, appelée le "test de Lasègue". La position dans laquelle il faut placer le patient est décrite dans les figures III.5 et III.5bis et l'épreuve est décrite dans le texte ci-dessous.

Epreuve d'élévation de la jambe en extension (signe de Lasègue)

" Cette épreuve est effectuée afin de reproduire une douleur du dos et de la jambe pour en rechercher sa cause. Demandez au patient de s'étendre le dos contre la table d'examen. Elevez sa jambe en maintenant son pied autour du calcanéum. Le genou doit rester droit. Pour s'assurer de cela, placez votre main libre sur la face antérieure du genou afin de prévenir toute flexion. Le niveau auquel la jambe peut être élevée sans désagrément ou douleur varie. Normalement, l'angle entre la jambe et la table mesure approximativement 80°. Si l'élévation de la jambe droite est douloureuse, vous devez déterminer si la pathologie relève du nerf sciatique ou d'une déchirure des muscles postérieurs de la cuisse. Une douleur des muscles postérieurs de la cuisse siège uniquement au niveau de la cuisse postérieure, alors que la douleur sciatique descend le long de toute la jambe. Le patient peut également se plaindre de lombalgies basses et, parfois, d'une douleur dans la jambe opposée (épreuve croisée définitive d'élévation de la jambe en extension). Au niveau où le patient ressent une douleur, abaissez légèrement sa jambe et mettez en dorsiflexion son pied pour étendre le nerf sciatique et reproduire la douleur sciatique. Si le patient n'éprouve pas de douleur à la dorsiflexion du pied, la douleur provoquée par l'élévation de la jambe droite est probablement due à une déchirure musculaire. S'il y a une réponse positive à l'épreuve d'élévation de la jambe droite et à la manœuvre de dorsiflexion, demandez au patient de localiser, aussi précisément que possible, l'origine de sa douleur. Elle peut siéger soit au niveau du rachis lombaire, soit en n'importe quel point du trajet du nerf sciatique " (d'après Hoppenfeld 1990).

Figure III.5. Epreuve d'élévation de la jambe en extension (signe de Lasègue)

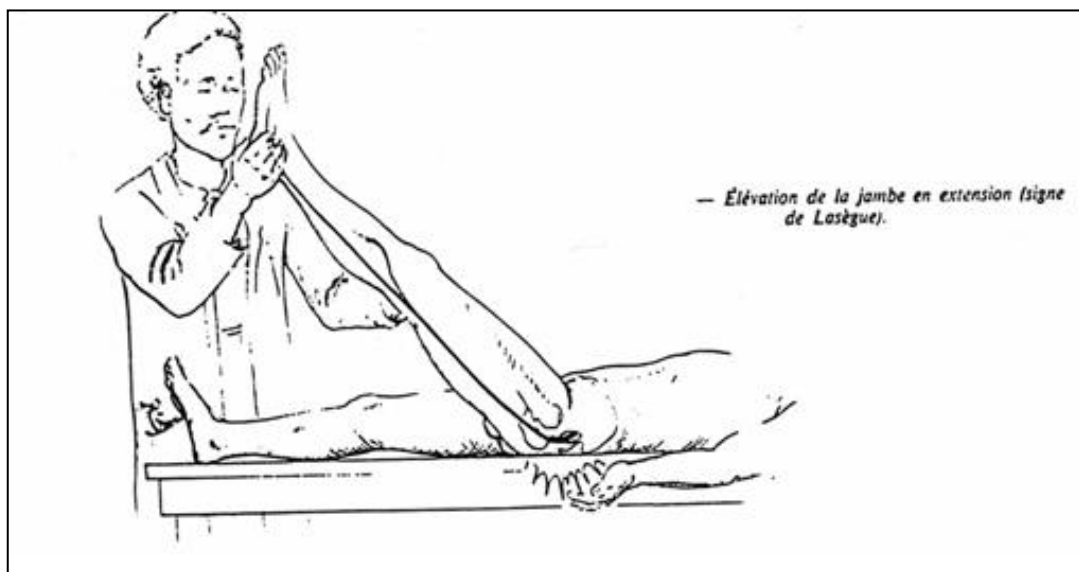
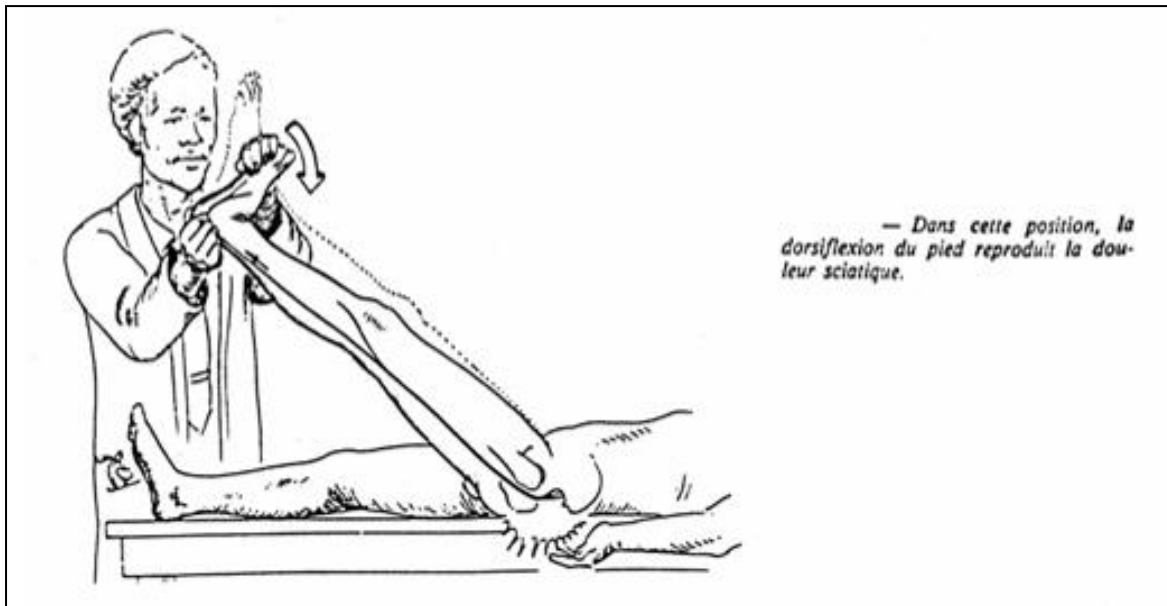


Figure III.5.bis Epreuve d'élévation de la jambe en extension (signe de Lasègue)



3.2.2. Quels processus sont déclenchés chez le malade ?

La description du lumbago, reprise dans l'exemple précédent, donne peu d'informations sur la façon dont le malade concerné va ressentir sa douleur, va l'analyser, l'interpréter, et s'efforcer d'y réagir. De façon schématique, l'apparition d'un symptôme chez un malade déclenche la succession de **trois processus distincts** :

- *La perception d'une sensation ou d'une modification physique* : cette sensation peut être une simple gêne, une douleur plus ou moins vive, ou encore une perturbation d'une fonction corporelle. Dans ce dernier cas, la personne peut prendre conscience de l'existence de cette fonction dans la mesure où quelque chose semble se dérégler: par exemple la simple sensation d'une lourdeur au niveau des globes oculaires, habituellement totalement insensibles; ou encore de discrets vertiges qui font prendre conscience de l'existence de cette fonction d'équilibre assurée par l'oreille interne.
- *L'analyse cognitive de la perception sensorielle évoquée au point précédent* : la personne porte un jugement sur la sensation nouvelle pour en déterminer éventuellement le caractère anormal ou à tout le moins inhabituel.
- *La réponse émotionnelle* : à partir du moment où la sensation, ou la perturbation fonctionnelle, est jugée anormale, peut apparaître un certain degré d'inquiétude, voire d'anxiété quant aux conséquences potentielles de ce signe, à sa signification pour la santé à court terme ou à long terme.

L'existence de ces trois processus distincts permet de comprendre que face aux mêmes symptômes, face au même signal envoyé par le corps, les réponses au niveau individuel peuvent varier de façon très importante. En effet, les individus peuvent différer dans l'analyse cognitive du signal corporel, certains le considérant anormal, d'autres le situant encore dans la marge de la normalité.

Lorsque deux personnes estiment ledit signal anormal, elles peuvent encore différer dans leur réponse, quant à l'interprétation des conséquences que ce signal peut entraîner. Ainsi face à l'émergence d'un symptôme, a priori non seulement anormal mais inquiétant, certaines personnes tâcheront de consulter le plus rapidement possible un professionnel de santé, d'autres envisageront cette solution mais ne s'y résoudront qu'après un long délai, d'autres enfin poursuivront leurs activités comme si de rien n'était, en s'enfermant dans un processus de déni de la menace de maladie.

La réalité de ce phénomène de différenciation interindividuelle par rapport aux symptômes est illustrée par l'étude suivante. Il s'agit d'une étude bien connue dans la littérature relative aux maux de dos ; elle a été réalisée par un chirurgien orthopédiste suédois dans la ville de Göteborg et publiée en 1969. Ce médecin s'est intéressé à l'apparition des problèmes de dos dans un échantillon de la population de la ville, et a essayé d'identifier la réponse au symptôme des personnes souffrant du dos.

L'étude a consisté à comparer **deux groupes**:

- Le groupe des "*cas*", c'est-à-dire 212 patients qui avaient été en absence-maladie pendant au moins 7 jours durant l'année 1964 à cause du mal de dos, et cela sur base des relevés de la sécurité sociale suédoise. Ces 212 patients constituaient un échantillon, obtenu par tirage au sort aléatoire, parmi environ les 9.000 cas de lumbago survenus cette année-là à Göteborg.
- Le groupe des "*témoins*": 212 personnes qui, contrairement au groupe précédent n'avaient pas été en absence-maladie pour mal de dos ni en 1964 ni durant les années précédentes (à tout le moins sur la base des statistiques de sécurité sociale). Ces 212 personnes avaient été choisies de telle façon à être appariées pour l'âge, le sexe, et le niveau de revenus par rapport aux 212 patients du groupe précédent.

Les personnes des deux groupes ont fait l'objet d'une interview par l'auteur, d'un examen clinique approfondi, et de certains examens complémentaires (radiographie). Sur la base de cette enquête, l'auteur a observé la répartition suivante en ce qui concerne les antécédents de mal de dos (tableau III.2).

Tableau III.2. Etude J. Horal (1969): The clinical appearance of low back disorders in the City of Gothenburg

	CAS	TÉMOINS
Antécédents LBP (%)	211 (99,5)	141 (66,5)
Sans antécédents	1 (0,5)	71 (33,5)

Ce tableau montre que parmi les 212 personnes ayant été absentes à cause du mal du dos durant l'année 1964, une personne a de bonne foi dit au médecin investigateur qu'elle n'avait pas eu mal au dos cette année-là; ceci illustre les limites de la mémoire humaine. Par contre, dans le groupe des "témoins", nous observons que parmi les 212 personnes a priori saines (c'est-à-dire sans mal de dos), 141 d'entre elles disaient avoir souffert du dos, soit les 2/3 de ce groupe. L'auteur s'est donc intéressé à comprendre pourquoi, pour le même symptôme (le mal de dos), 211 personnes avaient consulté un médecin et obtenu un certificat d'incapacité de travail tandis que 141 autres n'avaient pas été en absence-maladie. En interrogeant ces 141 sujets "témoins" sans absence-maladie, il a constaté que 72 d'entre eux (51,1%) avaient consulté un médecin lorsqu'ils avaient souffert du dos.

Il a alors voulu comprendre les raisons de cette non-demande de certificat d'incapacité de travail et il s'est intéressé à l'intensité de la douleur éprouvée par ces personnes. Sur base de l'interview rétrospective réalisée, 69 des 72 témoins ayant consulté le médecin disaient avoir souffert d'une douleur intense; c'était le cas pour 90 des 211 cas. Les autres personnes disaient avoir souffert de douleurs légères, soit respectivement 3 "témoins" parmi 72, et 51 "cas" parmi 211.

Ces chiffres montrent que ce n'est en tout cas pas le niveau de la douleur qui permet de comprendre pourquoi les "témoins", ayant consulté un médecin, n'ont pas sollicité un certificat d'incapacité de travail. L'interview approfondi réalisé avec chacun des "témoins" a permis de mettre en évidence certaines raisons pour lesquelles les "témoins" soit n'avaient pas consulté le médecin du tout, soit lorsqu'ils consultaient un médecin, n'avaient pas sollicité un certificat d'incapacité. **Trois raisons** principales émergeaient de l'étude:

- ces personnes jugeaient que cette maladie n'était pas très grave sur le plan médical et ne justifiait donc pas le recours au médecin;
- d'autres se disaient trop occupées par leurs activités professionnelles pour solliciter un certificat ou même pour consulter un médecin;
- enfin certains disaient avoir contrôlé par eux-mêmes le problème en prenant des médicaments anti-douleurs disponibles au domicile et en prenant éventuellement du repos lors des week-ends.

Cette étude montre donc combien peuvent être différents les comportements des personnes face à un même problème de santé. Ces différences de comportement par rapport à la maladie (en anglais: *illness behavior*) ont suscité beaucoup d'études scientifiques; les facteurs mis en évidence par ces recherches sont décrits dans la section suivante.

3.2.3. **Illness behavior : les facteurs qui influencent la réponse aux symptômes**

Le terme anglais *illness behavior*, littéralement *le comportement face à la maladie* (d'autres auteurs parlent de "comportement de malade" ou sick role), renvoie à la question suivante : quels sont les facteurs qui conduisent une personne à faire appel à un professionnel de santé, qu'il soit médecin, dentiste, kinésithérapeute, pharmacien ou praticien non conventionnel ?

En d'autres termes, il s'agit de comprendre par quels mécanismes les croyances et les attitudes des individus envers la maladie, mais aussi d'autres facteurs sociaux, peuvent influencer leur comportement face à ce qu'ils perçoivent comme nécessitant un traitement ou une consultation médicale.

Les déterminants de la réponse d'un individu face à l'apparition d'un symptôme, d'une douleur par exemple, sont multiples et leur interaction complexe. Au-delà du fait que ce qu'un individu considère comme "être en bonne santé" ou "être malade" peut varier en fonction de divers facteurs sociaux et culturels, d'autres facteurs sont susceptibles d'influencer la décision de consulter ou non un professionnel de santé.

Ainsi, de nombreuses études ont mis en évidence le profil socio-démographique des utilisateurs des services de santé. Deux groupes consommeraient davantage de soins de santé : les femmes et les tranches d'âge extrêmes (les plus jeunes et les plus âgés). Si ces études socio-démographiques donnent une description de qui a recours aux services de santé, elles ne permettent malheureusement pas de comprendre pourquoi ces personnes ont jugé nécessaire de faire appel à ces services.

Selon le modèle proposé par Mechanic (1978), la décision de consulter un médecin ne dépend pas uniquement de la présence de la maladie (état physique) mais aussi de la manière dont l'individu va répondre aux symptômes. Mechanic a ainsi identifié dix variables ayant une influence sur le fait de consulter ou non un médecin face à certains symptômes (d'après Scambler, 1991) :

LES DÉTERMINANTS DE LA RÉPONSE DE LA PERSONNE FACE AUX SYMPTÔMES

1. La visibilité, le caractère reconnaissable et l'intensité sensorielle des symptômes.
Certains symptômes sont facilement identifiables par l'individu qui décide alors de faire appel à un médecin (crampe abdominale, fièvre, accès de migraine...) alors que d'autres sont moins évidents (fébricules, fatigue, perte de poids progressive...) même s'ils peuvent, en réalité, cacher une maladie sérieuse telle qu'un cancer.
2. *Le degré de gravité des symptômes tel qu'il est perçu.*
L'individu consultera un médecin si les symptômes sont inhabituels, menaçants ou imprévisibles. Au contraire, il ne le fera pas s'ils sont courants ou d'origine évidente. Face à un symptôme, il y a également une évaluation implicite des risques présents et futurs que ce symptôme implique.
3. *Le degré de perturbation causée dans la vie familiale, professionnelle ou sociale.*
Ainsi, des chutes fréquentes mais imprévisibles de la tension artérielle, ou des accès subits de vertiges, peuvent interdire la poursuite du travail d'un chauffeur de bus. A l'inverse, l'anémie (diminution du taux d'hémoglobine et du nombre de globules rouges dans le sang), souvent associée à la grossesse, peut ne pas interférer sérieusement avec les activités professionnelles et domestiques de la femme enceinte.
4. *La fréquence d'apparition, la persistance et la récurrence des symptômes.*
5. *Le seuil de tolérance du malade aux symptômes*
La décision de consulter un médecin est aussi fonction de la capacité de l'individu de supporter la douleur, la gêne ou l'inconfort, voire des limitations fonctionnelles plus

importantes. Ainsi, les médecins sont parfois extrêmement surpris des limitations fonctionnelles ou esthétiques supportées par un patient avant de se décider à consulter ; c'est le cas pour certaines maladies de la peau touchant les parties couvertes du corps, ou pour les troubles urinaires causés par l'hypertrophie de la prostate chez l'homme après la cinquantaine.

6. *Le niveau d'information, de connaissances médicales et les représentations culturelles.*
Certaines personnes ont une meilleure image de leur schéma corporel que d'autres (lecture de magazines de santé, niveau d'éducation...) et identifient ainsi plus facilement les cas qui nécessitent vraiment une aide médicale.
7. *Les facteurs émotionnels qui conduisent au déni ou, au contraire, à la volonté de savoir.*
Certains consultent rapidement un médecin pour se rassurer alors que d'autres, au contraire, reportent leur consultation par crainte de voir le diagnostic qu'ils redoutent confirmé. Ainsi, une femme qui sent une "boule" dans son sein peut se précipiter chez le médecin ou, au contraire, postposer ce contrôle médical de peur qu'il ne confirme sa crainte que ce soit une tumeur cancéreuse.
8. *Le système personnel de valeurs : la santé face aux autres aspirations.*
Pour l'individu, la restauration d'un état de santé satisfaisant est un objectif parmi d'autres (travailler, garder les enfants, partir en vacances...) dont il faut évaluer les avantages et les inconvénients en fonction de la situation (calcul coût-bénéfice).
9. *Les interprétations données aux symptômes une fois qu'ils sont reconnus.*
La fatigue est une manifestation normale pour quelqu'un qui travaille beaucoup et dort peu. De même, le mal de dos est une conséquence normale pour celui qui effectue un travail physique lourd...
10. *L'accès aux soins*

Les facteurs qui déterminent l'accès aux soins sont multiples : proximité des services de santé, horaires des consultations, coûts des consultations (temps et argent), stigmatisation liée à la consultation pour certaines maladies...

De son côté, Zola (1973) a étudié le temps nécessaire aux individus pour prendre la décision de faire appel à une aide médicale. Il a observé que la majorité des gens tolérait les symptômes pendant un certain temps avant de consulter un médecin. En d'autres termes, la présence de symptômes ne suffit pas pour décider l'individu à consulter ; d'autres facteurs influencent cette décision, notamment : la pression de personnes de l'entourage pour convaincre la personne de consulter un médecin, les conséquences perçues par l'individu sur ses activités professionnelles et physiques ainsi que la fixation d'un délai d'attente avant de consulter ("Si ça ne va pas mieux lundi...").

En conclusion, on peut dire que la décision de faire appel ou non à une aide médicale professionnelle n'est pas simplement fonction du degré de la douleur ou de l'importance de l'incapacité associée aux symptômes. Cette décision dépend également de caractéristiques personnelles et de circonstances sociales hétérogènes.

Par conséquent, les individus qui consultent un médecin ne représentent qu'une fraction de la population "médicalement" malade : certains supportent la douleur ou le handicap, d'autres, nombreux, prennent des médicaments sans avis médical ou font appel à des traitements alternatifs (acupuncture, homéopathie,...). Deux études illustrent cette réalité :

- Lors d'un sondage de la *National Health and Lifestyle Survey* (Blaxter, 1990), 71% des participants définissaient leur état de santé comme "bon". Cela ne veut pas dire que ces individus ne présentaient pas de symptômes cliniques mais bien que, selon eux, leur présence ne justifiait pas l'intervention d'une aide médicale.
- Une étude entreprise par White (1961) auprès d'une population de 1000 adultes au cours d'un mois standard met en évidence que si 75 % des répondants avaient présenté l'un ou l'autre symptôme au cours des deux dernières semaines, seulement 25 % d'entre eux avaient consulté un médecin au cours de cette période ; neuf personnes avaient été hospitalisées, cinq avaient été adressés à un autre médecin et une seule personne avait été orientée vers un centre médical universitaire.⁵³

Les professionnels de la santé soulèvent encore un autre biais, dans le sens d'une surestimation des besoins de santé cette fois : il y aurait une large tendance, au sein de nos sociétés, de consulter un médecin pour des raisons futiles ou inappropriées. Dans un sens comme dans l'autre, ces résultats mettent en évidence l'écart qui peut exister entre la *demande* de soins de santé et les *besoins* réels de santé. Par "besoin", on entend ici le besoin *objectif* déterminé sur la base de critères scientifiques, épidémiologiques en particulier. Cette question est d'ailleurs au centre des recherches actuelles en économie de la santé : *Comment arriver à une définition du "besoin de santé" qui permette une meilleure gestion des systèmes de soins de santé ?*

3.3. Apprendre son métier

3.3.1. Les études médicales transforment ...

On ne naît pas soignant, on le devient – sauf dans la tradition des guérisseurs. L'anthropologue Byron Good (1998 :149) publie cet extrait d'interview d'une étudiante américaine en deuxième année de médecine :

« L'enseignement de la médecine est véritablement étrange. C'est une expérience émotionnelle forcée. Nous manipulons des cadavres, nous participons à des séances de laboratoire au cours desquelles nous examinons nos propres fèces, nous sommes enfermés [en hôpital psychiatrique] avec des patients qui hurlent. Ce sont là des expériences extrêmes, comme ce qui touche à l'occulte, ou comme un camp d'entraînement.

[...] ce n'est pas un simple prolongement de l'université. Celle-ci constituait également une expérience forte, mais qu'on pouvait mener sans devoir s'impliquer aussi totalement, tout en continuant à apprendre des choses. Il nous faut ici, prendre une part active à l'information. Quand on dissèque un cerveau, il y a une interaction entre ce que l'on fait et ce que l'on ressent. Regarde un peu avec quoi tu joues.

⁵³ Pour une analyse contemporaine de cette étude, voir Didier Giet, *Ecologie des soins médicaux, carré de White, soins primaires et médecine générale*, Revue médicale de Liège, 2006, 61 :5-6, pp.277-284.

J'ai l'impression de changer tous les jours davantage. Mon esprit se modèle de façon particulière – de façon très particulière. »

Selon Byron Good, « étudier la médecine c'est se familiariser avec cet univers particulier, cela implique d'entrer dans une toute autre réalité. C'est pénétrer dans un autre monde. » L'entrée dans le monde de la médecine s'accomplit par l'acquisition d'une langue (une manière de dire les choses : AVC pour attaque, lithiase pour pierre au rein) et l'acquisition des connaissances de bases. Mais surtout, elle implique l'apprentissage de conduites, de représentations, d'attitudes par lesquelles le praticien saisit la réalité et la formule de façon strictement médicale. Ceci se traduit par une manière particulière de « percevoir », d'« écrire » et de « parler ».

3.3.2. La manière de « percevoir »

Les études de médecine transforment le regard sur le corps, c'est-à-dire qu'elles exercent à le percevoir différemment de la plupart des personnes non entraînées. Les études de médecine organisent l'incursion visuelle et tactile dans le corps humain.

« Du point de vue émotionnel, une jambe prend un tout autre sens lorsque la peau est retirée. Ce n'est plus du tout ce que c'était avant. » (Byron Good, 1998 :164)

L'étudiant apprend à « voir », à mieux discerner les éléments du corps. « L'anatomie exige un entraînement de l'œil », si l'on veut voir ce qui n'apparaît pas à l'évidence [...] Que l'on examine les planches d'un manuel d'histologie ou les lames au microscope, les formes, les lignes et les couleurs, tout paraît confus au non-initié. » De même, il apprend à palper le corps ou à le manipuler afin de détecter des anomalies, des excroissances, des grosseurs, des résistances, ...

Il apprend aussi qu'il y a un ordre hiérarchique naturel de la biologie. Cet ordre est organisé selon l'idée qu'il y a toujours une cause plus précise à la pathologie diagnostiquée, qui peut aller d'un tissu, puis aux cellules qui le composent, puis à la biochimie des cellules pour finir au niveau moléculaire.

3.3.3. La manière d'« écrire » et de « parler »

Apprendre à « percevoir » n'est pas suffisant pour la pratique, il faut pouvoir structurer, organiser et communiquer sur ce que l'on a vu. Et, cela s'apprend aussi, et en particulier lors de la rédaction du dossier médical. Il s'agit d'apprendre « à construire la personne en tant que patient, document projet ». (Byron Good, 1998 :173). Ce document va tenir lieu de patient lors des discussions entre les médecins et servir à la prise de décision.

« Nous ne sommes pas là pour simplement faire raconter leur vie aux gens, et nous apitoyer. Nous ne sommes pas là pour ça. En tant que professionnels, nous avons appris à traduire les descriptions du comportement en processus physiologiques et pathophysiologiques. Et on sait bien que si l'on cherche à raconter la véritable histoire du patient, ça ne va pas aller ; ils seront furieux [les maîtres de stages], nous serons hors sujet. Et il y aurait là de la complaisance de notre part. On peut se livrer à cet exercice dans le face à face avec le patient. Mais ce qu'ils veulent [les maîtres de stages], eux, ce qu'ils ont besoin qu'on leur expose, c'est ce sur quoi ils vont travailler ». (Byron Good, 1998 :175)

Dans ce travail de rédaction et lors de sa présentation orale, l'étudiant devra apprendre à aller à l'essentiel. « Cela implique qu'on en sait suffisamment sur l'état du patient, sur les manifestations de

la maladie, sur les diagnostics possibles et les traitements appropriés, afin de s’y retrouver dans un énorme dossier bourré d’informations, et d’en présenter en quelques minutes les points importants » (Byron Good, 1998 : 177)

Ce processus (cf. réductionnisme) transforme le patient en « cas médical » mais néglige l’univers dans lequel vit le patient.

3.4. Traduire les mots et les maux du patient

3.4.1. Le raisonnement médical

Le raisonnement médical, nous l’avons vu précédemment, demande un long processus de formation qui transforme le regard, le toucher et la parole. Dans cette optique, les travaux d’Aaron Cicourel (2002) envisageraient comment le raisonnement médical transforme « l’écoute ».

« Les entretiens médicaux et les reconstitutions d’histoires cliniques auxquelles ils donnent lieu reflètent des aspects de ces deux formes de savoir : le médecin recode les informations souvent ambigües et décousues qu’il tire des entretiens en des catégories abstraites qui facilitent la résolution des problèmes et précisent les conditions d’une résolution efficace ; et les patients recourent à un champ sémantique particulier ou restreint pour traduire les croyances dont ils font usages à propos de leur maladie – lesquelles croyances, il convient de le souligner, vont souvent à l’encontre du point de vue du médecin ». (Aaron Cicourel, 2002 : 66).

Aaron Cicourel compare les notes prises par le médecin et la retranscription de l’entretien. Nous donnons ci-dessous un aperçu de son analyse.

Tableau III. 3. Exemple de retranscription médicale d’un entretien avec un patient

Notes de suivi du médecin	Entretien médical
<p>Veuve depuis 9 mois – dépressive. A consulté un interniste il y a quatre mois en raison d’une irritation de la vulve- administration de 1,25 g de prémarine -> douleurs dans les seins, d’où interruption de l’OEST.</p>	<p>Dr : Que puis-je faire pour vous ? P : Eh bien, euh, ce qui m’a inquiétée, euh, ... l’été dernier, il me semble, je ... j’ai eu un problème dans le, euh ... euh, je crois que vous diriez dans la masse de la partie, euh, externe de l’organe. C’était comme, euh, des coupures fines comme du papier, avec un tout petit saignement. Et quand je suis finalement allée passé mon check- up, il y a euh ... trois mois de cela environ, mon interniste m’a demandé si on m’avait déjà fait une étude des frottis, et , comme ce n’était pas le cas, il m’en a fait une et m’a dit, euh, que mon utérus ressemblait à une éponge tout en ajoutant que j’avais vraiment, euh, un taux d’hormones très bas et qu’il, euh, que, pour les œstrogènes (Dr : Mmh ...), j’étais loin de la normale qu’il allait me placer sous, euh ... oh, euh, me faire prendre des œstrogènes sous forme de pilules. Alors, quand il y a quatre ans environ etc....</p>

Le médecin écarte de ses notes toutes les informations qui ne font pas sens pour sa recherche d’une pathologie. Aaron Cicourel désigne cette opération par le terme de « recodage », c’est-à-dire que le médecin entend les paroles de la patiente puis les recode dans le langage médical qui fait sens pour lui et ses collègues.

Cette opération de recodage est nécessaire à l'efficacité des soins. Cependant, elle comporte des embûches pour les patients. Dans le cas de cette patiente, il est apparu qu'elle souffrait d'un cancer de l'utérus. Mais qu'elle n'a jamais admis la véracité du diagnostic et est restée sceptique quant à l'intérêt d'une ablation, ce même après l'opération.

« Les patients ont toujours du mal à suivre les explications du médecin et les recodages symboliques dont elle s'accompagne que ceux-ci restent tacites ou soient spécifiquement explicités. Si cultivés soient-ils, leur savoir ou leur rationalité ne sauraient rivaliser avec le langage médical et le système mnésique externe [par exemple une base de données ou un accès à des articles scientifiques récents] sur lequel tout médecin s'appuie ». (Aaron Cicourel, 2002:84)

Cette opération de recodage néglige le plus souvent la perspective des patients. Ainsi, pendant l'entretien, de nombreux symptômes peuvent être ignorés, mal compris ou recodés pour correspondre au savoir médical et aux schémas mentaux du médecin. Ces informations pourront être réexaminées lors de consultations ultérieures. Mais surtout, « il peut arriver aussi que les conceptions médicales ne se concilient pas avec le vécu des patients, tels qu'ils se le représentent ». Dans ce cas, les patients se plaindront de ne pas avoir été écoutés par le médecin.

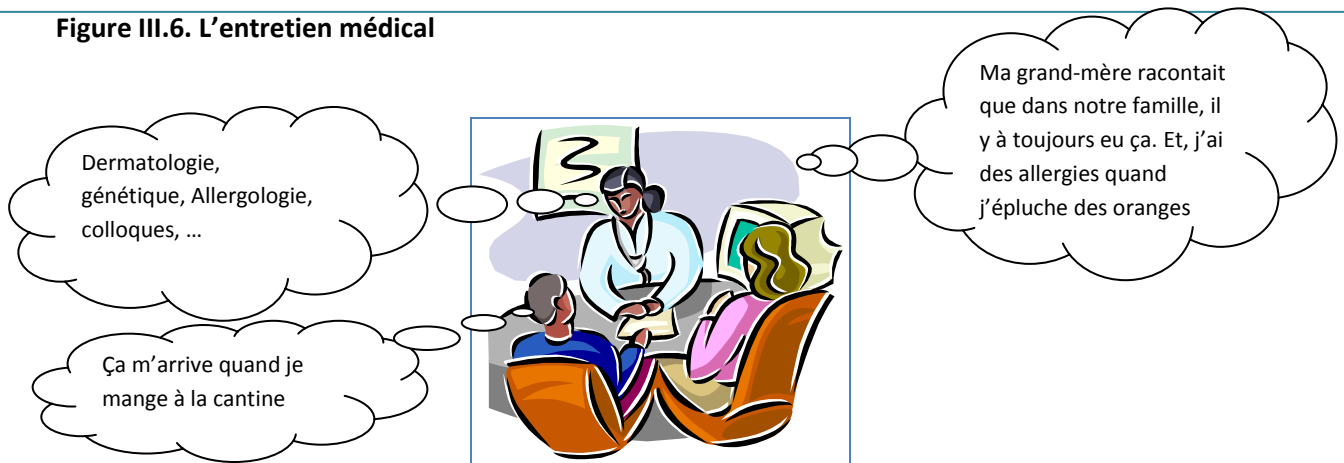
3.4.2. Des raisonnements qui interfèrent

Aaron Cicourel compare l'application du raisonnement médical lors des anamnèses au fonctionnement d'un système expert. Un système expert est un ensemble d'algorithmes qui selon un jeu de questions et de réponses permet, à partir d'une base de connaissances, de fournir une réponse validée, comme par exemple identifier une maladie à partir de symptômes. En situation d'entretien avec un patient, le médecin utilise un protocole d'anamnèse qui est un système expert. Il va poser des questions selon un ordre déterminé afin d'essayer d'identifier une pathologie. Cependant, l'utilisation d'un outil dans le cadre d'un dialogue face à face avec un patient se heurte à une réalité : il s'agit d'une communication entre deux experts et à partir de savoirs différents.

Ainsi, les raisonnements du médecin et ceux du patient peuvent-ils interférer. La logique du protocole repose sur une logique médicale or cette logique ne correspond pas à celle qui permet à un patient d'exprimer son vécu et son histoire. C'est pourquoi, l'application du protocole génère un effet paradoxal. D'un côté il va permettre une recherche efficace de la pathologie, de l'autre il va inciter le patient à déstructurer son récit, c'est-à-dire la manière dont il avait organisé les informations relatives à sa maladie. Cette déstructuration a pour effet de rendre incohérentes les informations délivrées par le patient, et de demander un travail attentif de recomposition de la part du médecin.

« Les questions du médecin suscitent chez le patient bien des pensées qu'il n'exprime pas verbalement, et les remarques du patient évoquent, de même, chez le médecin une quantité de connaissances tacites et formalisées bien plus grande que ce qui transparaît dans le dossier. Ce dernier est un document qui résume de manière sélective les parties de l'entretien et de l'examen susceptible de confirmer l'hypothèse et de conduire à d'autres hypothèses possibles. » (Aaron Cicourel, 2002 : 97)

Figure III.6. L'entretien médical



3.5. Poser des étiquettes

3.5.1. « Labelling theories » : poser des étiquettes

Lorsqu'une personne fréquente le système de soin, elle se voit attribuer une étiquette (label en anglais) de malade. Cette étiquette permet l'octroi d'un certain nombre d'avantages ou l'accès à certains soins. Plusieurs sociologues ont étudié l'effet de ces étiquettes sur la vie sociale des ces personnes. Ces analyses sont regroupées sous le terme de « labelling theories ».

Au sein des « labelling theories », on distingue deux approches complémentaires, mais qui analysent ce phénomène à des échelles différentes. La « théorie du label » envisage les effets des étiquettes à l'échelle méso-sociale, donc au niveau des institutions. Cette théorie (Eliot Freidson, Howard Becker et Jane Mercer) envisage les négociations qui mènent à la production de l'étiquette. La « théorie du stigmaté » (Erwin Goffman) envisage les effets des étiquettes au niveau microsocial, donc au niveau des interactions entre les personnes. Cette dernière théorie s'intéresse plutôt à la manière dont les personnes vont gérer les effets de ces étiquettes.

3.5.2. Fabrication des étiquettes

Le sociologue Howard Becker a analysé la construction sociale de la déviance. Il pose la question de comment sont fabriquées les étiquettes sur les « fumeurs de marijuana » (Outsider, 1963). Ce sont, selon lui, les groupes sociaux, dont notamment les professionnels de la santé, qui créent la déviance.

Ils la créent parce qu'ils vont déterminer les normes dont la transgression constitue la déviance. Ainsi, un groupe devient déviant parce qu'un autre groupe le décide et sanctionne la transgression. Howard Becker appelle « entrepreneur de morale » le groupe qui impose les normes. Il situe la négociation des normes entre les entrepreneurs de morale au niveau des décisions politiques.

Pour la personne désignée comme déviant Il devient plus difficile de poursuivre les activités ordinaires de sa vie quotidienne ce qui peut l'inciter à entreprendre des actions « anormales ». La

Etude de cas : QI et exclusion

Nous avons trouvé que devenir un retardé mental dans les écoles publiques est un processus social complexe qui repose sur une série de décisions cruciales faites par des enseignants, des directeurs et des psychologues. Certains enfants sont plus exposés à un risque supérieur d'atteindre le statut de retardé mental que d'autres. La proportion plus élevée d'enfants de niveaux socio-économiques inférieurs et de groupes minoritaires dans les classes d'éducation spéciale n'apparaît pas comme le résultat de taux globaux supérieurs de renvoi par les enseignants ou de taux plus élevés de testing. Au contraire, il apparaît comme le résultat du diagnostic clinique lui-même, un diagnostic qui repose exclusivement sur un test QI. Les élèves qui échouent au test QI provenaient, de façon disproportionnée, des niveaux socio-économiques inférieurs et de groupes ethniques minoritaires. Les enfants recommandés pour le placement et ceux actuellement placés provenaient, de manière encore plus disproportionnée, de groupes ethniques minoritaires et de niveaux socio-économiques inférieurs. Les enfants dont le background n'est pas conforme à la configuration socioculturelle modale de la communauté sont exposés à un risque supérieur d'être étiqueté retardé mental.

Une fois classifié dans un statut de retardé, l'enfant peut le quitter en obtenant un diplôme, en abandonnant l'école, en étant transféré dans un autre programme ou institution ou encore en retournant dans des classes régulières. Le cours qu'il fréquente dépend largement plus de ses caractéristiques comportementales et médicales que de ses caractéristiques sociales ».

Mercer Jane, *Labeling the Mentally Retarded: Clinical and Social System Perspectives on Mental Retardation*, University of California Press, Berkeley, 1973, p. 120

labellisation par les entrepreneurs de morale comporte ce que l'on appelle un effet prédictif. C'est-à-dire que les personnes tendront à se comporter comme on l'attend d'elles.

L'étude de Jane Mercer témoigne de l'utilisation abusive des normes pour nourrir l'exclusion des élèves. Jane Mercer analyse comment un programme développé dans des écoles publiques américaines, se transforme en processus d'exclusion pour les enfants mexicains et afro-américains appartenant aux couches défavorisées de la population.

Les professions de santé se situent clairement du côté des entrepreneurs de morale puisqu'elles participent à la définition et à la garantie des normes. La théorie de la labellisation montre que ce statut implique le risque de transformer une pathologie médicale en catégorie sociale parfois préjudiciable pour les personnes. Dans de nombreux domaines, les limites entre normalité et anormalité ne sont pas évidentes à fixer. Les critères scientifiques médicaux ne suffisent pas et il faut aussi compter avec les critères d'autres experts (les juristes, les associations), des décideurs politiques et, parfois, de l'opinion publique.

Au-delà de l'aspect moral ou de déviance sociale que comporte l'étiquetage, il est intéressant de s'interroger sur les effets qu'un étiquetage produit par un diagnostic médical, induit chez le patient. Le diagnostic d'hypertension artérielle constitue un bon exemple. Il s'agit souvent d'un diagnostic fortuit posé à l'occasion d'une consultation chez le médecin pour un problème X ou Y ; la plupart des hypertensions ne sont associées à aucun symptôme particulier. Le patient se sent bien et se

considère en bonne santé, et subitement il se voit confronté avec un verdict du médecin : « vous êtes hypertendus », qui va le faire basculer du monde des bien-portants à celui des malades chroniques. Un tel diagnostic est susceptible de modifier en profondeur l'identité de cette personne.

3.5.3. Stigmatiser : gérer les étiquettes

Dans son livre « Stigma : notes on the management of spoiled identity (1963) », Erwin Goffman étudie la gestion de l'identité dans des contacts mixtes, c'est-à-dire des contacts mettant en présence des personnes stigmatisées et non stigmatisées.

Le mot stigmatte sert à « désigner un attribut qui jette un discrédit profond » sur l'identité de la personne (p. 13). La stigmatisation consiste à réduire la personne à son handicap réel ou supposé. Par exemple, on va supposer qu'une personne sourde est déficiente dans ses perceptions. Il distingue trois types de stigmates : les monstruosité du corps (poids, handicap physique, une maladie de la peau comme le psoriasis), les tares du caractère (troubles mentaux) et les stigmates tribaux (tatouage, piercing mais aussi la couleur de peau).

Goffman introduit aussi une différence entre « discrédité » et « discréditable ». Un individu est discrédité si son stigmate est perceptible, il est « discréditable » si son stigmate peut être révélé par accident au cours d'une activité sociale. Dans le cas d'une personne atteinte par le psoriasis, la frontière entre « discréditable » et « discrédité » dépendra de la localisation des lésions cutanées.

Selon Goffman, les stigmates jouent un grand rôle lors des interactions en face à face. Le stigmate introduit une « différence fâcheuse » par rapport à ce que nous attendions de l'interaction. La présence d'une personne stigmatisée met en jeu des rapports inattendus, moins rassurants, entre la normalité et la différence.

Il se passe que ceux qui sont en rapport avec une personne stigmatisée manquent à lui accorder le respect et la considération que les aspects non contaminés de son identité sociale les avaient conduits à prévoir pour lui, et l'avaient conduit à prévoir pour lui-même ; et il fait écho à ce refus en admettant que certains de ses attributs le justifient » (p. 19). Le stigmate introduit de l'incertitude, les choses ne vont pas se passer « normalement ».

Au fil des interactions (vie quotidienne, professionnels de la santé), la personne stigmatisée apprend le rôle que l'on attend d'elle. Elle apprend à se comporter de manière à réduire les incertitudes et à ne pas mettre les gens normaux « mal à l'aise ».

Une personne stigmatisée court un risque lors des interactions : ce risque est de voir son identité sociale ramenée à son seul stigmate. Dans le cas d'un psoriasis découvert par hasard lors d'une interaction entre des clients dans un restaurant, la personne stigmatisée n'est plus un client, n'est plus un père de famille, mais est soudain réduit au statut de malade.

C'est pourquoi, les personnes stigmatisées dépensent énormément d'énergie à gérer leur stigmate. Cela devient pour elles un véritable métier. Ainsi, la personne va gérer les informations sociales qui courent à son sujet. Par exemple, si elle est affiliée à la revue d'une association de patients psoriasiques, elle se fera livrer la brochure ailleurs qu'à son domicile. La personne va aussi gérer la perceptibilité de son stigmate par une série de stratégies de dissimulation : effacer, minorer, éviter les contacts, se couvrir, s'éloigner. En public, elle essaiera d'aligner, dans la mesure du possible, son

s'exposer. D'autre part, la stigmatisation mobilise l'énergie des patients. Or, cette énergie pourrait être utilisée à d'autres fins.

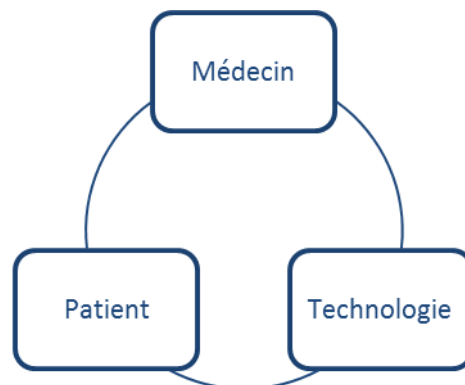
3.6. Le rôle de la technologie



Depuis le développement des technologies de l'imagerie médicale, les professionnels de la santé disposent d'outils de plus en plus perfectionnés pour investiguer le corps des patients. Les images, les mesures et les analyses se font plus précises et plus rigoureuses. Le développement des technologies médicales a augmenté l'efficacité de certains traitements, permettant par exemple des modélisations en trois dimensions ou des opérations très précises et peu invasives au laser.

Cependant, le développement des technologies a une contre partie. Les dispositifs techniques tendent de plus en plus à s'immiscer dans la relation entre le médecin et le patient. Cette immixtion conduit à redéfinir la relation entre le médecin et le patient comme tripartite

Figure III.8. Schéma relations patient médecin technologie



Les technologies de l'information et de la communication dans le champ de la santé ne sont plus, comme par le passé, le domaine exclusif des professionnels, mais sont mis entre les mains des consommateurs. L'apparition de la « e-santé » traduit bien cette évolution. A propos d'une pathologie, les patients pourront trouver des avis sur un forum, des renseignements sur le site d'une association de patient, un article dans une encyclopédie, un article ou un livre scientifique, un reportage sur Youtube, un page web d'un patient relatant au jour le jour sa maladie⁵⁴ ... ou encore des informations distillées par les sites de multinationales pharmaceutiques.

Cette transformation sans précédent fait l'objet de débats et de conflits tant au sein du monde académique que médical et politique. Selon le sociologue britannique Michael Hardey (2004 :24), les débats se centrent sur deux questions principales : d'une part, un questionnement autour de l'émergence de savoirs profanes, concurrents ou complémentaires des savoirs experts ; de l'autre, une interrogation sur « les effets médicaux, sociaux politiques de la profusion des contenus informatifs et de leur relative indifférenciation sur Internet »

⁵⁴ A ce propos, Hardey (2004 :26) exprime que « dans le domaine de la santé, les informations diffusées par les groupes de discussions et les pages Web sont effectivement importantes et utiles pour les usagers parce qu'elles proposent des récits d'états physiques, de traitements et d'expériences vécus qui transcendent un savoir médical de plus en plus spécialisé, fractionné et modelé par la « médecine des preuves » ».

Les patients peuvent donc s'informer, acquérir un certain vocabulaire médical, vérifier le diagnostic ou même contester le traitement « proposé par leur médecin et accepter des médicaments alternatifs sur la base de données trouvées sur Internet » (Hardey, 2004 :29). Quelles pourraient être les conséquences de ce phénomène ? Une démocratisation des relations entre professionnels et patients, une érosion de la confiance dans « un système expert incapable de se justifier par un dialogue raisonné » (Hardey, 2004 :31).

Mais les effets de la rupture introduite par l'émergence du « e.santé » ne se circonscrivent pas uniquement aux rapports entre médecins et patients, ils englobent également le domaine de l'automédication et des limites imposées par les Etats, le lobbying intempestif des firmes pharmaceutiques auprès des patients via le Web transcendent les frontières légales : un médicament proscrit par un Etat peut être délivré sans aucune difficulté via Internet.

Aujourd'hui, il est impératif d'investiguer plus en profondeur la rupture introduite par l'existence de la « e.santé ». Comme l'écrit Hardey (2004 :38) : « *Nous devons comprendre l'impact de la « e.santé » sur la formation et les pratiques des professionnels de la santé et nous pencher sur la manière dont elle peut éventuellement stimuler la collaboration entre différents praticiens et institutions. Nous devons aussi nous demander si la « e.santé » contribue à former une expertise ou un « instrument de style de vie » permettant aux usagers de modifier leurs comportements en fonction de principes concernant par exemple les régimes, l'exercice physique ou la médecine alternative ».*

Le rôle de la technologie dans les interactions est également particulièrement visible durant la grossesse. Les parents pourront souhaiter bénéficier d'image de leur fœtus. Par cette demande, ils souhaitent à la fois avoir une photo souvenir, ou une photo à montrer, mais aussi ils exercent un contrôle sur l'état du fœtus. Ce contrôle peut engendrer une nouvelle répartition des rôles.

Etude de cas : la place de la technologie

La Recherche : Le titre de votre dernier ouvrage ressemble à une provocation : *La médecine sans le corps !* Comment l'interpréter ?

Didier Sicard : Je pense que, depuis une décennie environ, une bascule s'est produite. La confiance envers les médecins s'est érodée et, de plus en plus, les patients exigent des preuves matérielles de leur état de santé. Or, celles-ci leurs sont offertes par toutes ces analyses biologiques qui fournissent des nombres « normaux » ou « anormaux », par tous ces instruments qui délivrent des images « en direct » d'une partie de l'organisme etc. Petit à petit, dans ma pratique médicale, je constate la disparition du corps derrière ces divers écrans. De fait, il n'y a pas si longtemps, le silence des organes était l'expression de la bonne santé. Aujourd'hui, la médecine incite à n'y voir qu'un mensonge et le corps, devenu le lieu d'une menace potentielle, doit être surveillé en permanence [...] par images et nombres interposés.

La Recherche : Quels ont été les principaux facteurs de cette évolution ?

D.S. : J'en identifie deux, qui s'alimentent d'ailleurs l'un l'autre : la banalisation du recours au scanner et une autre la perte de confiance, cette fois-ci de la part des médecins eux-mêmes, dans l'examen clinique. C'est frappant chez les étudiants en médecine qui arrivent dans nos services : la majorité sont réticents à toucher les malades. L'examen clinique est certes une épreuve qui, dans le rapport d'un corps à l'autre, met le médecin en péril, mais à la manière d'un artisan, il devrait y acquérir progressivement un savoir-faire dans l'écoute du corps de ses patients. Or, ce savoir-faire se perd et tout se passe comme si, désormais, l'activité médicale se résumait à la prescription en tout genre.

Interview de Didier Sicard (chef du service de médecine interne à l'hôpital Cochin, président du conseil consultatif national d'éthique) in *Le corps humain, La recherche*, Hors série,, juillet, 2003, p. 22.

Chapitre IV
Tous égaux devant la mort ?
Les déterminants de la santé

4. CHAPITRE IV : TOUS ÉGAUX DEVANT LA MALADIE ET LA MORT ? LES DETERMINANTS DE LA SANTE

4.1. Introduction

"Depuis deux siècles, les médecins, les sociologues et les démographes mettent en évidence des différences de mortalité entre des individus du même âge appartenant à des groupes sociaux distincts. Ces différences apparaissent de plus en plus comme des inégalités sociales face à la maladie et à la mort. Autrement dit, elles sont liées au statut socioprofessionnel et aux conditions de vie des individus. Mais l'analyse de ces disparités n'est pas simple, car de multiples facteurs - revenu, chômage, qualité du logement, conditions de travail, tabagisme, accès aux soins, pour n'en citer que quelques uns - croisent leurs effets." (AÏCH P., CEBE D., 1994)

Avant d'aborder de manière théorique la question des inégalités sociales en matière de santé, ce chapitre propose tout d'abord, dans sa section A, quelques exemples de données statistiques illustrant ce phénomène afin de répondre à la question suivante : *Sommes-nous tous égaux devant la maladie et la mort ?*

Ensuite, la section B abordera les principales théories sur les causes de la maladie. Enfin, plusieurs modèles visant à expliquer les variations de l'état de santé en fonction de la position sociale occupée par la personne seront présentés et commentés dans la section C.

4.2. Données de mortalité selon la classe sociale

4.2.1. Mortalité différentielle en Grande-Bretagne en 1981

Les études statistiques anglo-saxonnes utilisent souvent la même échelle pour ventiler les personnes en fonction de la classe socioprofessionnelle à laquelle elles appartiennent. Celle-ci se compose de **5 catégories** (Tableau IV.1) plus ou moins homogènes quant au standing de vie, au niveau d'instruction, aux valeurs et aux aspirations des individus qui en font partie. Ces catégories représentent donc plutôt un *statut social* qu'un mode de vie particulier ou un simple niveau économique.

TABLEAU IV.1 : CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES EN GRANDE-BRETAGNE	
Classe	Nature
I	Administrations et professions libérales <i>du plus haut niveau</i> , directeurs d'affaires.
II	Autres professions libérales, d'administration et de direction : ceux qui sont <i>responsables de la marche des affaires</i> , ceux qui <i>exercent un pouvoir de contrôle sur d'autres</i> .
III	Employés de bureau de commerce, d'administration, contremaîtres, ouvriers qualifiés. Ceux-ci ne se limitent pas à un seul poste spécifique et sont dotés d'une <i>dénomination spéciale</i> , d'une <i>responsabilité spéciale</i> .
IV	Ouvriers semi-qualifiés : personnes ayant un <i>travail manuel ne nécessitant aucune habilité</i> , ou formation particulière mais qui travaillent dans un secteur précis.
V	Ouvriers non-qualifiés : manœuvres, nettoyeurs et autres travaux subalternes.

(Avalosse, 1997 : 8)

Le tableau IV.2 reprend *les ratios standardisés de mortalité* (SMR : Standardized Mortality Ratio) pour les hommes et les femmes, en 1981 (Grande-Bretagne). Cet indicateur est le nombre de décès attribués à une cause donnée, observés dans un groupe donné pendant une période déterminée, rapporté au nombre escompté de décès attribuables à cette cause dans le même groupe pendant la même période. Ce rapport est généralement exprimé en pourcentage : le chiffre 100 signifie que le nombre de décès observés représente 100 % des décès escomptés. Il s'agit donc de la mortalité moyenne de la population de référence.

Classes sociales	Hommes (20 - 64 ans)	Femmes (20 - 59 ans)
I	66	69
II	76	78
III non manuel	94	87
III manuel	106	100
IV	116	110
V	165	134

Avalosse (1997) : 8, d'après Davey Smith et al. (1990)

Que peut-on mettre en évidence avec ces ratios de mortalité calculés en fonction du sexe et de la classe sociale ?

Ces données suggèrent l'existence d'une *hiérarchie sociale face à la maladie et à la mort* : plus on descend dans l'échelle sociale, plus les taux de mortalité observés sont supérieurs aux taux moyen de référence. Ainsi, les membres de la classe I ont une mortalité nettement inférieure à la moyenne tandis que ceux de la classe V présentent un excès de mortalité très marqué. Les écarts selon la classe sociale sont par ailleurs plus marqués chez les hommes que chez les femmes

4.2.2. Evolution de la mortalité en Grande-Bretagne entre 1911 et 1981

Le tableau IV.3 montre l'évolution, en Angleterre et aux Pays de Galles, des SMR parmi les hommes de 15 à 64 ans en fonction des **5 catégories socioprofessionnelles** déjà mentionnées.

	CATÉGORIE SOCIALE				
	Professions libérales	Dirigeants d'entreprise	Manuels et non manuels qualifiés	Semi-qualifiés	Non-qualifiés
	I	II	III	IV	V
1911	88	94	96	93	142
1921	82	94	95	101	125
1931	90	94	97	102	111
1951	86	92	101	104	118
1961 ^b	76 (75)	81	100	103	143 (127)
1971 ^b	77 (75)	81	104	114	137 (121)
1981 ^c	66	76	103	116	166

Marmot (1986) et OPCS (Bureau des recensements et enquêtes de population) (1978), cités dans Evans (1996).

^b Pour faciliter les comparaisons, les chiffres entre parenthèses ont été recalculés en utilisant la classification des emplois de 1951.

^c Hommes de 20 à 64 ans, en Grande-Bretagne.

Ces données révèlent l'existence d'un *gradient social de mortalité* à chaque période de mesure durant les septante années analysées.

Au-delà de ce constat retrouvé dans d'autres études, le tableau III.3 révèle une autre tendance importante : les écarts de mortalité entre les classes sociales I et V ne sont pas constants au cours de la période observée. Ils sont, en effet, les plus faibles en 1931 (avant la crise économique des années 30), et restent ensuite relativement stables jusque dans les années 50 pour s'accroître durant les dernières décennies. L'augmentation importante des écarts entre classes sociales résulte à la fois d'une amélioration très importante de l'espérance de vie de la classe I (SMR passant de 90 à 66) et d'une amélioration nettement plus faible de celle-ci dans la classe V (SMR passant de 118 à 166).

Pour bien comprendre la signification de ces chiffres, il importe de rappeler qu'ils constituent des ratios par rapport à un taux moyen de mortalité. Or ce dernier a considérablement diminué entre 1911 et 1981 ; la valeur (SMR) 100 en 1981 correspond à un nombre de décès nettement moindre (à âge égal) que celui correspondant à la valeur (SMR) 100 en 1911.

4.2.3. Espérance de vie au Canada en fonction des groupes sociaux

Cette étude compare l'espérance de vie des individus en fonction de leur sexe et de leur classe sociale. Les auteurs utilisent deux indicateurs : *l'espérance de vie* (le nombre d'années moyen à vivre) et *l'espérance de vie sans incapacité* (le nombre d'années moyen à vivre en bonne santé). Dans le tableau IV.4, l'espérance de vie est calculée à partir de la naissance.

TABLEAU IV.4. : DIFFÉRENCES D'ESPÉRANCE DE VIE ET D'ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ ENTRE LES GROUPES SOCIAUX LES PLUS PAUVRES ET LES PLUS RICHES AU CANADA, FIN DES ANNÉES 1970			
	Espérance de vie en années	Espérance de vie sans incapacité en années	EVSI / EV %
Hommes :			
20 % + pauvres	67,1	50,0	74,5
20 % + riches	73,4	64,3	87,6
<i>Différence</i>	6,3	14,3	
Femmes :			
20 % + pauvres	76,6	54,9	78,2
20 % + riches	79,4	67,6	85,0
<i>Différence</i>	2,8	12,7	

Wilkins R. et Adams O.B. (1991), cité dans Avalosse (1997) : 40.

On constate que, pour les hommes, l'espérance de vie (EV) des plus pauvres est de **6,3** années inférieure à celle des plus riches et que cet écart s'accroît jusqu'à **14,3** années pour l'espérance de vie sans incapacité (EVSI). Pour les deux sexes, les écarts entre riches et pauvres en années d'espérance de vie sans incapacité représentent donc plus du double de l'écart en années d'espérance de vie simple. Ainsi, non seulement les groupes les plus défavorisés vivent moins longtemps mais, en outre, les années vécues sont marquées plus précocement par l'incapacité (Avalosse, 1997).

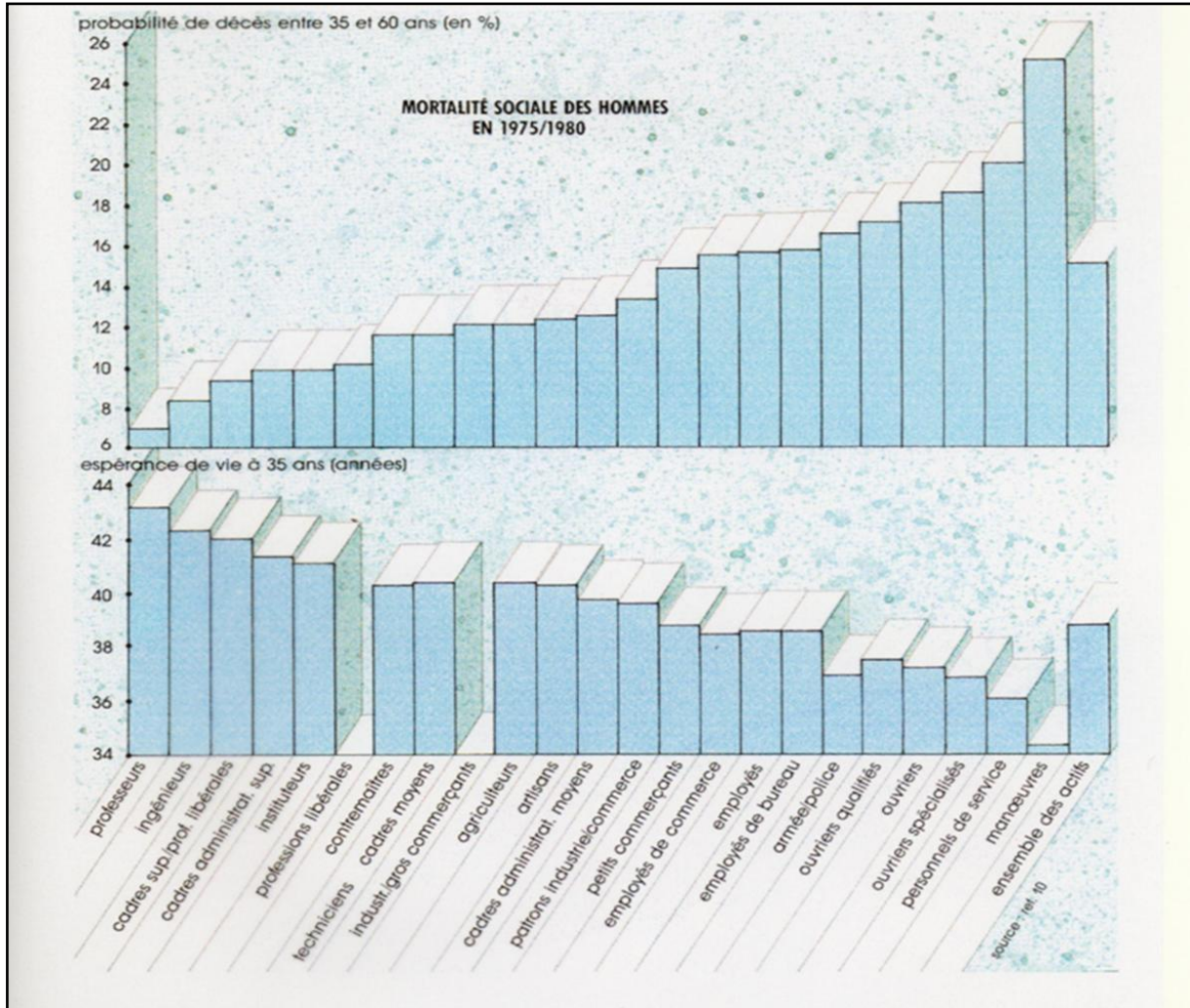
4.2.4. Données françaises relatives à la mortalité sociale

Les chercheurs français ont mis au point un dispositif spécifique complexe pour évaluer la mortalité sociale au cours du temps, c'est-à-dire les différences de mortalité en fonction de la classe sociale de l'individu. C'est en utilisant ce dispositif que l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) a réalisé deux enquêtes importantes : en 1976, une étude sur "la mortalité des adultes suivant le milieu social" et, en 1991, une autre étude reprenant les données de mortalité de la période 1980-1990. En voici les principaux résultats⁵⁵.

⁵⁵ Les figures IV.1, IV.2, IV.3 et IV.4 sont issues de l'article de Aiach et Cébé (1994).

A. Mortalité sociale et espérance de vie des hommes en 1975/1980

FIGURE IV.1 : PROBABILITÉ DE DÉCÈS ENTRE 35 ET 60 ANS (EN %) ET ESPÉRANCE DE VIE À 35 ANS (EN ANNÉES) EN 1975-1980 (FRANCE)



Ce graphique montre, lui aussi, l'inégalité sociale face à la maladie et la mort : plus on descend sur l'échelle des catégories socioprofessionnelles identifiées en France (vers la droite sur l'axe des abscisses), plus les taux de mortalité sont élevés et plus l'espérance de vie diminue.

FIG IV 1 – graphique supérieur :

Le rapport entre la probabilité de décès (risque moyen exprimé en %, pour un individu appartenant à une catégorie socioprofessionnelle donnée, de mourir entre 35 et 60 ans) d'un manœuvre et d'un professeur est de 3,6. En d'autres termes, un manœuvre a 3,6 fois plus de chance de mourir entre 35 et 60 ans qu'un professeur.

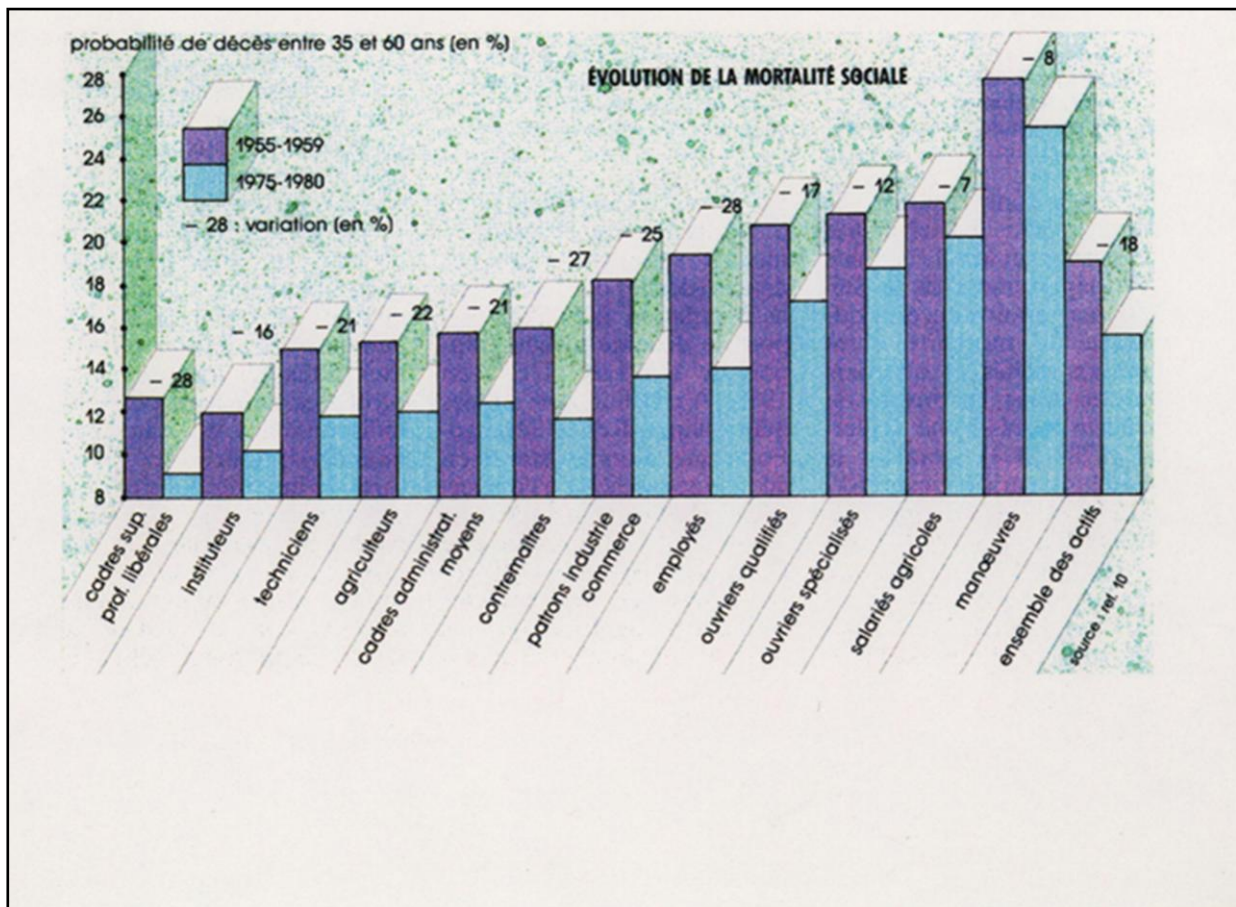
FIG IV1 – graphique inférieur :

L'espérance de vie à 35 ans est le nombre d'années qu'un individu ayant atteint l'âge de 35 ans peut, en moyenne, espérer vivre si les taux de mortalité du moment restent inchangés. Sur le graphique, l'espérance de vie à 35 ans suit la hiérarchie des catégories socioprofessionnelles : les individus des classes supérieures ont une espérance de vie plus grande que les autres. Par exemple, dans la période 1975- 1980, elle est de 42 ans pour un cadre supérieur et de 34,3 ans pour un manœuvre.

B. Evolution de la mortalité sociale entre 1955 et 1980

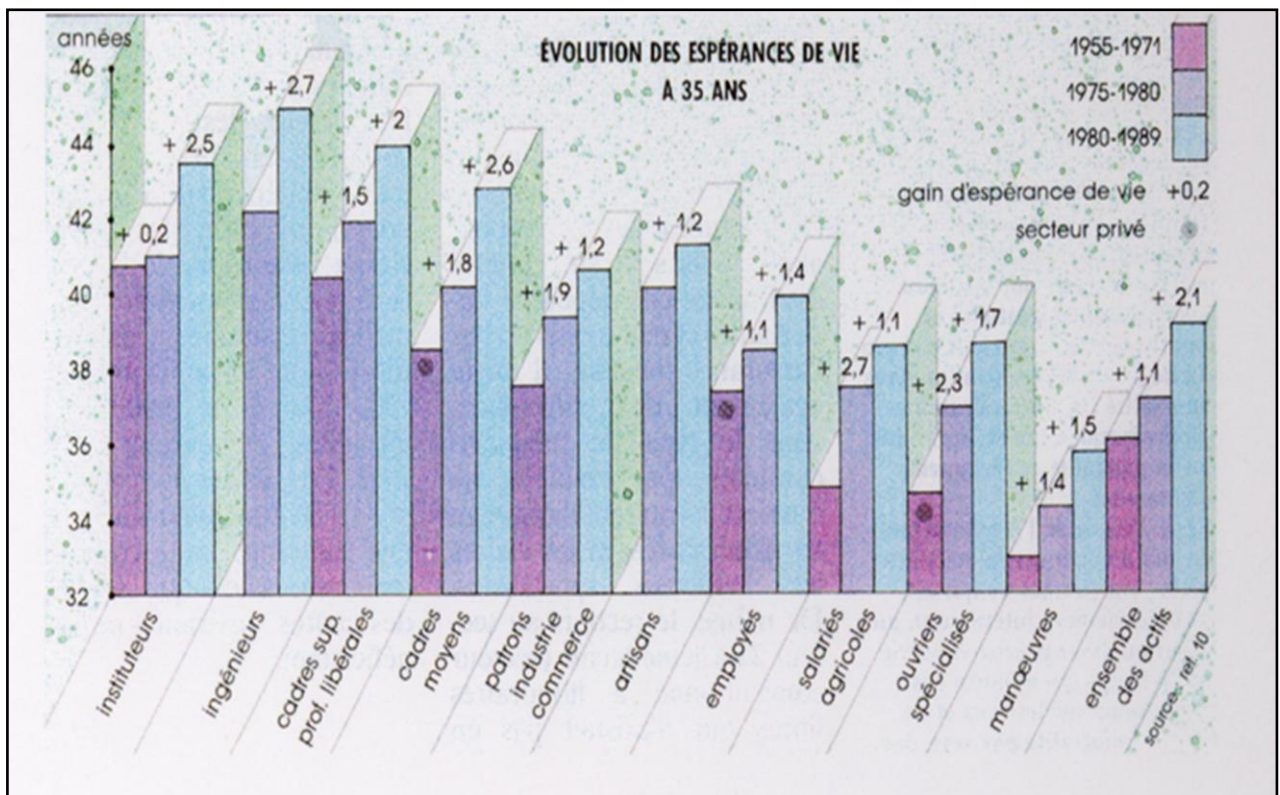
La figure IV.3 montre l'évolution de la probabilité de décès entre 35 et 60 ans (en %) entre l'enquête de 1955-59 et celle de 1975-1980. On observe que cette probabilité a diminué dans toutes les catégories socioprofessionnelles mais pas de manière homogène : plusieurs catégories connaissent une réduction supérieure à 20% mais chez d'autres, les plus défavorisés (manœuvres et salariés agricoles), cette réduction est inférieure à 10%.

FIGURE IV.3 : PROBABILITÉ DE DÉCÈS ENTRE 35 ET 60 ANS (EN %) ENTRE 1955 ET 1980 (FRANCE)



La figure IV.4., quant à elle, retrace l'évolution de l'espérance de vie à 35 ans d'hommes entre 1955 et 1989 et permet d'illustrer l'hypothèse suivante : malgré les divers progrès biomédicaux et sociaux, l'échelle de la mortalité sociale est encore la réplique exacte de l'échelle des positions occupées par les catégories socioprofessionnelles de l'INSEE. En effet, entre 1980 et 1989, l'espérance de vie à 35 ans s'est accrue de manière importante pour toute la population (augmentation de 2,1 ans pour l'ensemble des actifs). Mais cette augmentation ne s'est pas faite de manière homogène parmi les classes sociales : elle a été nettement plus forte pour les groupes favorisés (+2,5 à +2,7 ans) que pour les groupes moins favorisés (+1,1 à +1,5 ans).

FIGURE IV. 4 : ESPÉRANCE DE VIE A 35 ANS (EN ANNÉES) ENTRE 1955 ET 1980 (FRANCE)



Comment expliquer ce résultat à première vue paradoxal ?

En réalité, si toutes les catégories sociales voient leur mortalité diminuer, les classes sociales les plus défavorisées gardent un taux de mortalité nettement supérieur aux classes supérieures parce que la diffusion de l'innovation, des comportements plus sains, des soins de qualité... se fait lentement des couches sociales supérieures aux couches sociales inférieures. Ce mécanisme se traduit par un accroissement des écarts entre les classes sociales supérieures et inférieures.

Donc, même si les causes de mortalité ont changé, même si l'espérance de vie a augmenté de manière remarquable et même si l'accès aux soins de santé pour les catégories défavorisées s'est amélioré, il persiste encore des inégalités de santé qui sont fonction de la classe sociale à laquelle les individus appartiennent.

Causes des maladies : principales théories

Si les exemples précédents attestent la persistance de variations importantes de l'état de santé en fonction de la position sociale des individus, ils sont toutefois insuffisants pour en élucider les causes. C'est pourquoi, un premier pas est de replacer ces variations dans le cadre des différentes théories sur les causes des maladies.

Le premier chapitre de ce cours a montré que les explications de la maladie ont évolué au cours du temps. Les progrès des connaissances médicales durant le XIX^e et surtout le XX^e siècle ont permis de préciser les modèles explicatifs de la maladie, et d'en réduire progressivement les composantes purement spéculatives. Scambler (1991), sociologue américain contemporain, souligne que **quatre types principaux d'explication de la maladie** ont été successivement proposés au cours de cette période :

1. La théorie microbienne
2. Le "triangle" épidémiologique
3. Le réseau de causes intriquées
4. L'approche socio-environnementale (ou théorie de la susceptibilité générale)

La théorie microbienne

Dès le milieu du XIX^e siècle, des scientifiques comme Pasteur, Koch et Ehrlich ont mis en évidence l'existence *d'organismes vivants pathogènes* qui peuvent pénétrer le corps humain par l'eau, l'air, la nourriture ou par des lésions microscopiques de la peau (coupure, piqûre d'insecte..). Dans cette perspective, chaque maladie possède *une cause unique et spécifique* que la médecine se doit de rechercher afin d'adapter ses modes de traitements en fonction du microbe identifié pour une maladie. Par exemple, Koch a découvert le bacille de la tuberculose (ou *mycobacterium tuberculosis*) en 1882.

Cette théorie a cependant rapidement souffert d'une limite importante : toutes les personnes confrontées à un agent pathogène ne tombent pas malades. En d'autres termes, si les micro-organismes pathogènes sont nécessaires pour tomber malade, ils ne constituent pas une explication suffisante de la maladie. Les modèles ultérieurs combinent donc plusieurs causes.

Le "triangle" épidémiologique

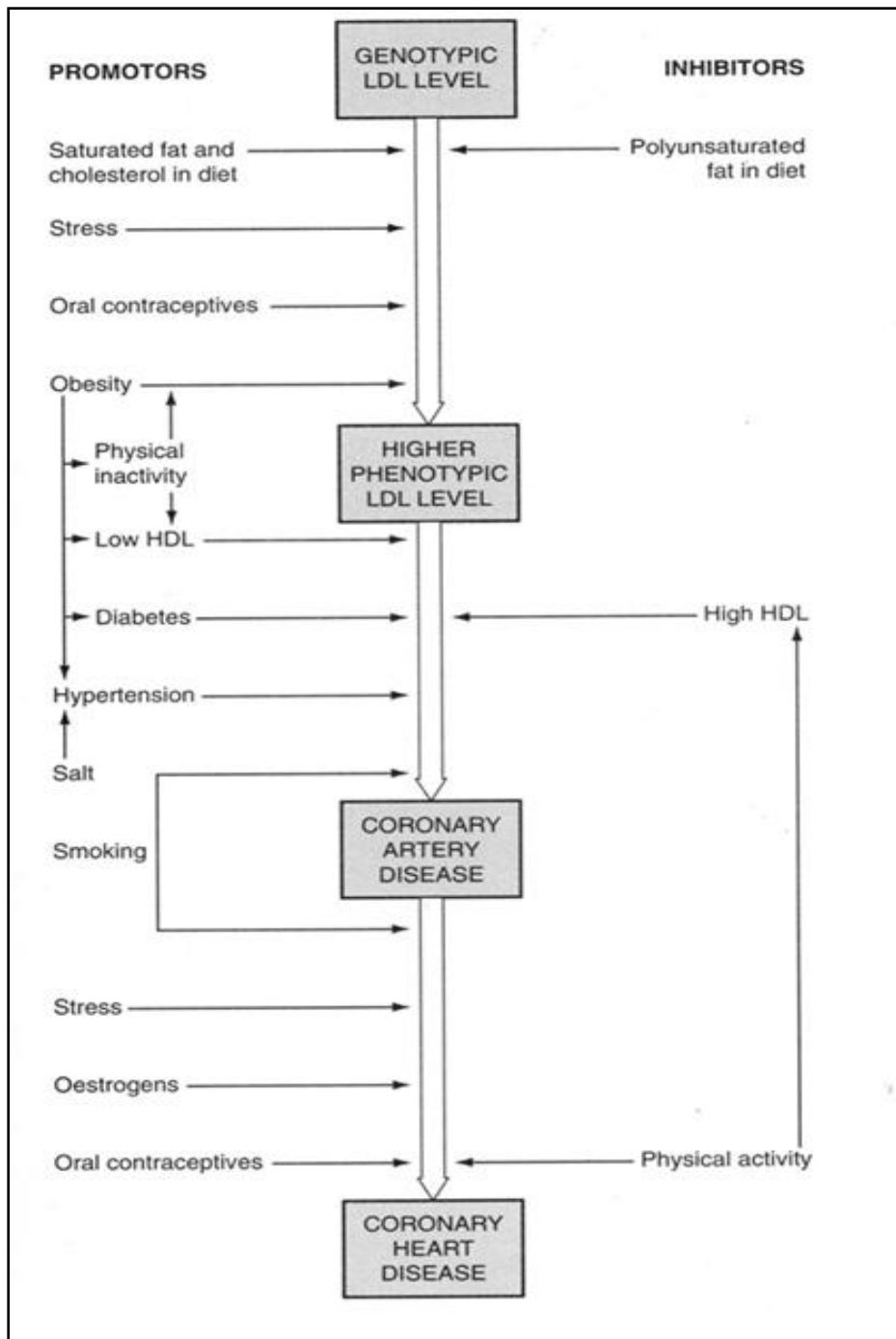
Puisque le contact seul avec un agent pathogène ne suffit pas pour tomber malade, c'est qu'il existe une interaction complexe entre les trois composantes du phénomène : *l'agent pathogène, l'hôte et l'environnement*. Dans cette perspective, une maladie peut être non seulement soignée en supprimant l'agent pathologique qui a pénétré dans le corps (exemple : action d'un médicament antibiotique) mais elle peut aussi être prévenue en modifiant les facteurs qui influencent d'une part l'exposition (la fréquence et la durée du contact de l'hôte avec l'agent pathogène) et d'autre part la vulnérabilité de l'hôte (ses résistances immunitaires notamment) à cette maladie. La médecine a donc un double rôle: le traitement et la prévention des maladies. Ce second rôle a donné lieu au développement progressif de la "santé publique".

Le réseau de causes intriquées

Le modèle du "triangle" épidémiologique combinait trois facteurs, mais il reste insuffisant pour expliquer les maladies plus complexes ou dégénératives telles que les maladies cardio-vasculaires,

l'arthrose, les cancers... Maladies pour lesquelles il n'y a pas vraiment d'agent pathogène spécifique. Ces maladies sont actuellement souvent appelées "maladies de civilisation" car leur apparition et leur fréquence dans la population semblent fortement influencées par les modes de vie propres aux pays développés.

FIG IV.5



Il est donc nécessaire de concevoir *un processus multi-causal* qui comporte de multiples interactions entre des facteurs fort divers. Ainsi, le modèle de causes intriquées combine *des facteurs génétiques, psychologiques et comportementaux* ayant un effet inhibiteur ou promoteur de la maladie à différents points du processus.

La figure IV.5 illustre parfaitement ce modèle multi-causal en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires (MCV). Ce modèle montre aussi pourquoi le débat relatif au poids respectif de l'inné (le génétique) et de l'acquis (les modes de vie) dans la causalité des maladies n'a qu'un intérêt limité. Dans la plupart des situations, la maladie ne pourra se développer que si les facteurs d'environnement et de modes de vie viennent s'inscrire sur un terrain génétique favorable. En d'autres termes, une prédisposition génétique n'est pas suffisante à elle seule pour que la maladie apparaisse.

Dans cette perspective, la médecine, après avoir identifié tous les facteurs en interaction qui provoquent la maladie, s'efforce de lutter contre celle-ci à différents endroits de la chaîne. Dans l'exemple des MCV, on peut tenter de changer le régime alimentaire du patient, de le convaincre de faire plus d'activité physique et d'arrêter de fumer... Ainsi, ces conseils médicaux peuvent empêcher la maladie d'apparaître mais ils peuvent aussi permettre d'en retarder l'apparition ou d'en atténuer la vitesse d'évolution.

L'approche socio-environnementale (ou théorie de la susceptibilité générale)

Depuis une vingtaine d'années, d'autres modèles explicatifs de la maladie sont développés non plus seulement pour identifier la cause ou les facteurs de risque pour une maladie particulière mais pour comprendre le phénomène des inégalités face à la maladie et la mort. Ainsi, de nombreuses études ont mis en évidence le fait que, même dans les pays industrialisés possédant un système de soins assez égalitaire, la santé reste liée à la classe sociale (celle-ci pouvant notamment être "mesurée" par le type d'emploi, le niveau d'éducation, le revenu, la zone d'habitat).

Dans ce contexte, la théorie dite de la *susceptibilité générale* postule que, indépendamment de leurs caractéristiques biologiques génétiquement déterminées, certains groupes de population sont plus susceptibles de développer une pathologie et cela en raison de leur environnement physique et social.

En réalité, de nombreuses observations montrent que la relation entre le statut socio-économique et la santé est *dynamique* : les groupes les plus favorisés, en raison de leurs connaissances, de leur revenu, de leur prestige, de leur pouvoir et de leurs relais sociaux, s'en sortent apparemment toujours mieux que les autres en termes de santé, quel que soit le profil actuel de leurs facteurs personnels de risque et de maladie.

L'approche socio-environnementale centre donc son analyse sur *l'environnement physique et social* dans lequel vivent les individus notamment en étudiant toute une série de facteurs intermédiaires *psychosociaux, comportementaux ou physiologiques* susceptibles d'expliquer le lien entre l'environnement de vie et les effets observés sur la santé. Ce sont ces facteurs qui vont être développés de manière plus systématique dans la section C.

Exemples illustrant l'approche socio-environnementale

Variations de l'espérance de vie en fonction du sexe

Les études analysant les écarts de mortalité et d'espérance de vie entre les hommes et les femmes sont nombreuses. Toutes arrivent à la même conclusion : dans les pays industrialisés, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Par exemple, en Belgique et en France, les femmes vivent en moyenne **7 à 8 ans** de plus que les hommes tandis qu'en Angleterre, cette différence n'est que de **5 ans**.

TABLEAU IV.5 : ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE EN FONCTION DU SEXE (EN ANNÉES)		
	HOMMES	FEMMES
France	73,2	81,5
Grande-Bretagne	77,0	82,0
Belgique(Communauté française) ⁵⁶	72,6	80,0

Comment expliquer ces différences d'espérance de vie en fonction du sexe ? En quoi est-ce que l'approche socio-environnementale permet de comprendre ces données ? En réalité, cette approche *combine* toutes une série de facteurs biologiques et sociaux. Voici, une série d'*hypothèses explicatives* qu'une telle perspective pourrait mettre en avant :

- Les caractéristiques *biologiques* de la femme :
Plusieurs d'entre elles sont favorables à la survie : la mortalité infantile pour les bébés de sexe féminin est plus faible que pour le sexe masculin et les femmes développent une protection hormonale naturelle contre les MCV jusqu'à la ménopause. Par contre, elles sont confrontées aux risques de santé liés aux grossesses. Ce dernier facteur est devenu négligeable dans les sociétés développées mais il reste un facteur important de mortalité féminine dans les pays en voie de développement.
- Les *modes de vie* des hommes :
Les hommes auraient, en moyenne, un mode de vie plus néfaste pour la santé : ils consomment plus d'alcool, ils fument plus et ils sont aussi plus nombreux à être victimes d'accidents du travail, de la route ou de mort violente (crime...).

Les inégalités de santé entre les sexes ne peuvent donc pas s'expliquer par le seul poids des facteurs biologiques.

⁵⁶ Direction Générale de la Santé, *Indicateur de Santé 1995*, Ministère de la Communauté Française, Bruxelles, 1999 : 24.

L'approche socio-environnementale tient compte, dès lors, des facteurs sociaux pour comprendre ces écarts de santé. Pour attester de l'importance de tels facteurs, il suffit d'observer d'autres sociétés (à d'autres époques ou actuellement dans d'autres pays) où les femmes ont un taux de mortalité bien supérieur aux hommes. Pourquoi ? Parce que les grossesses, non surveillées, constituent un risque important et/ou parce qu'elles y sont moins bien traitées que les hommes en matière de soins, d'alimentation, d'hygiène, de droits sociaux...

Mortalité infantile et position sociale

Etudier la mortalité infantile permet à la fois de montrer que les inégalités sociales de santé commencent avant la naissance et d'illustrer l'approche socio-environnementale. La mortalité infantile constitue, en effet, un très bon indicateur de la situation médico-sanitaire d'une région ou d'une classe sociale tout en mettant en évidence l'importance des facteurs sociaux et environnementaux à l'origine des écarts de santé.

Notions théoriques

Avant d'étudier les inégalités de santé à la naissance, quelques définitions relatives aux indicateurs statistiques utilisés dans les tableaux suivants s'imposent (Figure III.6, p.12).

La *mortalité foeto-infantile* comprend les décès survenus à partir de la 28^e semaine de gestation et avant la fin de la première année de vie de l'enfant. Elle regroupe donc la mortalité des enfants morts-nés (*mortinatalité*) et des enfants nés-vivants (*mortalité infantile*). En ce qui concerne la mortinatalité, il faut remarquer que jusqu'en 1998, la définition belge (limite de la 28^e semaine) était différente des critères retenus par l'OMS (22^e semaine de gestation ou poids supérieur à 500 grammes).

Trois types de mortalité infantile sont possibles en fonction du nombre de jours dont le nourrisson est âgé au moment de son décès : *la mortalité néo-natale précoce* (entre 0 et 6 jours révolus, pour 1000 nés-vivants), *la mortalité néo-natale tardive* (entre 7 et 27 jours révolus, pour 1000 survivants à 7 jours) et, enfin, *la mortalité post-natale* (entre 28 et 364 jours révolus, pour 1000 survivants à 28 jours).

Afin de mettre en évidence les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, le concept de *mortalité périnatale* tient compte à la fois des décès survenu avant la naissance et de ceux survenus dans la première semaine de vie du nouveau-né (entre 0 et 6 jours).

Evolution de la mortalité infantile

La mortalité infantile a fortement diminué dans tous les pays développés depuis le début du siècle. Selon le rapport 2000 de l'ONE⁵⁷, dans les pays européens, elle est actuellement inférieure à 1 % (10 ‰) au lieu de 10 à 30 % au début de ce siècle.

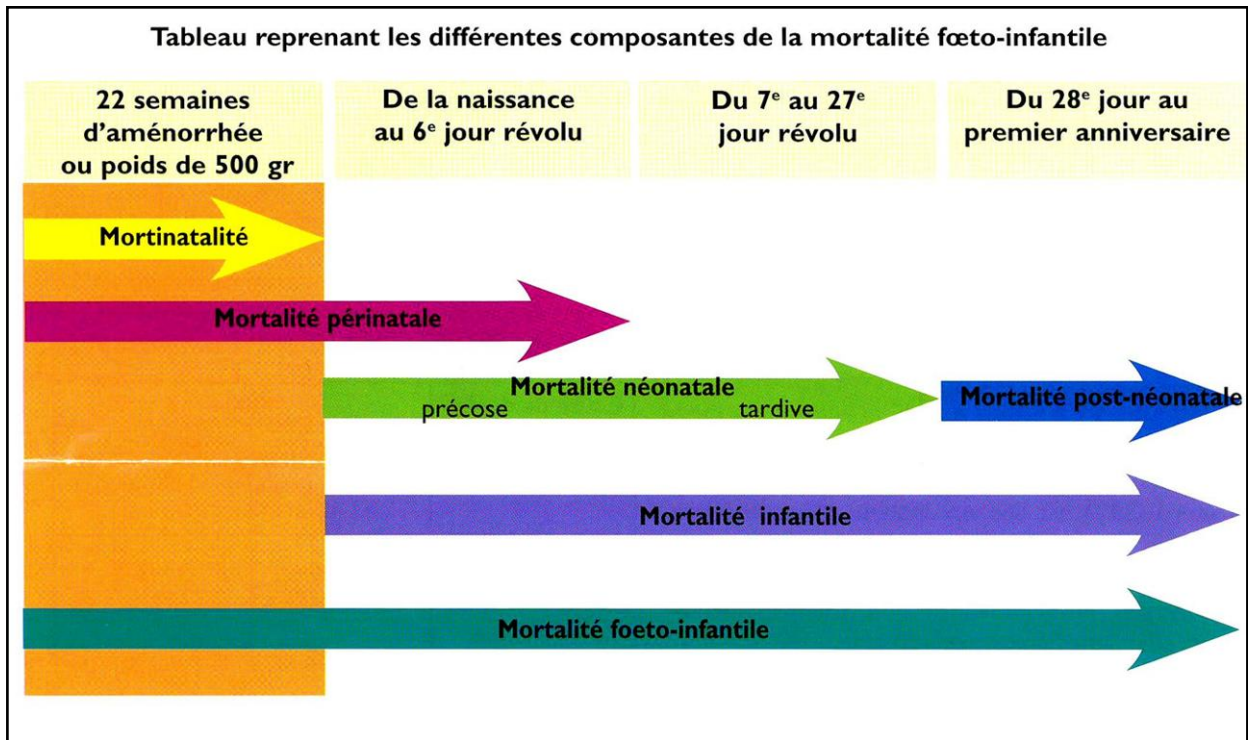
Ce recul de la mortalité infantile est avant tout le résultat de la diminution des causes *exogènes* de mortalité, c'est-à-dire celles qui proviennent du milieu et non de la constitution interne de l'enfant : état de santé de la mère durant la grossesse, infections, insuffisance de soins...

⁵⁷ Office National de l'Enfance, Banque de Données Médico-Sociales, Rapport 2000, Bruxelles, janvier 2001.

Les progrès observés touchent essentiellement les décès avant la naissance et durant la première semaine de vie de l'enfant. Les progrès du diagnostic anténatal, des malformations congénitales notamment, y ont contribué également (avortements thérapeutiques) mais les causes *endogènes* restent cependant difficiles à combattre. Le taux de mortalité infantile ne connaît donc plus d'amélioration spectaculaire.

Ainsi, selon les données plus récentes publiées par le CROSP⁵⁸, le taux de mortalité périnatale pour la Belgique dans son ensemble est passé de 12,2 ‰ en 1983 à 7,7 ‰ en 1995. Dans la même période, le taux de mortalité infantile a diminué de 10,5 ‰ à 6,0 ‰. Les données publiées pour d'autres pays européens montrent que des progrès sont encore possibles ; ainsi les pays scandinaves ont, en 1995, un taux de mortalité infantile de seulement 4,0 ‰.

FIGURE IV.6. LA MORTALITÉ INFANTILE ET SES INDICATEURS (AVALOSSE, 1997 : 18).



⁵⁸ Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique (CROSP) *Naissance - mortalité périnatale et infantile : statistiques 1993-1995*, Ministère de la Communauté Française, Institut Scientifique de la Santé Publique Louis Pasteur, Service d'Epidémiologie, 2000.

La mortalité périnatale et le statut social des parents

On observe une hiérarchie sociale dans les taux de mortalité périnatale identique à celle rencontrée dans les taux de mortalité des adultes : plus la classe sociale du père (ou de la mère) est basse, plus le risque de décès de l'enfant avant la naissance ou pendant la première semaine de vie est élevé. Les données du tableau III.6 illustrent cette relation entre le statut social des parents et les taux de mortalité périnatale.

Tableau IV.6 : Mortalité périnatale (%) selon la profession du père et l'état social de la mère		
	1974-1975	1980-1981
Profession du père :		
I . Professions médicales et paramédicales, professions libérales.	13,4	8,9
II. Cadres, administration, enseignement.	17,5	10,6
III. Ouvriers qualifiés, artisans, agriculteurs.	20,5	12,3
IV. Ouvriers spécialisés, manœuvres.	27,8	16,6
Risque relatif : IV / I	2,1	1,9
Etat social de la mère :		
Employée	17,0	10,5
Ouvrière	23,2	13,5
Non-active	21,7	15,3
Risque relatif : non-active / employée	1,3	1,5

(Masuy-Stroobant, cité dans Avalosse, 1997)

Un nouveau-né dont le père est ouvrier spécialisé ou manœuvre a donc **presque deux fois plus de risque** de mourir avant d'atteindre une semaine qu'un enfant dont le père fait partie des professions (para)médicales ou libérales. Ce ratio n'a diminué que de 0,2 entre 1975 et 1981, même si les taux de mortalité périnatale ont connu une nette amélioration dans toutes les catégories sociales. De la même manière, la mortalité périnatale est influencée par le statut social de la mère.

Pour expliquer ces inégalités de santé dès avant la naissance, il importe de rappeler l'existence de certains facteurs de risques *physiologiques*, influençant l'issue de la grossesse et l'état de santé du nouveau-né :

- âge de la mère (risque accru avant 20 ans et après 35 ans) ;
- rang de la naissance du nouveau-né (risque accru pour la première grossesse et au-delà de la 4^e naissance) ;
- intervalle entre deux naissances (risque accru si l'intervalle est inférieur à 24 mois) ;
- décès antérieurs dans la fratrie.

A côté de ces facteurs physiologiques, les études épidémiologiques ont mis en évidence l'importance de facteurs de risque *sociaux ou comportementaux* :

- tabagisme pendant la grossesse ;
- mère non professionnellement active ou à statut socioprofessionnel bas (ouvrière...) ;
- mère isolée, sans conjoint ou compagnon ;
- naissance illégitime (hors mariage) ou pré-nuptiale ;
- acculturation (familles récemment immigrées) ;
- marginalisation (exclusion économique et sociale).

Or il existe, en réalité, une forte interrelation entre les variables sociales et physiologiques au détriment des classes sociales défavorisées. Celles-ci cumulent, en effet, l'influence négative des facteurs sociaux et comportementaux, avec celle de certains facteurs physiologiques (grossesses précoces plus fréquentes, mauvais contrôle des naissances résultant en la multiplication de grossesses rapprochées...). Au contraire, si l'enfant naît dans une famille favorisée, cette appartenance sociale le protège des risques liés aux variables physiologiques et de ceux liés aux facteurs sociaux qui sont à son avantage (statut socio-professionnel, revenus...).

Le rapport 2000 de l'ONE⁵⁹ met également en évidence des inégalités sociales en matière de mortalité foeto-infantile. En Région Wallonne, en 1996, la mortalité foeto-infantile totale est de **8,7 %**. Cependant, certains groupes présentent des risques plus élevés de mortalité foeto-infantile : les mères âgées de moins de 20 ans, les parents avec un faible statut socio-professionnel (inactifs, ouvriers...), les naissances hors mariage...

L'incidence des problèmes de santé périnatale et le statut social des parents

Les inégalités sociales de santé se traduisent également par un risque accru, dans les familles défavorisées, de problèmes de santé apparaissant après la naissance. Des indicateurs objectifs existent pour mesurer ces inégalités, ils sont appelés *indicateurs biométriques*.

Un de ces indicateurs est le *poids à la naissance* de l'enfant : un faible poids à la naissance (inférieur à 2500 grammes) augmente les risques de maladies et de mise en couveuse. Plusieurs études ont montré un lien entre le poids à la naissance et des facteurs sociaux, tels que le niveau d'instruction de la mère, le revenu du ménage et la classe sociale du père.

Tableau IV.7 : Incidence de problèmes de santé périnatale (%) en Belgique				
	Poids à la naissance faible (<2500gr)	Mise en couveuse	Maladies avant 9eme semaine	Toux avant 9eme semaine
Classe sociale haute	5,5	8,5	8,7	9,4
Classe moyenne	6,7	11,9	21,8	18,0
Classe sociale faible	11,5	19,6	21,7	39,4
Risque relatif	2,1	2,3	2,5	4,2

(Lagasse R. et al., 1993 cité dans Avalosse, 1997)

Le tableau IV.7 montre qu'un bébé issu d'une famille défavorisée a donc, en moyenne, **deux fois** plus de risque qu'un bébé issu d'une famille aisée de naître avec un poids inférieur à 2500 grammes et donc de rencontrer des problèmes de santé dans les premières semaines de sa vie. Il est toutefois intéressant de noter que le pourcentage de naissances avec un poids inférieur à 2500 grammes est plus bas parmi les non-belges (6,40 %) que parmi les belges (6,82 %)⁶⁰.

⁵⁹ Office National de l'Enfance, Banque de Données Médico-Sociales, Rapport 2000, Bruxelles, janvier 2001: 44.

⁶⁰ CROSP (2000) : 87.

Ces écarts sont confirmés dans le tableau IV.8 par des données (CROSP,2000) portant sur l'ensemble des naissances en Belgique en 1995. Pour l'analyse de l'influence sociale éventuelle, un indicateur du statut social du ménage a été construit en fonction du statut de la mère et/ou du père.

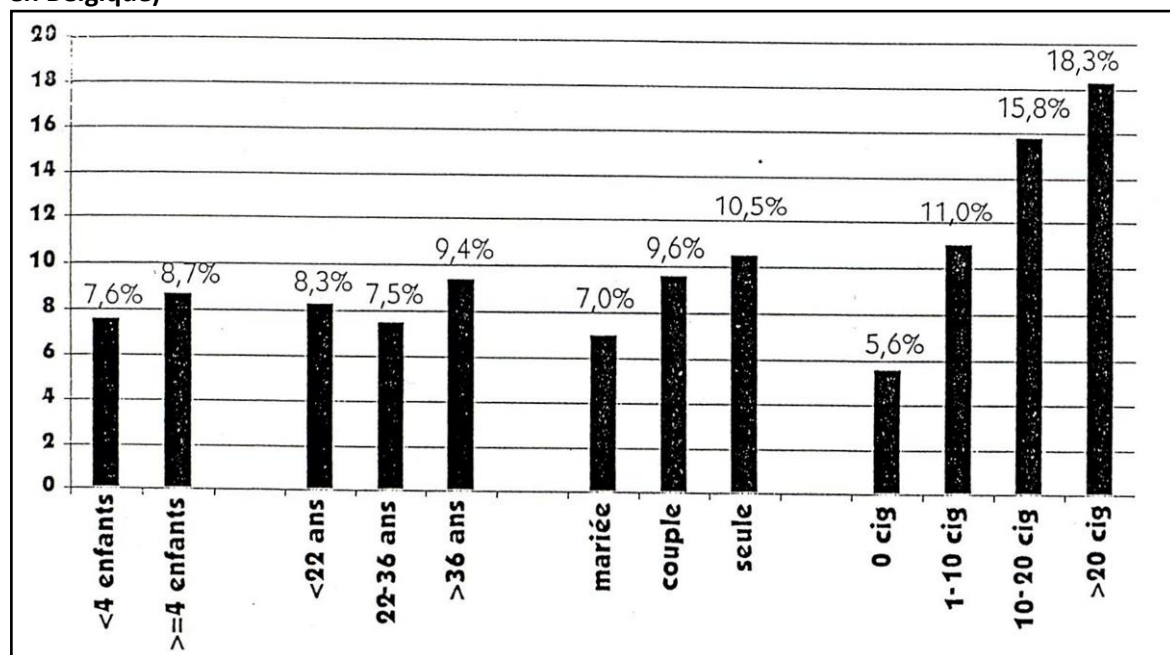
Statut socio-professionnel du ménage	Nombre de cas	Nombre de naissances	%	Odds Ratio
Employeur / indépendant	698	11302	6,2	0,98
Employé	3690	60018	6,2	1,00
Ouvrier	2304	28926	8,0	1,52
Sans profession	358	4695	7,6	1,58
Autre	974	8639	11,3	2,46
TOTAL	8024	113580	7,1	

Ce tableau illustre également l'existence d'un gradient socio-économique en ce qui concerne le risque d'avoir un enfant avec un faible poids à la naissance : la proportion de faible poids à la naissance varie de 6,2 % pour les ménages les plus favorisés (Employeur/ indépendant ou employé) à 7,6 % pour les ménages qui n'ont pas d'activité professionnelle et à 8 % pour les ménages avec un statut ouvrier.

Selon l'ONE⁶¹, l'analyse des poids à la naissance inférieurs à 2500 grammes enregistrés en 1998 met en évidence l'impact de quatre facteurs de risque (Figure IV.7) :

- le nombre d'enfants qu'a déjà eu la mère (4 enfants et plus)
- l'âge de la mère : moins de 22 ans ou plus de 35 ans
- le statut matrimonial de la mère : naissance illégitime ou femme isolée
- le tabagisme pendant la grossesse

Figure IV.7 : Facteurs de risques de faible poids à la naissance (% du total des naissances de 1998 en Belgique)



⁶¹ Office National de l'Enfance, Banque de Données Médico-Sociales, Rapport 2000, Bruxelles, janvier 2001 : 17

La figure IV.7 montre que l'effet le plus spectaculaire est lié au tabagisme de la mère durant la grossesse ; cet effet est proportionnel à la consommation de cigarettes pour des raisons physiologiques (effets de la nicotine sur l'irrigation sanguine du placenta, entravant ainsi directement la croissance du fœtus).

Cependant, ces facteurs de risques sont associés à des conditions socio-économiques défavorables. Leur distribution géographique sur notre territoire n'est d'ailleurs pas homogène: il y a une concentration et un cumul de ces marqueurs de vulnérabilité dans le bassin industriel Sambre-et-Meuse ainsi que dans certaines communes bruxelloises à forte population immigrée.

L'étude du CROSP (2000) illustre ainsi les inégalités géographiques en matière de faible poids à la naissance :

Anvers	6.57
Flandre Orientale	6.11
Flandre Occidentale	6.34
Limbourg	6.44
Brabant Flamand	6.48
Brabant Wallon	6.70
Hainaut	7.59
Liège	7.77
Luxembourg	5.71
Namur	6.88
Région Flamande	6.40
Bruxelles	6.96
Région Wallonne	7.31
Belgique	6.76

Le tableau IV.9 met en évidence le déséquilibre entre le nord et le sud de la Belgique : la Région Flamande a un taux nettement inférieur à celui de la Région Wallonne ainsi qu'à la moyenne nationale. Les provinces du Hainaut et de Liège présentent les taux de faible poids à la naissance les plus élevés du pays.

Les "performances" de ces deux provinces wallonnes sont notamment liées au pourcentage de mères fumeuses⁶² qui y est sensiblement plus élevé (30 à 32 %) que dans d'autres provinces (moyenne belge⁶³ : 18 %). Ces observations illustrent donc la relation entre le niveau socio-économique d'une région et l'état de santé de la population qui y vit.

⁶² Office National de l'Enfance, Banque de Données Médico-Sociales, Rapport 2000, Bruxelles, janvier 2001 : 20.

⁶³ Institut Scientifique de la Santé Publique, *Enquête de santé 1997 : la santé en Belgique, ses communautés et ses régions*, Centre Opérationnel en Santé Publique, Service d'Epidémiologie, Bruxelles, 2000.

En conclusion, malgré les nombreux progrès techniques, les écarts de mortalité infantile persistent entre les classes sociales de nos pays, mais aussi entre les pays industrialisés et les pays en voie de développement et ce, parce que les progrès touchent essentiellement les populations les plus favorisées. La réduction de ces écarts de mortalité infantile passe donc par la réduction des inégalités socio-économiques et sociales dans nos sociétés.

Indicateurs biométriques à la naissance et statut matrimonial à l'âge adulte

Les inégalités de santé à la naissance peuvent avoir malheureusement des effets à très long terme et contribuer à la perpétuation trans-générationnelle des inégalités.

Une étude finlandaise⁶⁴ récente a ainsi suggéré la possibilité d'un lien entre les indicateurs biométriques d'un individu à sa naissance et le statut social atteint par cet individu à l'âge adulte : un faible poids et une petite taille à la naissance diminueraient la probabilité de l'individu à se marier une fois adulte.

Les chercheurs ont, en effet, analysé le devenir de 3577 nouveau-nés de sexe masculin nés entre 1924 et 1933 à Helsinki. Ils ont observé que parmi eux, les 259 hommes qui, en 1970, ne s'étaient jamais mariés étaient significativement de plus faible poids à la naissance et qu'à l'âge de 15 ans, ils étaient en moyenne 2 centimètres plus petits et 2,4 kilos plus légers que les autres. En outre, à l'âge adulte, ces hommes font partie des classes sociales les plus basses et ont des revenus plus faibles.

S'il est certain que les facteurs qui conduisent un homme à se marier sont complexes, ces résultats montrent que les conditions de croissance dès la période foetale, peuvent influencer les facteurs sociaux et biologiques impliqués dans la recherche d'un partenaire et le mariage : socialisation, sexualité, réponses émotionnelles...

4.3. Variations de l'état de santé selon la position sociale

4.3.1. Modèle de classement de l'hétérogénéité de l'état de santé des populations

Evans et ses collaborateurs (1996) ont voulu conceptualiser un modèle qui permettrait de comprendre les inégalités sociales en matière de santé. Après de nombreuses observations, ces auteurs ont mis en évidence le fait que les caractéristiques biologiques et psychologiques d'une population ne suffisent pas à expliquer l'état de santé de celle-ci.

La difficulté majeure dans la compréhension des inégalités sociales de santé est que les relations causales sont souvent reliées entre elles et qu'il est difficile de distinguer parfaitement leurs effets spécifiques. Le modèle d'Evans propose de représenter les variations (ou l'hétérogénéité) de l'état de santé des populations en fonction de **trois axes**.

⁶⁴ Philipps D.W. et al., « Prenatal growth and subsequent marital status: longitudinal study », BMJ, volume 322, mars 2001: 771.

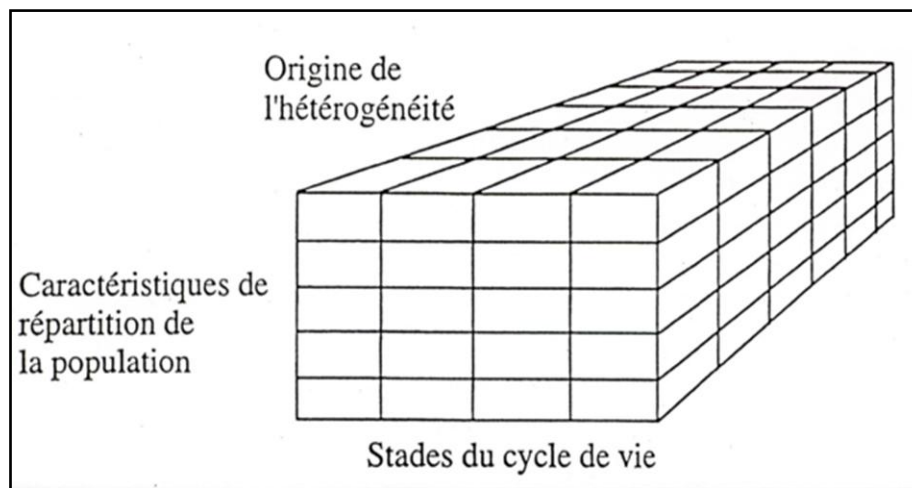
Tableau IV.10 : L'hétérogénéité de l'état de santé des populations

STADES DU CYCLE DE VIE	CARACTÉRISTIQUES DE RÉPARTITION	ORIGINE DE L'HÉTÉROGÉNÉITÉ
1. Période périnatale : avant la naissance et jusqu'à 1 an. 2. Période des accidents : entre 1 et 44 ans. 3. Maladies chroniques : entre 45 et 74 ans. 4. Sénescence : 75 ans et plus	1. Catégorie socio-économique. 2. Ethnicité et migrations. 3. Géographiques. 4. Sexe. 5. Populations spécifiques	1. Causalité inversée. 2. Variations dans la vulnérabilité. 3. Mode de vie individuel. 4. Environnement physique. 5. Environnement social. 6. Inégalités d'accès aux services de santé.

Evans et al. (1996) : 83.

Chacune de ces trois dimensions est divisée en **plusieurs niveaux** pour former un ensemble de petites "boîtes" à l'intérieur d'un parallélépipède (Figure IV.8). Chacune de ces "boîtes" représente une combinaison de variables spécifiques permettant d'expliquer l'état de santé d'une population cible. Ce modèle permet donc d'indiquer une ou plusieurs mesures de la santé qui peuvent être calculées pour chaque sous-population, à chaque stade du cycle de vie.

FIGURE IV. 8 : L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS



Evans et al. (1996) : 83.

Par exemple, on peut s'efforcer d'expliquer l'état de santé d'une population cible composée d'individus de 45 à 74 ans (l'âge d'expression des maladies chroniques) (1), en fonction du sexe (2) et au moyen de l'hypothèse de l'environnement physique (3).

A partir de ce modèle, on peut considérer que **cinq catégories d'hypothèses** ont été émises pour expliquer les inégalités sociales de santé :

1. la causalité inversée ou sélection par la santé
2. l'environnement physique
3. la culture, les comportements et les modes de vie individuels
4. l'environnement psychosocial
5. l'accès et le mode de recours aux services de santé

Ces hypothèses seront développées une à une dans le point 3 de cette section. Mais avant de les approfondir, essayons de mieux cerner la notion de "*position sociale*".

4.3.2. Le caractère multidimensionnel de la position sociale

Si de nombreuses études parlent d'inégalités *sociales* en matière de santé, il faut souligner qu'elles n'utilisent pas toutes le même indicateur de *position sociale*. En effet, ce concept peut recouvrir des dimensions fort diverses telles que le revenu, le niveau d'éducation, la catégorie socioprofessionnelle, le mode de vie, les croyances et les valeurs, la culture,... La sociologie a tenté de définir de manière plus précise la notion de classe sociale mais les théories élaborées à ce sujet sont parfois fort différentes dans leur manière de penser la position sociale.

Voici une description simplifiée de quelques indicateurs de la position sociale qui constituent des variables pertinentes pour comprendre les écarts de santé. Certains d'entre eux feront l'objet d'un approfondissement au cours du point suivant.

- **Le niveau de revenu :**

Quand on compare les niveaux de revenu des ménages et leur état de santé, on peut constater qu'il existe une forte relation inverse : plus le revenu est faible, plus l'état de santé se dégrade. Si la première explication semble être l'accessibilité à des soins de qualité, il y a en fait aussi toute une série d'interactions avec d'autres variables comme le lieu d'habitation, le type de travail, les comportements alimentaires,...

- **Le niveau d'éducation :**

Plusieurs études sociologiques ont mis en évidence une relation entre le niveau d'éducation et l'état de santé d'un individu : plus le niveau de scolarisation est faible, plus l'état de santé se dégrade. Pourquoi? En réalité, un niveau plus élevé d'éducation permet à l'individu de mieux comprendre la maladie et donc aussi les comportements à adopter afin de la prévenir ou de la guérir. En outre, les personnes n'ayant pas fait d'études montrent une certaine réticence à consulter un médecin en cas de problème parce qu'ils ne partagent pas les mêmes représentations de la maladie.

- **La catégorie socioprofessionnelle :**

Au début de ce chapitre, les exemples présentés concernant l'état de santé en fonction de la catégorie socioprofessionnelle montrent que, selon les pays, cette variable ne recouvre pas les mêmes catégories : en Angleterre, les études ventilent la population en 5 catégories mais l'INSEE (France) structure ses données en une vingtaine de classes socioprofessionnelles. Ces classifications sont donc ajustées pour être représentatives de la structure sociale propre à chaque société.

Si toutes les études attestent de la relation entre la variable socioprofessionnelle et l'état de santé, il n'est pas toujours aisé de distinguer les facteurs influençant l'état de santé que ces catégorisations mettent en évidence : le niveau de revenu, le type de travail (manuel / non manuel), la position dans la structure hiérarchique dans l'organisation, le lieu de travail,...

Mais aussi d'autres facteurs culturels et psychosociaux ont été avancés : mode de vie, stress,... De nombreuses interactions sont donc bien à l'origine de l'état de santé mais il est difficile de les séparer dans les modèles explicatifs.

- **Les comportements et modes de vie :**

La position que l'on occupe dans une société peut être associée à l'adoption de certains comportements. Par exemple, la consommation de tabac est plus importante dans le bas de l'échelle sociale et influence donc l'état de santé de ces groupes. Cette observation peut aussi s'appliquer à l'activité physique, à la qualité du régime alimentaire,... Toutefois, ces données ne sont pas toujours convergentes ; il faut donc garder une certaine réserve quant à leur interprétation.

- **La culture et les représentations :**

Les chapitres 2 et 3 de ce cours ont mis en évidence la multiplicité des représentations sociales et culturelles dont la maladie fait l'objet. Cette dimension culturelle pourrait ainsi constituer un indicateur de la position sociale d'un individu et expliquer au moins en partie les inégalités de santé. La culture influence en effet les modes de vies et les comportements ; elle modèle les valeurs et les aspirations en matière de santé.

4.3.3. Les variations de santé en fonction de la position sociale : cinq hypothèses

Cette section reprend une à une les cinq hypothèses d'explication du modèle de classement de l'hétérogénéité de l'état de santé cité plus haut. Ces explications ne sont pas mutuellement exclusives mais elles sont plutôt reliées entre elles par des mécanismes complexes et encore assez mal compris. L'objectif de cette section est de montrer que l'état de santé d'une population doit avant tout faire l'objet d'une approche globale, prenant en compte la diversité des déterminants de santé.

A. La causalité inversée ou la sélection par la santé

a) Le schéma explicatif

Pourquoi les pauvres sont-ils plus souvent en mauvaise santé ? Et si la question des inégalités sociales de santé ne devait pas être posée en ces termes ?

Comme le disait Carr-Hill (cité par Evans et al., 1996) : *"les différences de la mortalité par niveau de revenu seraient dues au fait que les malades deviennent pauvres et non au fait que les pauvres tombent malades"*. Telle est l'idée fondatrice de l'hypothèse de la *causalité inversée*.

Une autre définition de ce processus de *sélection par la santé* est donnée par Vallin, démographe français (cité par Adam et Herzlich, 1994) : *"L'accession à telle ou telle catégorie socioprofessionnelle dépend, entre autres choses, de la santé."*

Pour obtenir les meilleures places dans la société, il faut faire preuve de qualités dont la mise en valeur est grandement facilitée aux individus les plus sains de corps et d'esprit. Ainsi, dès le départ, les couches les plus élevées ont-elles toutes chances d'être constituées d'individus ayant en moyenne une meilleure santé que les autres".

Cette définition de la sélection sociale permettrait donc d'expliquer les chiffres donnés dans les exemples introductifs à ce chapitre.

ETAT DE SANTÉ	=>	MOBILITÉ SOCIALE	=>	POSITION SOCIALE
---------------	----	------------------	----	------------------

L'hypothèse de la sélection par la santé considère donc que l'état de santé d'un individu est la *cause* et non la *conséquence* des inégalités socio-économiques. En d'autres termes, la mobilité sociale dépend de l'état de santé par divers mécanismes plus ou moins directs.

Par exemple, un individu qui a connu de graves problèmes de santé pendant son enfance, ses études ou au moment de son choix de carrière pourrait avoir moins de chance d'avoir une mobilité sociale ascendante. De même une personne atteinte d'une maladie chronique pourrait voir sa position sociale s'altérer si elle perd son emploi. (Avalosse, 1997)

a) L'importance potentielle du mécanisme

S'il semble évident que la position sociale des individus soit en partie déterminée par leur état de santé, il faut toutefois se poser la question de l'importance potentielle de ce mécanisme pour expliquer les gradients sociaux de mortalité et de morbidité observés sur de larges populations (cf. section A).

Certaines observations remettent en cause le processus de mobilité sociale par la santé :

1. Les gradients sociaux de mortalité existent aussi dans des populations pour lesquelles la mobilité sociale par la santé est impossible : la position sociale des enfants et des personnes pensionnées ne peut s'expliquer uniquement par leur état de santé. Pour les premiers, leur position sociale est avant tout celle de leurs parents ; pour les seconds, elle est plutôt le reflet de leur carrière et de leur histoire de vie (notamment l'évolution de leur santé mais pas uniquement).
2. Les gradients sociaux de mortalité semblent similaires pour les maladies rapidement létales (comme le cancer du poumon) et pour celles lentement létales (comme la bronchite chronique). Or, on devrait avoir des résultats différents pour les maladies qui causent rapidement la mort des individus puisque le processus de sélection par la santé n'aurait pas eu le temps de produire ses effets. De plus, un malade chronique peut, au contraire, ne pas voir sa trajectoire sociale décliner quand il arrive à assurer les rôles correspondants à sa catégorie sociale.
3. La mobilité sociale potentielle est maximale entre 18 et 25 ans, au début de la vie professionnelle des jeunes adultes, c'est-à-dire bien avant la période propice à l'apparition des maladies graves (que l'on situe aux environs de la quarantaine d'années et plus). Si l'état de santé des 18-25 ans a une influence sur leur trajectoire sociale, cette influence ne concerne qu'une partie restreinte de la population.
4. La mobilité sociale, si elle est en partie influencée par la santé, est surtout liée à des caractéristiques non physiques de l'individu : son niveau d'éducation, ses ressources culturelles et matérielles, son milieu familial...

(Scambler, 1996)

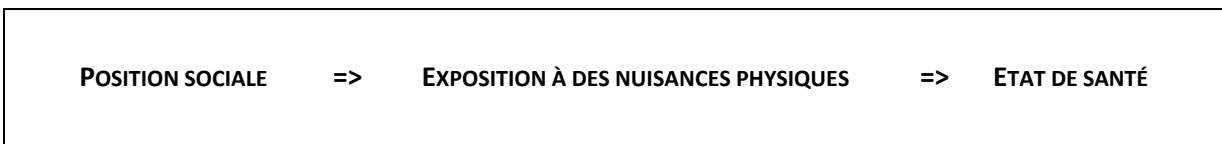
En conclusion:

Il n'y a aucune évidence que la mobilité sociale par la santé contribue systématiquement à des gradients sociaux de mortalité et de morbidité. Il est vrai que la variable "santé" peut influencer d'une certaine manière la trajectoire sociale des individus mais son effet spécifique, en dehors des premières années de la vie, reste **fort réduit**.

B. L'environnement physique

a) Le schéma explicatif

Des études ont montré que les inégalités sociales de santé pouvaient être liées à l'environnement physique dans lequel vivent les individus. Mais que faut-il entendre par là ? En réalité, la notion d'environnement physique peut recouvrir des facteurs multiples : conditions matérielles de vie, conditions de travail, conditions de logement...



Dans le modèle développé ici, on met donc en avant les *caractéristiques structurelles* de l'environnement comme variables explicatives de la situation de santé. Ainsi, les catégories sociales à bas statut socio-économique seraient plus souvent confrontées à de tels facteurs, défavorables, que les catégories sociales à haut statut socio-économique. Une étude hollandaise a notamment relevé les facteurs suivants (Avalosse, 1997) :

- *la privation matérielle*
 - ⇒ elle est plus importante dans les groupes sociaux du bas de l'échelle sociale

- *l'habitat et le logement* : espace insuffisant par rapport à la taille de la famille, isolation thermique insuffisante ou excessive (aération insuffisante), humidité des murs favorisant les moisissures (risque de maladies respiratoires), système de chauffage archaïque ou mal entretenu (risque d'intoxication par le monoxyde de carbone). Par ailleurs, le logement est plus souvent situé dans un quartier exposé à la pollution de l'air d'origine urbaine ou industrielle.
 - ⇒ les conditions de logement sont de plus en plus médiocres quand on descend dans l'échelle sociale

- *les conditions de travail* : travail physique, monotone, dangereux, exposant à des risques de maladies professionnelles (bruit, intoxication...), horaires de travail allongés (heures supplémentaires) ou anormaux (travail de nuit),...
 - ⇒ les conditions de travail sont souvent beaucoup plus défavorables pour les métiers manuels, c'est-à-dire les métiers qui correspondent à un statut socio-économique plus faible.

b) Les accidents de travail

Les statistiques concernant les maladies professionnelles et les accidents du travail prouvent que le type de travail influence indiscutablement l'exposition des travailleurs à certains risques spécifiques. Ainsi, à titre d'exemple, les chiffres enregistrés dans une grande entreprise wallonne pour l'année 1989, lorsqu'ils sont extrapolés à une carrière professionnelle complète de 45 ans, montrent que les conditions de travail peuvent avoir un impact très significatif sur la morbidité (1 travailleur sur 3 gardant une invalidité permanente) et la mortalité (probabilité de décès sur la carrière : 1 pour 200 travailleurs).

Cependant, ces données sont à interpréter avec prudence. Si, à une échelle individuelle, la maladie professionnelle ou l'accident de travail est un risque bien réel, potentiellement présent à tout moment travaillé, il ne s'agit probablement à l'échelle sociale que d'un facteur qui en recouvre d'autres, notamment le statut socio-économique, le niveau d'étude, la culture... (Roland, *in Santé Conjuguee* n°14, 2000).

c) Les effets de la pollution

Une des caractéristiques importantes de l'environnement physique est le niveau de pollution auquel est confronté un individu, que ce soit sur son lieu de travail ou dans son logement. On peut alors distinguer **deux types d'effets** :

- *Effets non-discriminants socialement* : ils n'expliquent pas les différences sociales d'état de santé car les agents ou toxiques responsables sont très largement dispersés dans l'environnement et ne connaissent pas les limites entre zones d'habitat favorisées et défavorisées.
EX : la réduction d'ozone atmosphérique, l'exposition aux xéno œstrogènes et la dégradation de la spermatogénèse...
- *Effets potentiellement discriminants socialement* : les facteurs de nuisance qui en sont la cause sont souvent étroitement associés à certaines caractéristiques sociales.
EX : environnement bruyant et altération des facultés d'apprentissage chez l'enfant, tabagisme passif in utero/pendant l'enfance et susceptibilité aux infections respiratoires, pollution de l'air et surmortalité par MCV et affections respiratoires, pollution urbaine et risque de cancer du poumon, d'asthme, de rhinite allergique....

C. La culture, les comportements et les modes de vies individuels

Une troisième hypothèse pour expliquer les inégalités sociales de santé a été soulevée : elle suppose que les différences socio-économiques de santé résultent des différenciations dans le style de vie, les attitudes, les comportements, le degré d'instruction et de connaissance vis-à-vis de la santé. En d'autres termes, *le mode de vie* (au sens large) serait un facteur intermédiaire particulièrement important dans l'explication des écarts de santé en fonction de la position sociale.



Beaucoup d'études empiriques ont confirmé la pertinence de ce schéma explicatif : les classes sociales les plus basses auraient davantage des comportements et des modes de vie nuisibles à la santé. De plus, ces groupes défavorisés cumuleraient plusieurs comportements à risque.

Voici quelques exemples de modes de vie qui varient en fonction de la position sociale et qui ont un effet néfaste sur l'état de santé des individus qui les adoptent (Avalosse, 1997).

a) Tabagisme

Plusieurs études ont montré que les fumeurs étaient plus nombreux au sein de la classe ouvrière et que le pourcentage moyen de fumeurs diminue en fonction du niveau de la classe sociale. Toutefois, ces résultats varient en fonction des pays et du sexe (Avalosse, 1997).

L'enquête de santé nationale réalisée en **Belgique** en 1997 (ISSP, 1997) ne vérifie pas cette hypothèse puisqu'elle constate que : "*le tabagisme concerne la plupart des couches sociales de manière assez homogène exceptée l'élite. Les diplômés de l'enseignement supérieur et les individus dont les revenus dépassent 60000FB fument le moins (respectivement 26% et 23% de fumeurs occasionnels ou réguliers pour un total global de 30-35%).*"

b) Alcool

La consommation d'alcool augmente en général quand on descend dans l'échelle sociale. En outre, il y aurait plus de personnes des classes sociales inférieures qui prennent le volant en ayant consommé de l'alcool, ce qui se traduit évidemment dans les statistiques de mortalité par accident de la route.

L'enquête de santé nationale menée en **Belgique** amène toutefois à nuancer cette vision globale. Elle montre en effet que : "*la consommation d'alcool s'avère une coutume plus répandue dans les milieux aisés [...]. Les buveurs quotidiens sont bien plus nombreux dans les milieux instruits et leur consommation hebdomadaire vaut deux fois celle des groupes défavorisés.*" (ISSP, 1997).

c) Alimentation

Des études ont montré que le régime alimentaire d'un individu est largement influencé par son milieu culturel d'origine. Par exemple, l'alimentation des classes ouvrières et paysannes serait plus riche en graisses mais plus pauvre en légumes et en fruits par rapport aux classes socio-économique aisées et plus scolarisées. S'il est vrai que les effets de l'alimentation restent encore peu connus au niveau de la recherche biomédicale, il est certain qu'elle constitue un facteur de risque important pour certaines maladies (obésité, MCV, cancer,...).

Pour la **Belgique**, l'enquête de santé nationale de 1997 confirme pleinement ces observations étrangères : *" c'est au sein des couches sociales défavorisées que l'excès de poids et l'obésité sont les plus fréquents. On compte trois fois plus d'obèses dans les groupes sans instruction que chez les diplômés de l'enseignement supérieur. Entre les revenus les plus faibles et les plus élevés, la différence passe du simple au double. C'est encore dans ces groupes que les gens se préoccupent le moins pour leur poids. "* (ISSP, 1997).

d) Activité physique

De la même manière que les facteurs cités précédemment, la pratique d'une activité physique diminue plus on descend dans l'échelle sociale.

En Belgique : *" Les activités physiques de loisir par exemple sont moins répandues parmi les couches sociales peu aisées. Entre 40 et 60% des personnes qui n'ont pas prolongé leur scolarité au-delà de l'enseignement secondaire inférieur, ou qui ont un faible niveau de revenu, ne pratiquent aucune forme de sport. Cette proportion représente le double voire le triple de celle des gens diplômés de l'enseignement supérieur ou dont les revenus mensuels dépassent 60.000FB. "* (ISSP, 1997).

Plusieurs explications peuvent être avancées à ce sujet : manque de moyens financiers, infrastructures trop éloignées pour pratiquer un sport, valeurs culturelles ou attentes personnelles...

En conclusion :

Le mode de vie et les comportements constituent donc bien des *médiateurs* de la position sociale qui permettent d'expliquer, en partie, les écarts de santé. Une idée importante peut être soulignée ici : les individus des groupes socio-économiques défavorisés *cumulent* le plus souvent plusieurs facteurs négatifs en termes de santé.

D. L'étude de Whitehall

a) Caractéristiques de l'étude et questions soulevées

L'étude dite de *Whitehall* est une étude longitudinale menée en Angleterre par Marmot et ses collaborateurs (1986) avec pour objectif d'étudier les inégalités sociales de santé. Cette étude, débutée en 1967, a permis de suivre pendant une vingtaine d'années plus de dix mille fonctionnaires britanniques de 40 à 64 ans. Les auteurs ont ainsi collecté sur ces individus de nombreuses données médicales (maladies, jours d'absence, décès,...) via le service de médecine du travail de la Fonction publique britannique.

La première phase de cette étude (Whitehall I) a débouché sur une conclusion frappante : toutes causes confondues, la mortalité standardisée pour l'âge parmi les hommes de 40 à 64 ans est en

moyenne **2 à 3,5 fois** plus élevée parmi les employés de bureau subalternes et les travailleurs manuels que chez les cadres supérieurs de la fonction publique. Pourquoi ce résultat a-t-il tellement interpellé le monde scientifique

Pour bien comprendre la réaction des chercheurs spécialisés, il faut rappeler, d'abord, la spécificité de cette étude. Le nom de cette étude cache, en réalité, **sa principale caractéristique** : *Whitehall* est le quartier de Londres dans lequel se situe la majeure partie des ministères et donc de la fonction publique britannique. Mais que cela signifie-t-il au niveau de l'interprétation des résultats ?

Etant donné que tous les individus observés occupent un poste de fonctionnaire, certains des facteurs déjà identifiés comme facteurs d'inégalités sociales de santé ne peuvent pas expliquer les écarts ici observés. En effet, ces fonctionnaires connaissent *tous* un cadre de travail relativement identique (peu ou pas de risques de maladies professionnelles ou d'accidents du travail), ils ont un emploi stable, leurs conditions de vie sont celles de la "classe moyenne" et l'échelle barémique du service public est beaucoup moins étendue (employés de bureau) que dans la société en général.

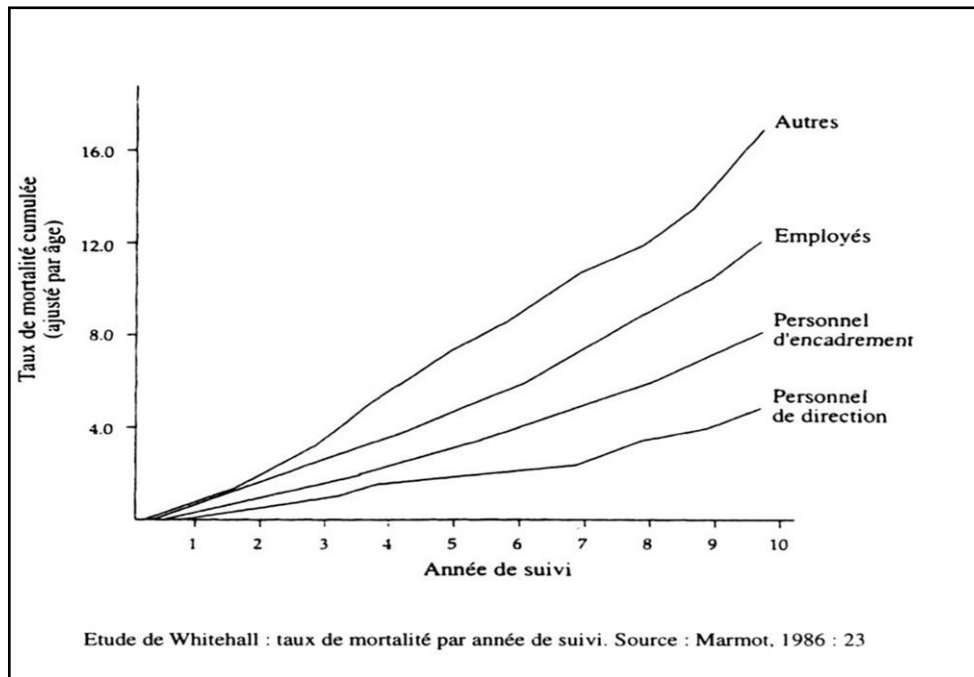
En d'autres termes, si *les conditions matérielles* de travail sont des facteurs de risque indiscutablement reconnus, elles sont nécessairement exclues de l'interprétation des résultats dans cette étude puisqu'elles sont en quelque sorte "standardisées" pour tous les membres de la cohorte observée. Entre outre, un autre facteur de risque reconnu, *les modes de vies* néfastes pour la santé, présente nécessairement des variations inter-individuelles moins importantes dans cette cohorte que dans une population "tout venant".

Par conséquent, les chercheurs ont postulé **l'hypothèse suivante** : si, comme de nombreuses études empiriques antérieures l'ont démontré, la corrélation entre la position sociale et l'état de santé est effectivement très forte, il manque "quelque chose" pour expliquer cette relation. Ce facteur pourrait être, selon eux, la position que l'individu occupe dans la hiérarchie de l'organisation où il travaille puisque c'est la seule différence essentielle existant entre les membres de la cohorte participant à l'étude *Whitehall*.

Ils ont donc mené, à partir de 1985, **une seconde phase de l'étude** (*Whitehall II*) au cours de laquelle ils ont suivi une cohorte de 10314 fonctionnaires (6900 hommes et 3414 femmes) âgés de 35 à 55 ans. Les données présentées ci-après sont tirées de cette deuxième étude.

b) Mortalité différentielle en fonction de la position dans la hiérarchie

FIGURE IV.9 : TAUX DE MORTALITÉ PAR ANNÉE DE SUIVI ET PAR POSITION HIÉRARCHIQUE



Marmot (1986) : 23, cité par Evans et al. (1996) : 16.

La figure IV.9. provient de cette étude de Whitehall II. Ce graphique compare les taux de mortalité des membres de la cohorte observée en fonction de leur statut professionnel : sur dix ans de suivi, ceux qui sont en bas de l'échelle dans la hiérarchie professionnelle (huissiers, femmes de ménages, ouvriers d'entretien, personnel de cuisine...) meurent environ **4 fois** plus que ceux du haut de l'échelle (chefs de service, secrétaires généraux, directeurs d'administration...).

Au-delà de ce résultat global, l'étude a aussi montré que ce *gradient de mortalité* selon la position hiérarchique existe aussi pour la plupart des maladies et des causes de décès prises isolément (cf. Tableau IV.11).

TABLEAU IV.11 : INDICES RELATIFS DE MORTALITÉ * DES FONCTIONNAIRES BRITANNIQUES				
PAR CAUSE ET SELON LA POSITION HIÉRARCHIQUE				
Cause de décès	Personnel de direction	Personnel d'encadrement	Employés de bureau	Autres
Cancer du poumon	0,5	1	2,2	3,6
Autre type de cancer	0,8	1	1,4	1,4
Maladie coronarienne	0,5	1	1,4	1,7
Maladie cérébrovasculaire	0,3	1	1,4	1,2
Bronchite chronique	0,0	1	6,0	7,3
Autre maladie respiratoire	1,1	1	2,6	3,1
Maladies gastro-intestinales	0,0	1	1,6	2,8
Maladies génito-urinaires	1,3	1	0,7	3,1
Accidents et homicides	0,0	1	1,4	1,5
Suicides	0,7	1	1,0	1,9
Causes non reliées au tabagisme				
Cancer	0,8	1	1,3	1,4
Maladies non cancéreuses	0,6	1	1,5	2,0
Toutes causes	0,6	1	1,6	2,1

* Calculés à partir d'une équation logistique ajustée par âge.

Source : Marmot (1986), cité dans Evans et al. (1996) : 18.

Le tableau ci-dessus montre que par rapport au personnel d'encadrement (chefs de bureau), pris comme référence (indice=1), les travailleurs "autres" (manuels pour la plupart) ont un indice relatif de mortalité de **7,3** pour la bronchite chronique, de **3,6** pour le cancer du poumon, de **1,7** pour les MCV, de **2,0** pour les maladies non cancéreuses...Ce résultat est choquant parce qu'on ne s'imaginait pas qu'il puisse exister de telles différences d'état de santé au sein de la fonction publique.

On a déjà dit plus haut qu'une série de facteurs explicatifs devaient être exclus dans cette étude : les conditions de travail, la précarité d'emploi,... Mais alors comment expliquer ce gradient de mortalité en fonction de la catégorie professionnelle ? C'est ce que Marmot et ses collègues ont cherché à mettre en évidence, en analysant plus en détails l'énorme masse de données récoltées. Dans les pages qui suivent, sont ainsi successivement analysés l'influence de facteurs apparemment aussi différents que la possession d'une voiture, le tabagisme, les affections cardiovasculaires...

c) Mortalité en fonction de la position dans la hiérarchie et de la possession d'une voiture

Le tableau IV.12 présente une série de données concernant la mortalité masculine sur 10 ans ajustée pour l'âge en fonction de la position dans la hiérarchie de la fonction publique et de la possession d'une voiture.

Barème	Taux relatif		Taux relatif ajusté*	
	Avec voiture	Sans voiture	Avec voiture	Sans voiture
Cadres supérieurs	0,5	0,6	0,6	0,7
Cadres intermédiaires	1,0	1,3	1,0	1,2
Employés	1,3	1,7	1,3	1,5
Autres	1,4	2,2	1,2	1,6

D'après Davey-Smith et al. (1990)

* Ajusté pour la pression artérielle systolique, le cholestérol, le tabagisme et l'équilibre glucidique.

Les personnes qui n'ont pas de voiture ont une mortalité plus élevée que dans la situation moyenne (le risque relatif vaut 1 pour les cadres intermédiaires avec une voiture). Mais pourquoi la possession d'une voiture serait-elle corrélée avec une meilleure santé ? Plusieurs idées viennent à l'esprit spontanément : ceux qui ont une voiture font partie des groupes socio-économiques favorisés (revenus, culture...), ceux qui n'ont pas de voiture doivent prendre les transports en commun (stress, maladies, perte de temps libre,...),etc.

En d'autres termes, le fait de posséder une voiture constitue, au-delà du rang professionnel dans la fonction publique et du revenu, un indicateur supplémentaire de la position sociale effective occupée par l'individu dans la société.

d) Mortalité en fonction de la position hiérarchique et de la consommation de tabac

	Personnel de direction	Personnel d'encadrement	Employés de bureau	Autres	TOTAL
NON -FUMEURS					
Maladie coronarienne	1,40	2,36	2,08	6,89	2,59
Cancer du poumon	0,0	0,24	0,0	0,25	0,21
ANCIENS FUMEURS					
Maladie coronarienne	1,29	3,06	3,32	3,98	3,09
Cancer du poumon	0,21	0,50	0,56	1,05	0,62
FUMEURS					
Maladie coronarienne	2,16	3,58	4,92	6,62	4,00
Cancer du poumon	0,35	0,73	1,49	2,33	2,00

Marmot (1986) : 26, cité par Evans et al.(1996) : 18.

Deux données sont bien établies : la consommation de tabac joue un rôle important sur la santé et elle varie notamment en fonction de la position sociale. Comme il a déjà été souligné plus haut, la consommation de tabac est, en effet, plus forte en bas de l'échelle sociale et ce facteur peut expliquer en partie pourquoi les taux de mortalité ont été plus élevés chez les "employés subalternes" et les "autres" (comme illustré à la figure III.9). Cependant, les résultats obtenus par Marmot (présentés dans le tableau III.13) montrent l'existence de variations de mortalité selon la position hiérarchique pour des décès survenus chez des personnes qui n'ont jamais fumé.

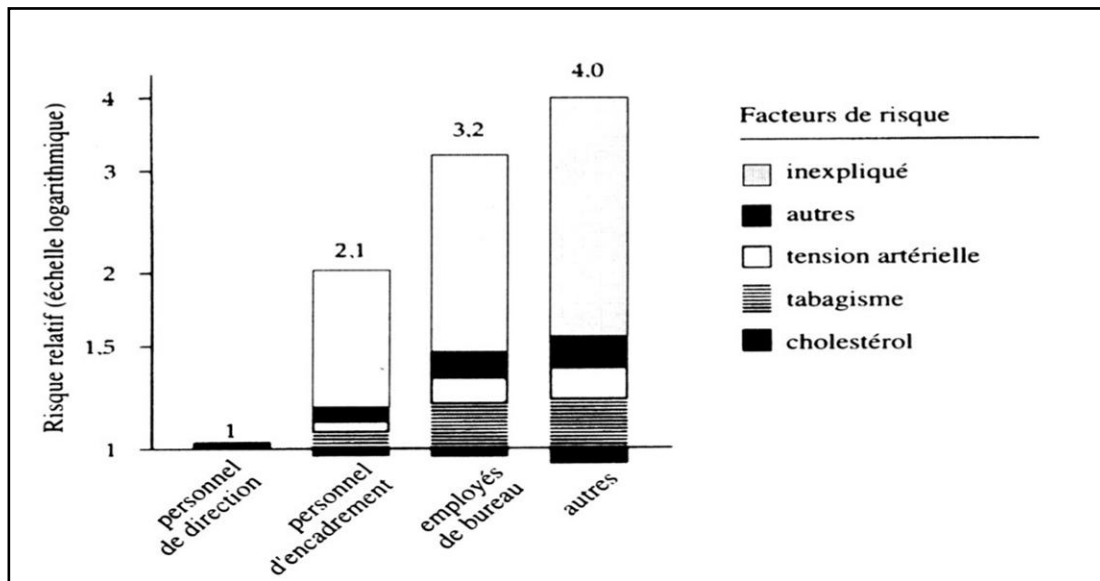
En outre, le tableau montre que, même pour les pathologies liées au tabac (comme les maladies coronariennes et le cancer du poumon observés chez des individus fumeurs, la probabilité de décès des rares fumeurs existant dans les classes élevées de fonctionnaires est plus faible que pour les autres catégories (2,16 versus 6,62 et 0,35 versus 2,53).

En conclusion, les écarts de santé observés parmi les fonctionnaires britanniques participant à l'étude ne peuvent s'expliquer seulement par des facteurs liés au mode de vie (ici, le tabac) puisque ces écarts persistent quand les individus ont le même mode de vie. Il est donc nécessaire de trouver d'autres modèles explicatifs.

e) Analyse de l'impact de la position dans la hiérarchie sur le risque de MCV

Dans leur étude, Marmot et ses collaborateurs mettent en évidence un phénomène de *gradient pour la mortalité cardio-vasculaire* : plus on descend dans le rang professionnel, plus les gens meurent de problèmes cardio-vasculaires. Si on prend le personnel de direction comme groupe de référence (dont le risque relatif vaut 1), la figure III.8 indique que les membres d'encadrement ont **2 fois** plus de risque de mourir de MCV que cette catégorie, les employés de bureau **3 fois** plus et les "autres" fonctionnaires **4 fois** plus.

FIGURE IV.10 : RISQUE RELATIF DE MORTALITÉ (AJUSTÉ PAR ÂGE) PAR MCV ET PAR FACTEUR DE RISQUE, SELON LA POSITION HIÉRARCHIQUE



Marmot (1978) : 248, cité par Evans et al. (1996) : 19

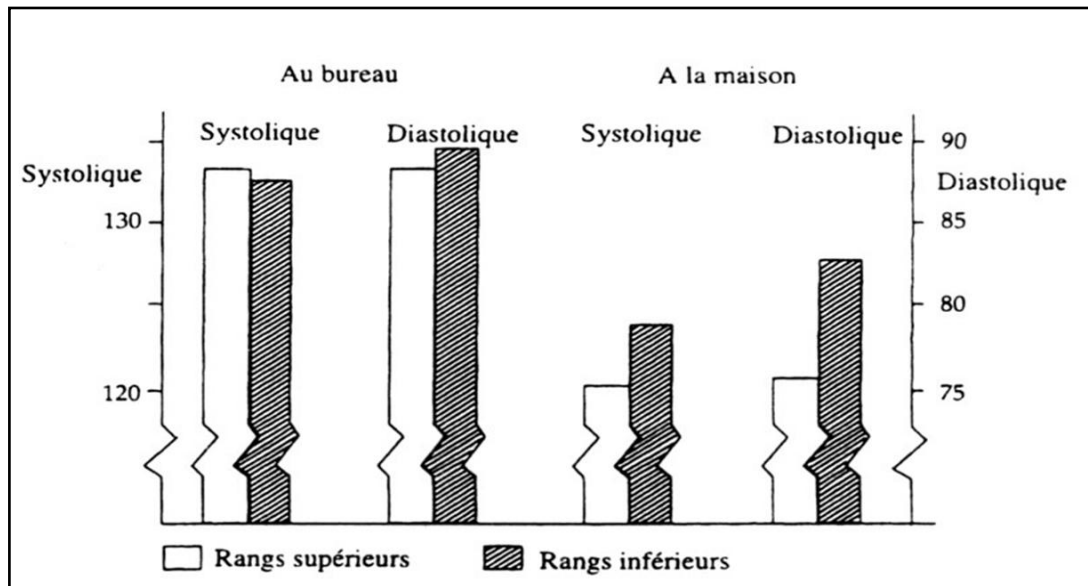
Face à cette constatation, les auteurs ont calculé la proportion de mortalité cardio-vasculaire attribuable à des facteurs de risque connus (et mesurés dans l'étude) et ils ont constaté que les facteurs de risque "classiques" des MCV (tabac, alcool, cholestérol, tension artérielle) n'expliquent qu'une faible partie de ces risques relatifs de mortalité !

A quoi attribuer cette large proportion de la variance, non expliquée, étant donné que plusieurs facteurs potentiels d'explication, dont l'environnement physique, sont de facto exclus dans l'étude de *Whitehall* ? Les auteurs ont fait l'hypothèse que le facteur manquant, celui qui doit être pris en compte dans le schéma explicatif des inégalités sociales de santé est le *stress*, c'est à dire le vécu de stress, et ils ont recueilli certaines observations qui confirment cette hypothèse.

f) Tension artérielle en fonction de la position dans la hiérarchie

Une autre partie de l'étude *Whitehall* consistait à mesurer la tension artérielle d'un sous-ensemble des participants à différents moments de la journée. Marmot a ainsi obtenu des résultats très intéressants (figure IV.11) : à leur travail, les fonctionnaires de tous les niveaux ont une tension artérielle similaire et relativement élevée (sans doute liée au stress), et quand ils rentrent chez eux, la détente psychologique et la diminution des activités musculaires se traduisent par une diminution significative de la tension. Cependant, la chute de tension observée est plus importante pour les hauts fonctionnaires que pour les autres, cette différence étant surtout marquée pour la pression diastolique (celle persistant entre les pulsations cardiaques) ; cette dernière est plutôt un indicateur de la tension nerveuse du sujet tandis que la pression systolique est surtout influencée par le niveau d'activité physique. Or, l'hypertension artérielle est reconnue comme un important facteur de risque de morbidité et de mortalité cardio-vasculaire.

FIGURE IV.11 : TENSION ARTÉRIELLE CHEZ LES FONCTIONNAIRES BRITANNIQUES



Marmot et Theorell (1988) : 671, cité par Evans et al. (1996) : 19.

Comment expliquer que les fonctionnaires du haut de l'échelle hiérarchique, une fois en dehors du milieu de travail, voient leur tension artérielle baisser beaucoup plus que les autres?

Certains pensent que les fonctionnaires occupant un rang professionnel inférieur rencontrent des situations plus stressantes que les autres dans leur vie privée : travaux ménagers lourds, revenu insuffisant, habitat médiocre, quartier déshérité marqué par certaines formes de violence, durée plus longue des trajets travail-maison... Cependant, d'autres ont avancé l'idée selon laquelle les hauts fonctionnaires auraient une meilleure maîtrise de leur réaction au stress provoqué par la situation de travail. On reviendra sur cette hypothèse avec les modèles du stress.

g) Conclusion : schéma de l'approche socio-environnementale

L'étude de *Whitehall* est exceptionnelle à plusieurs niveaux : non seulement elle a rassemblé énormément de données médicales et sociales sur un grand nombre d'individus pendant une longue période, mais elle a aussi permis de mettre en évidence la complexité des écarts de santé en fonction de la position sociale.

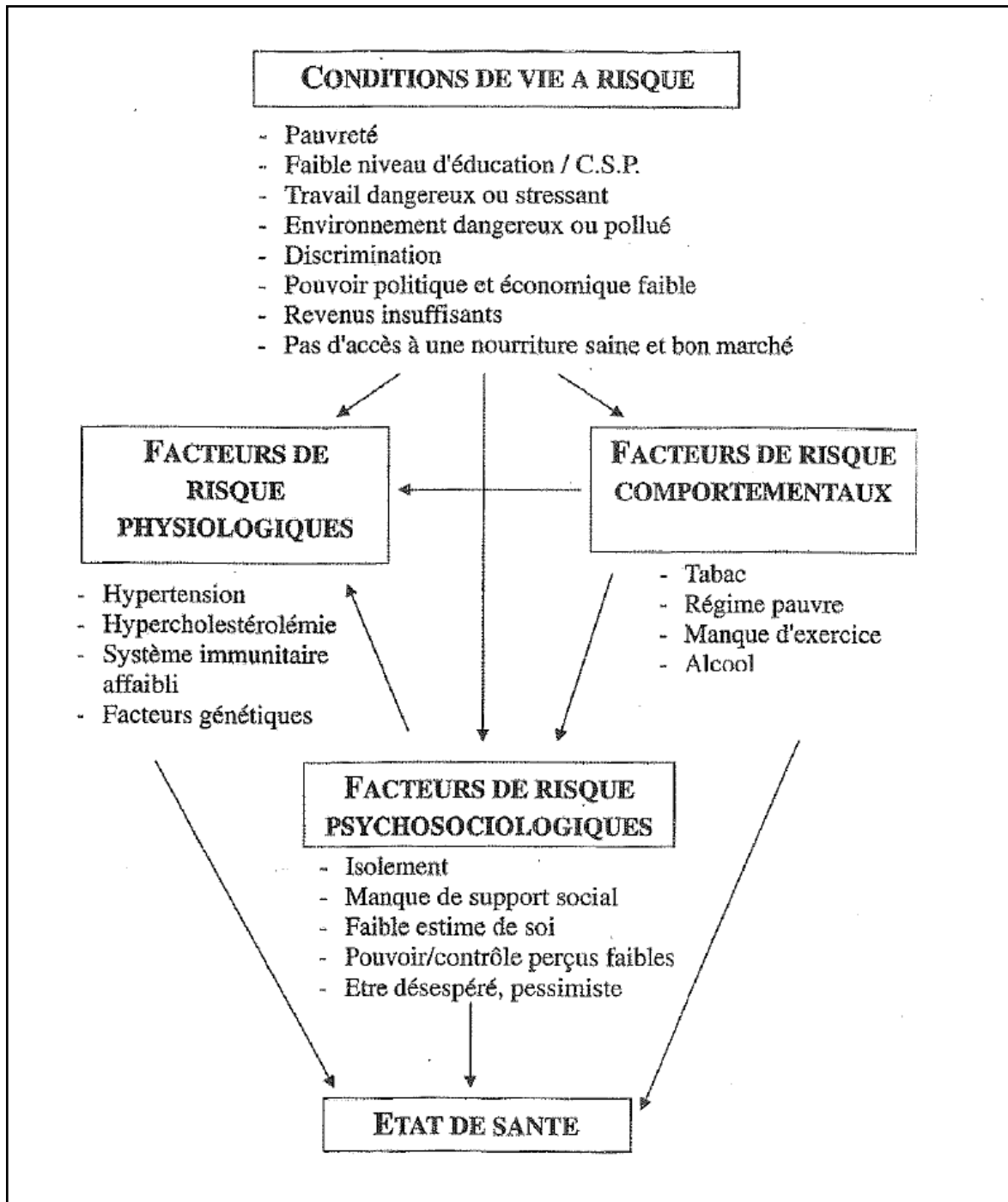
En effet, Marmot et ses collaborateurs ont construit leur étude de telle manière à réduire autant que faire se peut l'influence d'un certain nombre de facteurs que les recherches empiriques précédentes mettaient au premier plan : l'environnement physique, les modes de vie, le revenu, la culture... Les données recueillies mettent en évidence une autre vision des choses : beaucoup d'importance a souvent été attribuée aux modes de vie des gens (la cigarette, l'alcool, l'exercice physique, l'hygiène de vie) et à l'environnement physique qui les entoure, mais l'impact de *l'environnement social* des individus a été fortement sous-estimé. Si l'environnement physique et socio-économique dans lequel vit l'individu influence incontestablement son état de santé, il faut donc aussi tenir compte des caractéristiques de son *environnement social et d'autres variables psychosociales*.

Mais alors, comment représenter le schéma causal des inégalités sociales de santé ?

Scambler (1997) reprend le schéma de Labonte (1993) qui donne une vision assez schématique de l'ensemble des facteurs en interaction dans ce processus des inégalités sociales de santé. Pour lui, les écarts de santé sont dus à l'interaction de plusieurs éléments :

1. **Les conditions de vie à risque** : la pauvreté, le faible niveau d'éducation, un travail stressant ou dangereux, un environnement pollué, un faible pouvoir économique et politique, des revenus insuffisants, un logement en mauvais état, un accès difficile à une alimentation saine...
2. **Les comportements à risque** : consommation de tabac ou d'alcool, peu d'exercice physique, alimentation riche en graisse et pauvre en vitamines...
3. **Les facteurs de risque physiologiques** : l'hypertension, une défaillance du système immunitaire, l'hypercholestérolémie, des facteurs génétiques...
4. **Les facteurs de risque psychologiques** : le manque de soutien social, l'isolement social, le manque d'estime de soi, le manque de contrôle et de pouvoir dans la vie, le désespoir...

FIGURE IV.12 : SCHÉMA DE L'APPROCHE SOCIO-ENVIRONNEMENTALE



Ce schéma est celui de l'**approche socio-environnementale** qui a été décrite plus haut. Ce schéma montre que des conditions de vie difficiles (à risque) peuvent favoriser des comportements de santé défavorables (facteurs de risque comportementaux) et des perceptions négatives de la vie (facteurs de risque psychologiques) chez les personnes soumises à ces conditions. Certains facteurs médicaux à l'origine de maladies (facteurs de risque physiologiques dans le schéma) sont modulés par les deux catégories de facteurs mentionnés ci-dessus tout en pouvant être déterminés plus directement par les conditions de vie (l'alimentation en particulier).

Dans cette perspective théorique, c'est donc la combinaison de facteurs multiples qui permet d'expliquer les écarts de santé en fonction de la position sociale. Si les trois premiers types de facteurs ont déjà été décrits plus haut, il nous faut encore définir ce que l'on entend par *facteurs psychosociaux*. C'est l'objet de la section suivante.

E. L'environnement psychosocial

A partir des années 1970, l'étude des relations complexes entre les caractéristiques sociales de l'individu et son état de santé va se renouveler. Un nouveau courant de recherche apparaît : il tente de comprendre les *mécanismes psychosociaux* qui peuvent influencer l'état de santé des individus. Ainsi, les premiers travaux rattachés à ce courant tentent d'expliquer des maladies comme les cancers ou les maladies chroniques à partir de *facteurs individuels* et non à partir de la catégorie socioprofessionnelle.

Dans cette perspective, le "*stress*", la "*capacité de faire face*" et le "*support social*" sont autant de concepts qui permettent de saisir *les interactions entre le social et le biologique* pour créer la maladie ou provoquer la mort (Adam et Herzlich, 1994).

Afin d'approfondir ces concepts, cette section se compose de **3 sous-parties** :

- a. *L'hypothèse de l'environnement psychosocial* : Comment expliquer les variations d'état de santé entre les classes sociales à partir de facteurs psychosociaux ?
- b. *Les modèles du stress* : Comment interpréter les réactions très différentes d'un individu à l'autre face à une situation stressante et comment comprendre les effets néfastes de ce stress sur la santé ?
- c. *Le soutien social* : Comment des individus exposés à des conditions de vie similaires au niveau du stress peuvent-ils connaître de tels écarts de santé ? Quel est le rôle du support social sur l'état de santé ?

a) L'hypothèse de l'environnement psychosocial

D'après ce modèle théorique, la position sociale a une influence sur l'état de santé par l'intermédiaire du vécu de stress des individus.

POSITION SOCIALE => VÉCU DE STRESS => ETAT DE SANTÉ

Ainsi, *la position sociale* peut déterminer à la fois :

- **la fréquence et l'intensité de l'exposition à des facteurs de risque psychosociaux (à caractère stressant) :**

Dans le bas de l'échelle sociale, les individus sont plus souvent confrontés à des situations difficile à vivre que dans les classes sociales privilégiées : avoir un emploi précaire (intérim, contrats de courte durée...) ou pas d'emploi, exercer un travail qui ne laisse aucune autonomie ou qui est souvent dangereux, devoir supporter des conflits intrafamiliaux parfois violents... Tous ces éléments peuvent avoir des effets néfastes sur l'état de santé des individus par l'intermédiaire de la tension psychologique qu'ils engendrent chez eux.

- **l'importance des ressources personnelles et sociales mobilisables par l'individu pour faire face à des événements stressants :**

Non seulement les individus au bas de l'échelle sociale sont plus souvent confrontés à des facteurs de risques psychosociaux importants, mais ils ont aussi moins de ressources personnelles et sociales pour y faire face. Statistiquement (mais certains résultats restent discutables), les classes défavorisées ont moins de relais sociaux (famille, amis...), ils se retrouvent plus souvent isolés, sans contacts extérieurs, ils ont une faible estime d'eux-mêmes et se sentent impuissants face à la vie.

Dans cette perspective, les inégalités sociales de santé s'expliquent notamment par le fait que les individus des classes sociales supérieures possèdent des ressources - telles que les connaissances, le prestige, le pouvoir, l'argent et les connections sociales - qui augmentent leur capacité à faire face aux risques et contribuent à diminuer les conséquences d'une maladie quand elle apparaît.

b) Les modèles du stress

Définition du « stress »

Depuis une vingtaine d'années, la notion de "stress" connaît un large succès aussi bien dans le discours scientifique que dans le discours commun. Toutefois, il faut éviter de tomber dans les stéréotypes et les ambiguïtés de cette notion quand on étudie les inégalités sociales de santé.

Il est nécessaire de définir de manière plus précise ce que l'on entend par cette notion car l'usage de ce terme dans la langue française est ambigu car il confond les causes et les conséquences du phénomène.

En anglais, par contre, des termes différents sont employés pour distinguer :

- *les stressors* : agents stressants ou facteurs de stress qui peuvent être infectieux, toxiques, physiques, psychologiques, psychosociologiques.
= *CAUSES*
- *le stress* : ensemble des réponses physiologiques et psychologiques de l'individu aux facteurs de stress.
= *EFFETS*
- *le distress* : état d'angoisse ou de détresse en l'absence de moyens de réponse ou de support social face aux facteurs de stress.

L'idée commune aux modèles qui sont décrits dans les pages suivantes est l'existence d'un lien entre les agents stressants, le stress et la dégradation de la santé. Les études empiriques ont donc voulu mesurer les effets du stress sur une personne pratiquement de la même manière que certaines forces agissent sur les ponts, les routes ou les machines pour les déformer, voire les briser. Les chercheurs ont ainsi mis en évidence que l'exposition prolongée aux agents stressants dans l'environnement pouvait avoir une incidence sur la santé et le bien-être et constituait donc un facteur de risque important pour certaines maladies telles que les MCV, les maladies respiratoires,...

Le modèle de Selye

Un des premiers modèles qui a été développé est celui de Hans Selye. Celui-ci est d'ailleurs considéré comme le "père" du concept du stress appliqué à la personne humaine. Il a décrit comment un individu mobilise son système neuroendocrinien pour réagir face à une agression extérieure :

" Le terme anglais "stress" désigne les réactions en chaîne de l'organisme à des pressions excessives menaçant son équilibre. Le stress engendre une fragilisation face à des agressions ultérieures. Sur le plan physiologique, les réactions de stress se situent au niveau des mécanismes neuroendocriniens mais des facteurs psychosociaux peuvent intervenir dans leur genèse."

(Adam et Herzlich, 1994)

Ce physiologiste tchèque a proposé, en 1936, le concept de "*Syndrome Général d'Adaptation*" proposé par : toute personne soumise à une situation de stress présente un ensemble de réponses physiologiques non spécifiques, provoquées par un agent physique agressif ou par d'autres types de stimuli externes appelés *stressors*.

L'auteur distingue **3 phases** de réaction typiques quand un individu rencontre une situation stressante :

- *La phase d'alarme* :

Face à une situation stressante, l'individu réagit d'abord en quelques fractions de secondes grâce à l'intervention de son système nerveux sympathique et à la production des hormones surrénaliennes.

La glande médullosurrénale secrète l'adrénaline et la noradrénaline qui préparent la personne à se battre ou à fuir. Le cœur commence à battre plus vite, le taux de sucre dans le sang s'accroît et la vasoconstriction périphérique permet de redistribuer une partie du flux sanguin vers les muscles du squelette.

- *La phase de résistance :*

Après le premier choc, l'individu mobilise ses défenses internes et réagit alors de manière automatique et spécifique (la glande corticosurrénale stimulée par l'ACTH augmente sa production de cortisol) pour tenter de rétablir l'équilibre et soutenir l'effort de lutte (ou de fuite).

- *La phase d'épuisement :*

Si la situation d'exposition au facteur de stress se prolonge, l'individu entre dans un état pathologique d'épuisement des ressources de l'organisme et ses résistances s'effondrent. C'est finalement la seule situation qui correspond à ce que l'on entend généralement par "stress", les deux autres phases étant plutôt des phases de "stimulation".

Ce modèle fournit une bonne description des mécanismes **physiologiques** qui interviennent dans la réaction de l'individu face à des situations stressantes. Il permet ainsi de comprendre la plausibilité biologique des effets à long terme d'une surexposition aux hormones du stress, lorsque l'inactivation de la stimulation initiale est inefficace.

Le modèle de Selye connaît néanmoins quelques **limites** du point de vue de notre analyse :

- il est incomplet car il méconnaît les facteurs psychologiques qui interviennent dans ce mécanisme
- il est trop simpliste car il néglige les variations dans la manière dont l'individu stressé interprète la situation et cherche à décrire ce qu'il ressent

Le modèle de Selye est donc une étape importante dans l'histoire des sciences mais son approche **essentiellement biomédicale** a, depuis lors, été dépassée en y intégrant des facteurs psychologiques et psychosociaux. C'est l'objectif des modèles décrits ci-après et qui sont, de ce fait, plus complexes.

Le modèle de Cox

Le modèle de Cox constitue une étape supplémentaire dans la modélisation de la réaction de l'individu au stress. Il introduit une dimension **psychologique** dans la définition du stress : pour cet auteur, le stress "*est un état psychologique complexe découlant de la perception cognitive que la personne a de son adaptation aux exigences de l'environnement*" (Cox et al., 1983). On peut alors définir le stress comme la "*conviction d'être incapable de faire face aux exigences de la situation*" et comme l'expérience émotionnelle associée à la perception par l'individu de ce déséquilibre.

Cette approche renvoie à **deux concepts importants** :

- *La représentation ou l'évaluation :*

Le stress ressenti par un individu n'est pas directement fonction du niveau absolu des exigences auxquelles il est soumis mais bien de la représentation qu'il a de la situation à laquelle il est confronté. En d'autres termes, la réaction de l'individu dépend de l'écart perçu entre les exigences que la situation lui impose et la capacité subjective à y faire face.

- *Le coping ou la stratégie d'adaptation :*

Pour réagir aux facteurs stressants, l'individu peut développer une série de comportements visant à résoudre le problème. Les *coping behaviors* dépendent notamment des ressources personnelles dont dispose l'individu. Ces stratégies d'adaptation peuvent être **actives** (éliminer ou contrôler la source du problème) ou **passives** (agir sur ses émotions en s'adaptant à la situation ou en l'évitant).

Voici quelques exemples qui montrent à quel point la dimension **psychologique** doit aussi être prise en compte car certaines situations apparemment stressantes ne le sont pas (ou beaucoup moins) pour certains individus ou dans certaines circonstances :

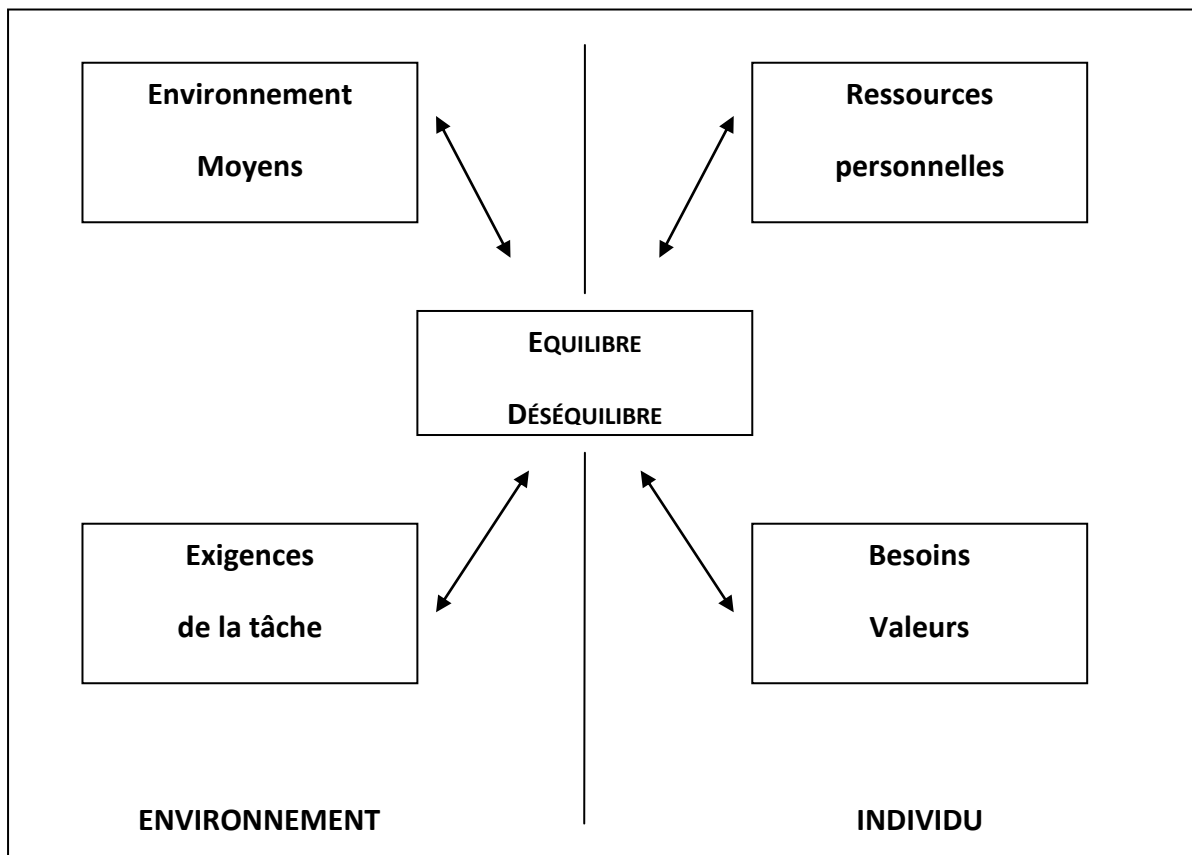
" Par exemple, on considère souvent que la mort d'un conjoint ou d'une conjointe constitue un événement très stressant. Mais le sens de cet événement varie selon les circonstances. Pour une épouse malheureuse, la mort de son mari peut signifier, au contraire, la fin d'un mariage stressant. Par ailleurs, le chômage est beaucoup moins stressant dans les sociétés où il est courant que dans celles où il est rare et où il constitue donc un échec personnel. Par conséquent, le même événement peut représenter différents degrés de stress extérieur, selon les personnes et les contextes. [...] Deux personnes peuvent avoir des ressources très différentes pour faire face à un événement aussi stressant que la mort d'un conjoint : l'une peut disposer du soutien d'une grande famille ou de nombreux amis, l'autre peut se retrouver seule du jour au lendemain. Le même stress engendrera alors des réponses très différentes à la tension subie. [...] Dans cet exemple, il existe bel et bien une distinction conceptuelle entre le stress extérieur et la réponse que la tension déclenche chez le sujet. "

(Evans et al., 1996)

C'est pourquoi, contrairement au modèle de Selye, celui de Cox ne place pas les facteurs environnementaux au centre de son analyse mais bien *l'aptitude* de l'individu à évaluer la situation et à y faire face, en faisant appel à ses ressources personnelles et à ses stratégies d'adaptation.

On peut alors schématiser cette **interaction entre l'environnement et l'individu** en montrant les éléments qui peuvent provoquer une sensation désagréable de déséquilibre chez l'individu.

FIGURE IV.13 : SCHÉMA DU MODELE DE COX



Voici un exemple simple de l'application de ce modèle à une situation stressante : la période des examens pour un étudiant.

	ENVIRONNEMENT	INDIVIDU
RESSOURCES, MOYENS, SOUTIEN...	Soutien familial, amis dans la classe, environnement calme...	Capacité de compréhension, vitesse de mémorisation...
EXIGENCES, CONTRAINTES, BESOINS...	Numerus clausus, manque de temps, volume de matière, modalités d'examens peu connues, sévérité supposée du professeur...	Aspirations de l'étudiant (doutes quant au choix de ses études), ses valeurs (la réussite ?) ...

L'individu peut donc ressentir un certain *déséquilibre* entre les exigences de la situation qui proviennent de l'environnement ou de lui-même et les ressources personnelles ou sociales dont il dispose pour faire face à cette situation. Ce schéma, en introduisant des facteurs individuels, permet de mieux comprendre pourquoi certains étudiants sont stressés et d'autres pas alors qu'il s'agit du même examen.

En conclusion

Les deux premiers modèles de stress qui viennent d'être décrits mettent l'accent sur la réaction **individuelle** de l'individu face à une situation stressante et la manière dont il la gère. Dans cette optique de recherche, l'individu réagit en vue de rétablir un équilibre interne après avoir rencontré un stress externe. Ainsi, le stress et la perception des agents stressants sont considérés dans ces modèles comme des facteurs individuels qui varient notamment en fonction des sensibilités, des vulnérabilités et des capacités de l'individu.

Plus tard, dans le courant des années 1970, une autre optique de recherche va se développer : une **optique structurelle**. Celle-ci met quant à elle l'accent sur les *facteurs organisationnels* qui influencent les réactions de stress de l'individu. Ces recherches vont donc avant tout étudier les individus dans leur milieu de travail (contenu du travail, ergonomie du travail, rythme et maîtrise du travail) et surtout, analyser l'interaction entre les exigences de travail et la liberté individuelle accordée au salarié pour gérer ces exigences.

Dans cette perspective, deux modèles ont été développés: le *Job Strain Model* et le *Demand-Control-Support Model*.

The Job Strain Model (Demand-Control)

Présentation du modèle

Karasek, un chercheur américain, a développé, en 1979, un modèle qui permet de *prédire* les situations de travail susceptibles de provoquer des tensions chez les employés. A partir de deux enquêtes, une en Suède et une aux Etats-Unis, il a montré qu'une situation de travail qui se caractérise par *une combinaison* d'une demande psychologique élevée et d'une autonomie décisionnelle faible, augmente le risque de développer un problème de santé physique ou mentale lié au stress ressenti.

De nombreuses études organisationnelles s'étaient déjà penchées sur le problème du stress au travail mais, en mesurant séparément les effets des facteurs "Demande" et "Autonomie" ; ces modèles étaient incomplets et ne permettaient pas d'expliquer certaines observations apparemment paradoxales. Voici un exemple cité par Karasek (1979) :

" Un des paradoxes majeurs de ces études était que les travailleurs avec un haut niveau d'exigences étaient plus satisfaits que d'autres vis-à-vis de leur job, ils étaient plus sains mentalement, mais dans le même temps, ils ressentaient une tension émotionnelle plus grande concernant les événements qui arrivaient dans leur travail. Au contraire, les travailleurs totalement libres par rapport aux problèmes de demande de travail n'étaient pas toujours parmi les plus satisfaits, notamment parce que la plupart de leurs emplois étaient caractérisés par un manque de possibilité de développement personnel et de challenge, ce qui semble être un déterminant majeur d'une grande satisfaction au travail. "

De la même manière, comment expliquer qu'un ouvrier de production ou une secrétaire puissent ressentir la même tension mentale dans leur travail qu'un cadre supérieur ou un directeur général ?

C'est grâce à ces exemples que l'on peut saisir l'originalité et la force du modèle de Karasek : il a combiné les deux dimensions "*Demande*" et "*Autonomie*" pour comprendre les situations de travail, même celles qui semblaient jusque là paradoxales.

Les deux dimensions du modèle

Pour Karasek, la notion classique de "*surcharge de travail*" n'est pas pertinente pour comprendre le stress ressenti par les employés car elle introduit la notion d'être capable de réaliser une certaine tâche définie par son environnement organisationnel. Or, l'introduction de cette dimension *individuelle* rend difficile la distinction entre les effets de l'environnement (exigences) d'une part, et les effets liés aux capacités de l'individu pour y répondre (l'espace d'autonomie qui lui est attribué mais aussi ses propres ressources diverses) d'autre part.

Par conséquent, Karasek a construit son modèle sur **deux axes** bien distincts que nous allons maintenant définir (Vezina, 1999) :

- *Les Demandes ou Exigences*

Les demandes psychologiques (en anglais : Demands) font référence à la quantité de travail à accomplir, aux exigences mentales et aux contraintes de temps liées à ce travail. Dans les études réalisées par Karasek, on demandait au sujet s'il percevait le travail qu'on lui demandait comme excessif, s'il devait travailler "fort", si son travail était très mouvementé, s'il devait se concentrer intensément pendant de longues périodes, s'il recevait des demandes contradictoires, s'il disposait de suffisamment de temps pour réaliser les tâches qu'on exigeait de lui...

- *L'Autonomie décisionnelle*

Le concept anglais de "*decision latitude*" réfère à la possibilité pour l'employé d'exercer un certain contrôle sur le travail à réaliser mais surtout sur la possibilité d'être créatif, d'utiliser et de développer ses habilités. Ainsi, l'autonomie décisionnelle peut être mesurée par deux composantes qui renvoient toutes les deux à la maîtrise du processus de travail. D'une part, on évalue si le sujet est libre de décider comment il fait son travail et s'il a de l'influence sur la manière dont les choses se passent au travail (*autorité*) ; d'autre part, on évalue le degré de créativité, de variété du travail ainsi que le niveau de qualification exigé pour le réaliser (*accomplissement au travail*).

Les 4 typologies du modèle

Dans le modèle de Karasek, il n'est pas directement question de "stress" puisque les deux dimensions qui viennent d'être décrites représentent respectivement les facteurs de stress, qui sont à la base de l'action, et les contraintes qui déterminent l'issue de la situation. Ainsi, l'autonomie décisionnelle est le facteur qui transforme le "stress" en une énergie d'action. En d'autres termes, Karasek distingue les effets et les causes de cet état de déséquilibre que peut ressentir un individu et mesure non pas le "stress" mais le Job Strain (Karasek, 1979) :

*" Le Job Strain se rencontre quand les exigences de travail sont élevées et que l'autonomie décisionnelle est faible. Je prédis que cette mesure indépendante composite, le **Job Strain**, est corrélée avec les variables dépendantes que constituent les symptômes de tension mentale. "*

Voici les **4 typologies** définies par le modèle de Karasek :

EX : Indépendants, cadres...

- **Active Jobs** : Les postes impliquant de fortes exigences et une grande maîtrise sur son propre travail sont généralement des emplois stimulants et intéressants. Les employés ont tout loisir à utiliser leurs compétences et ont la capacité de décider personnellement des solutions à apporter aux problèmes. Ils peuvent supporter un niveau de stress élevé, et ce stress est souvent perçu comme *positif*.
- **Passive Jobs** : Certains postes monotones et répétitifs sont le type même d'emplois imposant peu d'exigences (trop de personnel par rapport au volume de travail) mais laissant aussi peu d'autonomie aux employés (pas question de faire autre chose que la tâche prévue). Ceux-ci n'ont généralement aucune influence sur le processus de travail et n'ont pas l'occasion d'être créatifs ou de développer leurs habilités et compétences.

EX : Employés de bureau, fonctionnaires,...

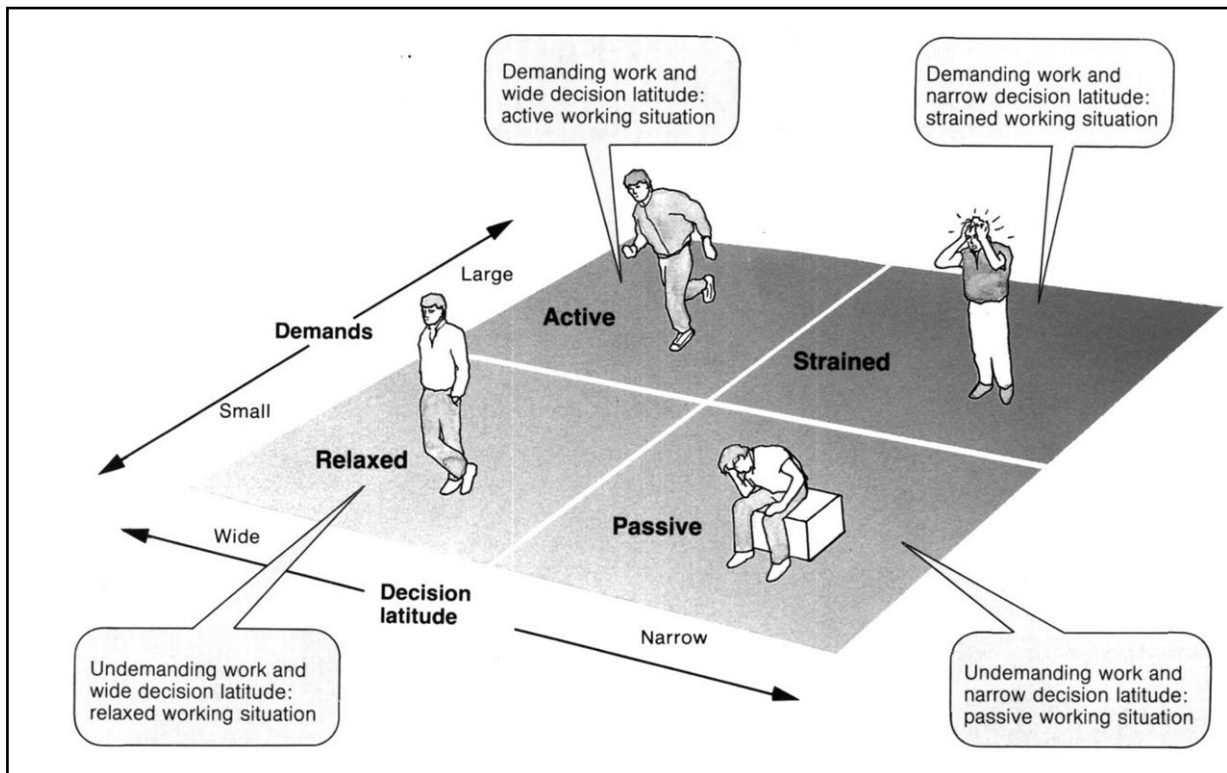
- **Relaxed Jobs** : Les postes imposant peu d'exigences mais qui laissent beaucoup d'autonomie et de créativité à l'employé sont des postes où l'individu ne connaît généralement pas de pression ou de tensions internes.

EX : Un fils de rentier qui travaille presque pour son plaisir,...

- **Strained Jobs** : La combinaison la plus délicate correspond à des postes imposant de fortes exigences (en quantité et en qualité) et laissant peu d'autonomie décisionnelle à l'individu. Le stress à ce genre de poste est *néгатif* et fait courir des risques élevés de maladies.

EX : Beaucoup de salariés dans l'industrie et le secteur tertiaire...

FIGURE IV.14 : TYPOLOGIES BASEES SUR LE MODÈLE DE KARASEK



Theorell T., Alfredson L., Karasek R.A., Knox S, Perski A., Svensson J. and Waller D., " Who gets heart disease ? ", in *The heart at work*, The Work Environment Fund, Lindman Information, 1987.

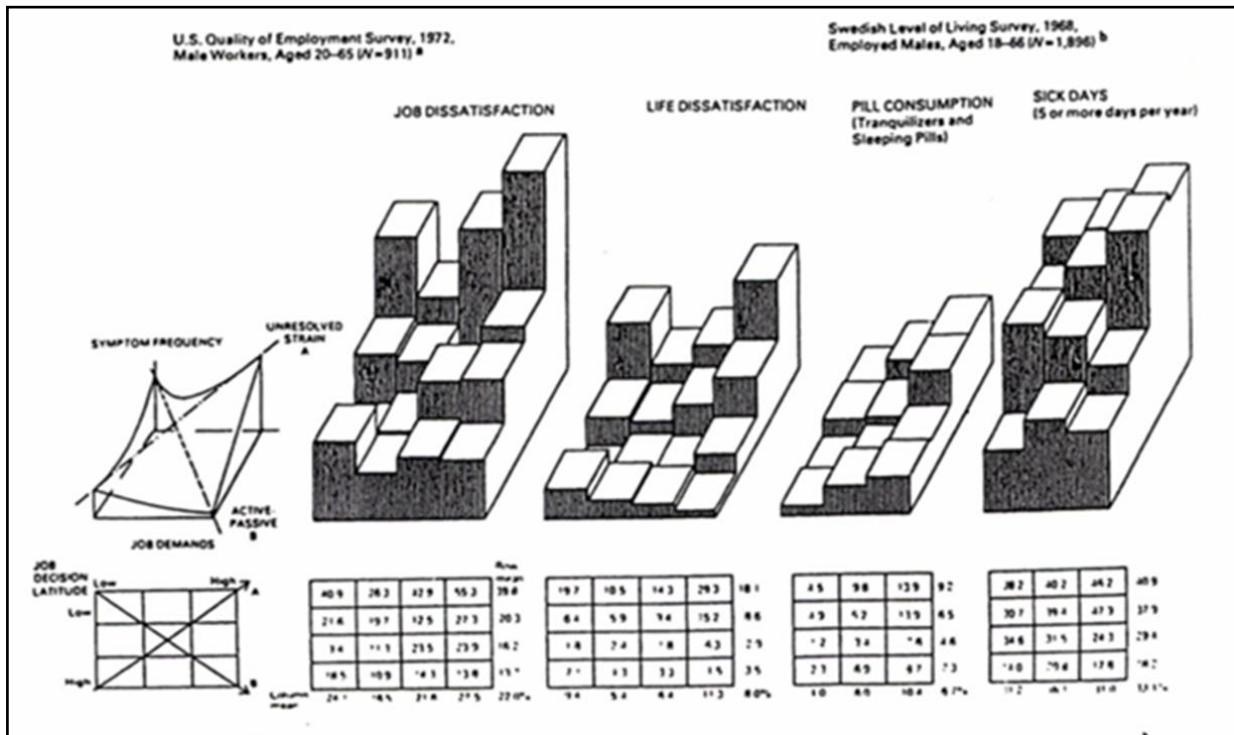
Validation du modèle

Les études réalisées en Suède et aux Etats-Unis ont permis de vérifier l'hypothèse selon laquelle la combinaison de fortes exigences et d'une faible autonomie décisionnelle correspond à la situation la plus défavorable à l'état de santé de l'individu.

Plusieurs indicateurs de santé ont été mesurés en fonction des quatre typologies définies par le modèle : *l'état de fatigue, la dépression, la prise de somnifères ou d'autres médicaments* ainsi que le nombre de *jours d'absence pour maladie*. On obtient alors une série de graphiques⁶⁵ en trois dimensions : les deux dimensions du modèle et la variable de santé que l'on examine à chaque fois.

⁶⁵ Karasek R.A., " Job demands, job decision latitude and mental strain : implications for job redesign ", *Administrative Science Quarterly*, juin 1979, volume 24 : 335-355.

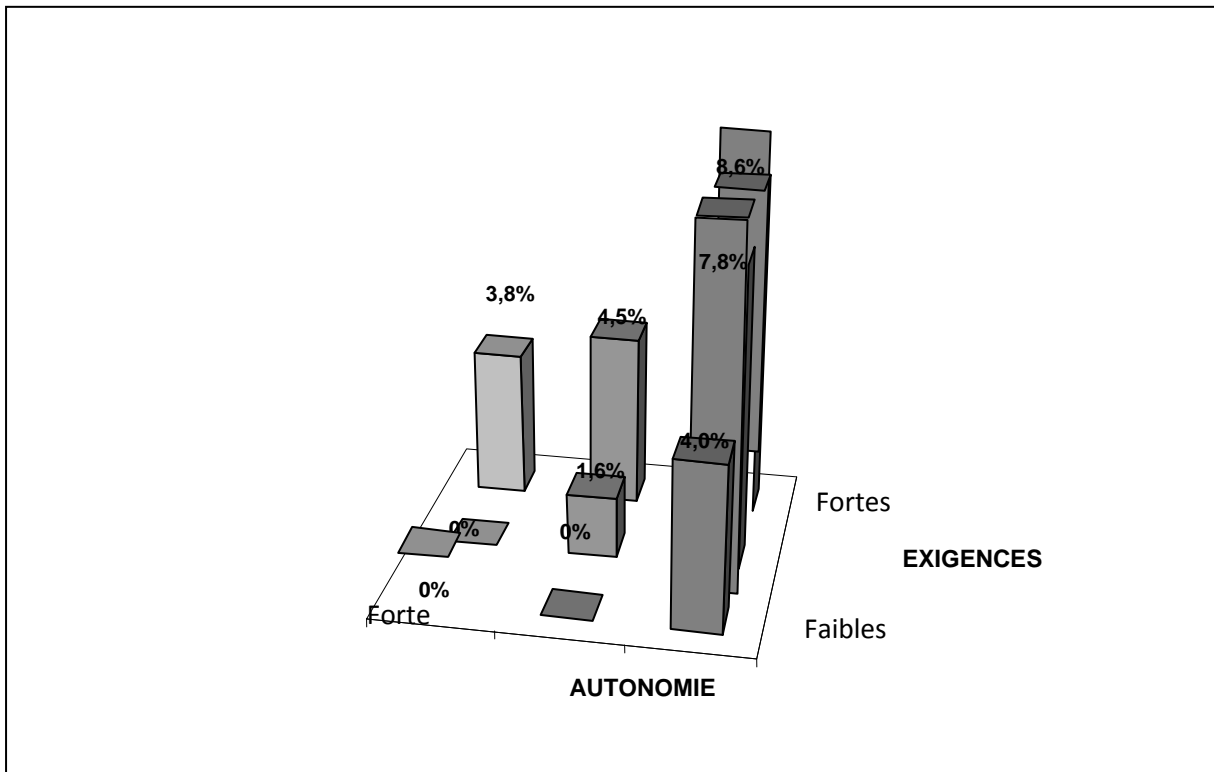
FIGURE IV.15 : JOB STRAIN MODEL ET MESURES DE L'INSATISFACTION AU TRAVAIL, DE LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS ET DU NOMBRE DE JOURS DE MALADIE



Quelque soit l'indicateur de santé utilisé et quelque soit le pays dans lequel l'étude s'est déroulée, les résultats sont concordants : le coin supérieur droit (*Strained Job*) du graphique reste toujours le cas où l'état de santé est le plus mauvais et le coin inférieur gauche (*Relaxed Job*) celui où l'individu se porte le mieux. Par contre, en ce qui concerne la satisfaction au travail ou dans la vie en général, les résultats ne semblent pas suivre systématiquement ces prédictions. D'autres facteurs seraient donc nécessaires pour comprendre ce phénomène.

Il faut souligner que Karasek a porté une attention particulière à la *morbidity cardio-vasculaire* qu'il a mesurée en fonction des quatre typologies de son modèle.

FIGURE IV.16: JOB STRAIN MODEL ET MORBIDITE CARDIOVASCULAIRE



Les données de ce graphique proviennent d'une étude⁶⁶ de 1461 travailleurs de sexe masculin qui ont été interrogés en 1968 sur leur contexte de travail et qui ont été ensuite suivis de 1968 à 1974. Les pourcentages correspondent à la proportion totale de sujets ayant présenté au moins deux symptômes cardiovasculaires sérieux (douleur de type "angine de poitrine", dyspnée, HTA...) en fonction des deux axes du modèle de Karasek.

Les personnes qui ont le risque le plus élevé d'avoir présenté au moins deux symptômes cardio-vasculaires sérieux sont celles qui travaillent à des postes à fortes exigences et à faible autonomie (coin supérieur droit dans la figure III.17). Un risque de morbidité cardio-vasculaire intermédiaire suit la diagonale tandis que le risque est quasi nul pour les personnes occupant des postes à faibles exigences et à forte autonomie.

Une remarque importante concerne ce graphique de la morbidité cardio-vasculaire. Si le modèle de Karasek a permis de mettre en évidence que le facteur de "stress" est bien un des facteurs explicatifs des MCV comme d'autres études médicales l'ont déjà montré, il n'en reste pas moins que cette composante n'est qu'un cofacteur, parmi d'autres, dans la genèse des MCV.

66 Karasek et al., American Journal of Public Health, 1981, 71 : 694-705 et Theorell T., Alfredson L., Karasek R.A., Knox S, Perski A., Svensson J. and Waller D., " Who gets heart disease ? ", in The heart at work, The Work Environment Fund, Lindman Information AB, 1987.

Conclusion

Le modèle de Karasek est *innovateur* dans la recherche sur le "stress" parce qu'il combine les deux dimensions importantes que comporte une situation de travail : *le niveau d'exigences* (la quantité de travail demandée et le temps imparti pour le réaliser) et *le niveau d'autonomie décisionnelle* (autorité, créativité et développement des compétences).

Ce modèle est aussi *différent* des précédents parce qu'il ne cherche pas à comprendre les mécanismes et les causes du "stress" mais bien de *prédire (ou caractériser)* les situations de travail qui pourraient avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé des individus. Dans cette perspective, l'auteur propose d'adapter les stratégies de management en fonction des prédictions de son modèle et des caractéristiques propres à l'organisation : soit augmenter le degré d'autonomie des travailleurs, soit diminuer leur charge et leur rythme de travail, voire agir sur les deux axes en même temps.

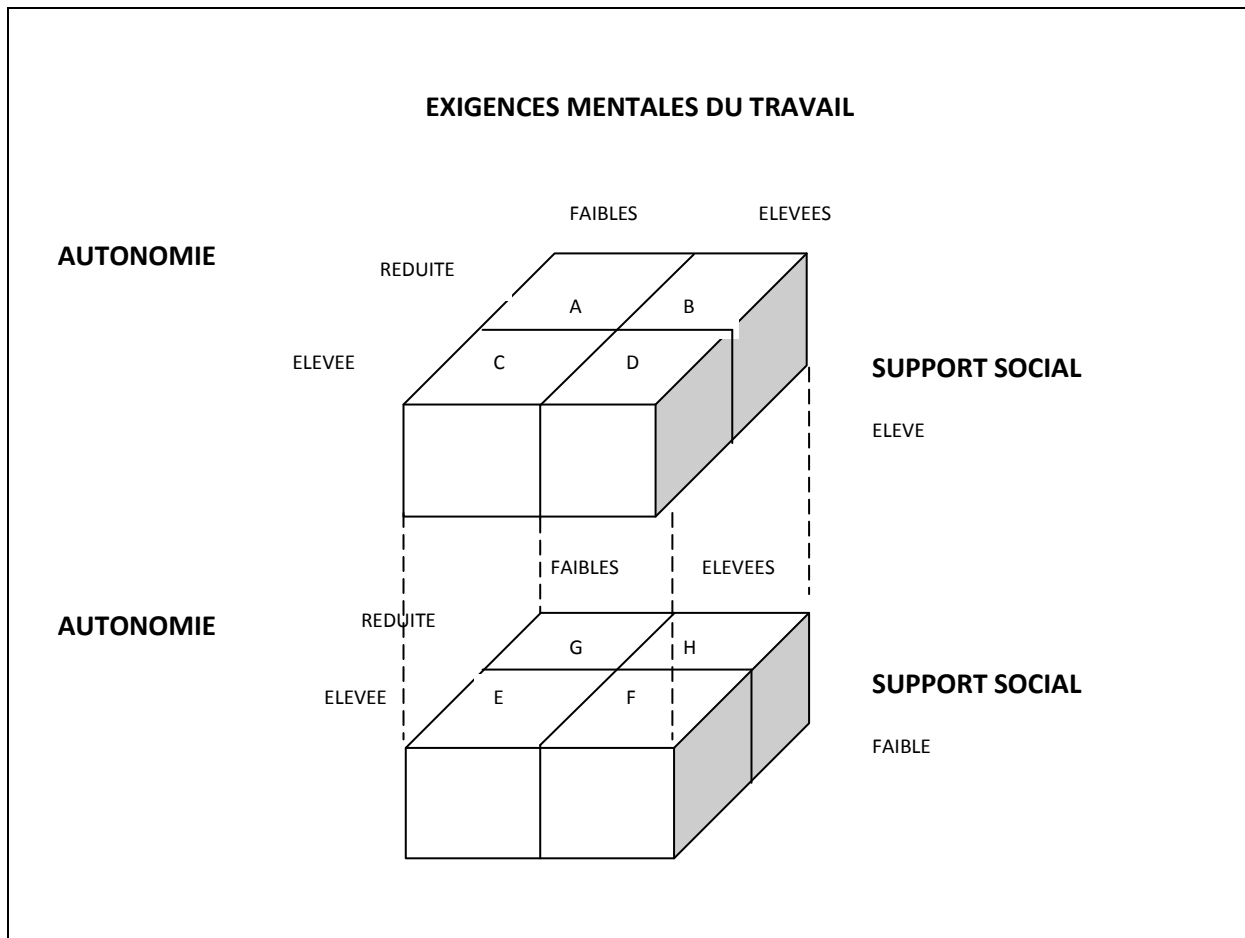
The Demand-Control-Support Model

Dans les années 1980, une dimension supplémentaire a été ajoutée au modèle de Karasek pour mieux comprendre l'influence des situations de travail sur l'état de santé des individus. Il s'agit du *soutien social* dont peut bénéficier, ou non, un employé au sein de l'organisation. Ce concept regroupe l'ensemble des interactions sociales possibles au travail, entre collègues et avec les supérieurs hiérarchiques. Le soutien social peut être *émotionnel* (intégration, confiance, esprit d'équipe) ou *instrumental* (aide et assistance dans la réalisation des tâches).

On obtient alors un **modèle à 3 dimensions** :

- Le niveau d'exigences de travail
- Le niveau de contrôle de l'individu sur son travail
- Le niveau de soutien social de l'individu

FIGURE IV.17: SCHÉMA DU DEMAND-CONTROL-SUPPORT MODEL



D'après Jeffrey et al. (1988)

Une étude suédoise sur les maladies coronariennes (Jeffrey et al., 1988) permet d'illustrer ce modèle. Elle révèle que la dimension du soutien social modifie les résultats obtenus par Karasek : le soutien social réduit l'impact du stress sur la santé physique et mentale.

La catégorie "Exigences faibles – Contrôle élevé – Soutien élevé" (case C) correspond aux individus qui sont les moins exposés aux maladies coronariennes. Quand le niveau de soutien social au travail diminue, cela renforce les effets négatifs sur la santé de la typologie "Exigences fortes – Contrôle faible" (case H) de Karasek. Mais on découvre aussi une nouvelle situation néfaste pour la santé : la catégorie "Exigences fortes – Contrôle fort – Soutien faible" (case F).

Le fait d'avoir une possibilité de contact avec des collègues ou d'entrer réellement en contact avec eux, que ce soit de manière positive ou négative, constitue donc un facteur discriminant au niveau de l'état de santé des travailleurs placés dans une même situation.

Ce modèle dépasse ainsi les approches centrées uniquement sur l'individu en le reliant à son *environnement social*. C'est cette dernière dimension que le point suivant aborde de manière plus approfondie.

Le soutien social

Comme le modèle du stress au travail présenté ci-dessus vient de le démontrer, le fait pour un individu d'être entouré et d'avoir des contacts sociaux avec d'autres personnes a des conséquences positives sur son état de santé ou compense les conséquences négatives de l'association "Exigences fortes - autonomie faible".

Mais comment définir ce concept de *soutien social* et comment expliquer son influence sur l'état de santé ? Le *soutien social* est un concept **global**. Il comprend les différentes manières d'apporter un soutien à un individu : une aide financière, une aide concrète et pratique, un support psychologique et affectif, un apport d'informations...

Mais les mécanismes par lesquels le soutien social peut influencer la santé restent encore assez peu connus. Tout ce que l'on peut dire c'est que ce facteur a une influence **indirecte** sur l'état de santé. Ainsi, une des premières hypothèses avancée est la suivante : le soutien social permettrait une meilleure interprétation de la situation (*exigences*) et une augmentation des *capacités* de l'individu pour y répondre. Il permettrait ainsi d'éviter ou de retarder un certain déséquilibre interne néfaste pour la santé de l'individu.

Un certain nombre d'études permettent d'illustrer les autres hypothèses possibles pour expliquer l'effet positif du soutien social sur l'état de santé.

Probabilité de décès en fonction du statut matrimonial (Aïach et Cèbe, 1994)

Plusieurs auteurs ont cherché à comprendre l'influence du soutien familial sur la santé de l'individu et à vérifier si cette influence variait en fonction de la position sociale. Les résultats de l'étude suivante doivent donc faire l'objet d'une interprétation **en trois temps** :

La santé varie en fonction du statut matrimonial

TABLEAU IVI.14 : PROBABILITÉ DE DÉCÈS ENTRE 35 ET 60 ANS (EN %)			
EN FONCTION DU STATUT MATRIMONIAL			
FRANCE, 1975 – 1980			
	Hommes	Femmes	Ratio h / f
VEUFS	33,5	10,8	3,1
DIVORCÉS	30,4	8,7	3,5
CÉLIBATAIRES	28,4	9,8	2,9
MARIÉS	15	6,7	2,2
ENSEMBLE	17,2	7,2	2,4

Source : Desplanques G. (1990) cité dans Aïach et Cèbe (1994).

Le tableau IV.14 montre que, à catégorie socioprofessionnelle égale, les personnes *mariées* ont une probabilité de décès entre 35 et 60 ans **2 fois** moins élevée que les personnes *isolées* (veuves, divorcées ou célibataires). Par ailleurs, les personnes *mariées* ont une probabilité de décès inférieure à celle de l'ensemble de la population adulte.

Si le mariage semble protéger les individus d'une mort prématurée, il n'existe pourtant pas de données précises sur la répartition des facteurs de risque selon le statut matrimonial qui permettrait d'expliquer ce fait. En réalité, le statut matrimonial a vraisemblablement des effets psychologiques, affectifs et sociaux sur l'individu (les styles de vie, les contacts sociaux, la satisfaction, le bonheur...) qui influenceraient positivement son état de santé.

Il faut souligner que ces écarts de mortalité entre les statuts matrimoniaux varient en fonction du sexe : ils sont moins importants chez les femmes que chez les hommes. Il semblerait donc que les hommes éprouvent plus de difficultés à assumer une situation d'isolement que les femmes notamment pour gérer l'éducation des enfants, les repas, les tâches ménagères,...

Le statut matrimonial varie en fonction de la position sociale

Les résultats précédents méritent d'être éclairés à la lumière des statistiques des taux de célibat moyen selon la classe socioprofessionnelle et le sexe (Tableau IV.15).

TABLEAU IV.15 : TAUX DE CÉLIBAT MOYEN (EN %) SELON LA CLASSE SOCIOPROFESSIONNELLE		
FRANCE, 1975 – 1980		
	Hommes 30 - 54 ans	Femmes 30 - 64 ans
Contremaîtres	3,1	*
Cadres sup. / prof. libérales	5,1	24,5 (- prof.libérales)
Techniciens	5,2	17,4
Cadres administratifs moyens	6	17,4
Petits commerçants	6,3	7,2 (+ artisans)
Instituteurs	8,4	19,8
Ouvriers qualifiés	9,1	13,3
Employés	9,7	13,4
Ouvriers spécialisés	11,3	9,9
Manœuvres	29,6	
Salariés agricoles	36,6	*
<i>Ensemble des actifs</i>	<i>10,6</i>	<i>13,8</i>

Source : Desplanques G. (1990) cité dans Aiach et Cèbe (1994).

Un premier constat peut être fait : c'est dans les classes socioprofessionnelles populaires (en particulier chez les ouvriers et les manœuvres) que le taux de célibat est le plus élevé. Cela contribue donc à creuser un écart dans la mortalité sociale puisque les individus des classes supérieures, en ayant un meilleur soutien social, ont ainsi un facteur positif supplémentaire pour leur état de santé par rapport à ceux que l'on a déjà évoqués antérieurement dans le présent chapitre.

A nouveau, on observe une différence selon le sexe : non seulement sur l'ensemble des actifs les femmes ont un taux de célibat supérieur aux hommes mais le taux de femmes célibataires dans les classes supérieures (en particulier les cadres, les techniciennes et les institutrices) est plus élevé que pour les autres classes. Pour les isolés, la différence de mortalité entre les hommes et les femmes est donc d'autant plus élevée qu'ils se situent au bas de l'échelle.

Comment expliquer les écarts observés ?

Si l'on croise les deux séries de résultats (Tableaux III.14 et III.15), on peut donner **deux types d'explications** aux écarts de santé observés. D'une part, le taux plus élevé d'hommes célibataires dans le bas de l'échelle socioprofessionnelle peut expliquer en partie la plus forte mortalité des hommes célibataires : l'absence de l'influence bénéfique de la compagne pourrait s'ajouter à une situation professionnelle et financière difficile. D'autre part, la faible probabilité de décès chez les femmes célibataires peut être due à la sur-représentation de femmes d'un milieu socio-économique élevé dans cette catégorie.

Toutefois, les disparités de santé en fonction du soutien social et de la classe socio-professionnelle restent encore sans explications réellement démontrées.

- **Etude d'Alameda County** (Berkman et Syme, 1979)

L'étude réalisée dans le district d'Alameda County, en Californie, marque une étape importante dans la compréhension de l'influence du soutien social sur la santé. Elle a permis de mesurer la fréquence de **5 sources de soutien** (le mariage, la famille, la pratique d'une religion, les amis et l'appartenance à d'autres groupes) ainsi que les différences de mortalité en fonction de ces types de soutien.

Tout comme dans l'étude précédente, celle-ci révèle que les individus isolés ont plus de chances de mourir que ceux qui ont davantage de liens sociaux. En d'autres termes, **le degré d'insertion sociale des individus influence leur état de santé.**

Mais surtout, cette étude a montré qu'à condition physique identique, les gens bénéficiant d'un soutien social important avaient **2 fois moins** de risques de mourir d'un accident cardiaque que les personnes isolées. Cette observation persiste d'ailleurs après avoir contrôlé les variables qui auraient pu avoir un effet de confusion : l'auto-description de l'état de santé au début de l'enquête, le statut économique et les pratiques de santé.

L'hypothèse concernant l'influence du soutien social sur la santé peut donc être reformulée de la manière suivante :

Le soutien social agirait comme une sorte de *tampon* ou de *modulateur* de l'effet de situations stressantes sur l'état de santé des individus et ce, par toute une série de mécanismes psychosociaux et psychologiques inconnus à ce jour.

Effet sur la santé du changement culturel

Dans les recherches médicales, les maladies cardiovasculaires et les perturbations de la tension artérielle sont souvent mises en relation avec le stress des individus. Dans cette optique, le taux de mortalité cardiovasculaire constituerait un indicateur pertinent du stress éprouvé par une population ou par des groupes d'individus.

Dans cette perspective, Marmot et ses collaborateurs (1975, cité dans Evans, 1994) ont étudié l'impact d'un changement culturel sur la prévalence des maladies coronariennes. L'auteur a comparé cette prévalence chez près de 12000 hommes de souche japonaise vivant dans **3 régions différentes** : au Japon, à Hawaï et en Californie. Ces hommes avaient tous un taux de cholestérol et une tension artérielle comparables.

Les auteurs ont observé un *gradient significatif* d'augmentation des MCV entre les Japonais suivant la région où ils habitent : Japon < Hawaï << Californie. De plus, les écarts de mortalité par MCV sont plus importants entre Hawaï et la Californie qu'entre Hawaï et le Japon.

Comment interpréter ces résultats ?

- Etant donné que les différences d'exposition aux facteurs de risque habituels (cholestérol, tension artérielle et tabagisme) ont été prises en compte dans ces résultats par ajustement statistique, les auteurs de l'étude ont avancé l'idée que les facteurs liés au **mode de vie**, ayant visiblement une dimension collective et culturelle, pourraient en partie expliquer ces écarts de mortalité par MCV (par exemple, les comportements alimentaires, le type de profession...).
- Si l'on accepte le postulat selon lequel la culture japonaise traditionnelle permet d'amortir l'impact du stress sur l'individu, les différences de mortalité par MCV observées en fonction des régions habitées s'expliqueraient en partie par le **degré d'acculturation ou d'Occidentalisation** auquel ces Japonais sont confrontés. En d'autres termes, selon cette hypothèse, les sujets les plus éloignés de la culture japonaise traditionnelle et ceux ayant moins de contacts avec d'autres Japonais ont plus de risques de mourir d'une MCV. Par exemple, en Californie, les Japonais les plus *acculturés* ont un taux de mortalité par MCV **5 fois** supérieur aux Japonais qui ont gardé un mode de vie traditionnel.
- Il faudrait peut être aussi vérifier si le **niveau socio-économique** ne diminue pas quand les Japonais émigrent.

En conclusion, la mobilité ou l'émigration ne constituent pas en soi un facteur de différenciation au niveau de la santé. Il s'agit d'une influence indirecte qu'il faut encore éclaircir car, si cette étude montre qu'un changement culturel peut avoir des conséquences sur le vécu de stress et donc sur

l'état de santé, elle reste cependant incomplète dans son approche de la notion de *culture*. De nouvelles recherches sur ce facteur devraient prendre en compte des variables collectives plus diverses et plus nombreuses.

F. L'accès et le mode de recours aux services de santé

Le dernier facteur potentiel d'inégalité sociale de santé étudié dans ce chapitre concerne la *consommation médicale* (consultations et médicaments). Face à un état de santé détérioré, le recours aux soins de santé représente un moyen de préserver la santé. Mais si la consommation médicale dépend de facteurs liés à la morbidité et l'âge, elle est aussi liée aux caractéristiques socio-économiques des personnes. Ainsi, de nombreuses études ont montré que les classes sociales supérieures déboursent des sommes nettement plus élevées pour leur santé que les classes du bas de l'échelle. Cette disparité augmente encore depuis les années 1980 dans la majorité des pays industrialisés.

Mais au-delà de ce constat général, il faut chercher (a) à étudier la relation entre cette consommation médicale et l'état de santé et (b) mettre en évidence les facteurs explicatifs des écarts de consommation médicale en fonction de la position sociale :

- (a) Pour certains, les écarts de santé en fonction de la position sociale reflètent, en réalité, les inégalités en matière de soins de santé : les groupes sociaux du bas de l'échelle sociale ayant une faible consommation médicale, il est normal que leur état de santé soit plus mauvais en termes de morbidité et de mortalité. Toutefois, au-delà de cette hypothèse intuitive, il est difficile de démontrer une convergence certaine entre un haut niveau de mortalité et une faible consommation médicale. Ce n'est pas parce que l'on dépense plus et que l'on consulte plus souvent que cela aura *systématiquement* un effet direct et positif sur notre état de santé. Il existe d'autres facteurs qui influencent notre bien-être au-delà des soins et des médicaments ! On peut déjà constater que la relation entre la consommation médicale, l'état de santé et la position sociale d'un individu est très complexe.
- (b) Cette première mise au point établie, il importe de distinguer différentes sortes d'inégalités sociales en matière de consommation médicale. En effet, malgré l'implantation d'un système de sécurité sociale très développé encore dans notre pays, il existe des variations en fonction des catégories socio-économiques en ce qui concerne :

- les sommes dépensées pour la santé
- les types de consommation médicale (répartition des dépenses)
- les fréquences de consultation et d'achat de médicaments
- les ressources disponibles et l'efficacité des soins consommés...

Plusieurs études importantes ont été réalisées en Belgique sur l'accès aux soins de santé ; toutefois, ces enquêtes sont rarement nationales et restent donc malheureusement partielles.

Les quelques études présentés ci-après ont essayé de vérifier une série d'hypothèses établies dans le domaine de l'accès aux soins de santé.

a. L'enquête du CBGS (Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudiën)

Cette étude a été réalisée en Flandre, par le CBGS, auprès d'un échantillon représentatif de 4834 ménages, soit 15239 personnes (Berghman et al., 1985 cité dans Avalosse, 1997). Les auteurs ont analysé la *participation au système de soins* des ménages et des individus en fonction de leur catégorie socioprofessionnelle (7 classes) et de leur niveau de revenu (par déciles). Le recours au système de soins par les individus était mesuré par **3 indicateurs** :

- (1) les consultations en médecine ambulatoire (généralistes, spécialistes, dentistes et kinésithérapeutes) au cours du mois écoulé
- (2) l'hospitalisation et la maternité au cours de l'année écoulée
- (3) l'utilisation de médicaments au cours du mois écoulé

Voici l'explication de la division verticale du tableau IV.16 en 2 parties (Avalosse, 1997) :

*L'indicateur utilisé pour mesurer le recours au système de soins de santé est la "participation". On entend par là le fait **pour une personne** d'un ménage, d'avoir eu recours au moins une fois, au système de soins de santé, endéans une certaine période précédant l'enquête. On calcule alors le nombre de "participation" **par 100 ménages**, pour cette période de temps selon la catégorie socioprofessionnelle des ménages ou selon le décile de revenu. Etant donné que plusieurs personnes d'un même ménage peuvent avoir "participé" au cours de la même période de temps et que la taille des ménages varie d'une catégorie socioprofessionnelle et de revenu à l'autre, on calcule également le nombre de personnes ayant "participé", au cours d'une certaine période, **par 100 personnes**.*

TYPE DE PARTICIPATION	NOMBRE DE PERSONNES AYANT PARTICIPÉ PAR 100 MÉNAGES			NOMBRE DE PERSONNES AYANT PARTICIPÉ PAR 100 PERSONNES		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE						
Travailleur non qualifié	110	26	77	40	10	28
Travailleur qualifié	104	22	65	32	7	20
Agriculteur	94	16	69	20	5	21
Petit indépendant	94	20	66	28	6	18
Employé de bas niveau	119	24	67	35	7	20
Employé de haut niveau / cadre	144	24	68	38	6	18
Prof. libérale / enseignant / gros commerçant	137	32	66	35	8	17
DÉCILES DE REVENUS						
1	94	17	79	68	10	49
2	105	18	87	49	9	41
3	94	22	71	37	8	20
4	89	24	69	36	8	20
5	109	26	63	34	8	18
6	115	30	62	34	9	17
7	109	22	59	31	6	17
8	128	24	61	35	7	19
9	142	29	75	36	6	15
10	140	28	67	31	6	22
ENSEMBLE	-	110	23	68	35	7

Avalosse (1997)

Voici les principaux résultats extraits de ce tableau très complet :

- *Le recours à la médecine ambulatoire (colonne 1):*

La participation des ménages est supérieure à la moyenne pour les employés, les cadres, les enseignants et les professions libérales mais elle l'est aussi pour les travailleurs non qualifiés après correction selon la taille des ménages (colonne de droite). Une différence doit être soulignée, les travailleurs non qualifiés consultent essentiellement des médecins généralistes, contrairement aux autres catégories. La "participation" a les mêmes caractéristiques selon les déciles de revenu.

- *L'admission à l'hôpital (colonne 2):*

Les travailleurs non qualifiés, les professions libérales et les enseignants sont ceux qui recourent le plus à l'hospitalisation. Après ajustement sur la taille des ménages, on voit que les premiers fréquentent plus les hôpitaux et pour une durée plus longue. Cette tendance est encore plus marquée en fonction du revenu.

- *La consommation de médicaments (colonne 3):*

Tant au point de vue des personnes prises individuellement que des ménages, les écarts en matière de consommation de médicaments semblent très faibles sauf pour la catégorie des travailleurs non qualifiés dont le recours est chaque fois plus élevé que les autres. La même tendance est observée en fonction des déciles de revenu : ceux qui consomment le plus de médicaments sont les moins aisés.

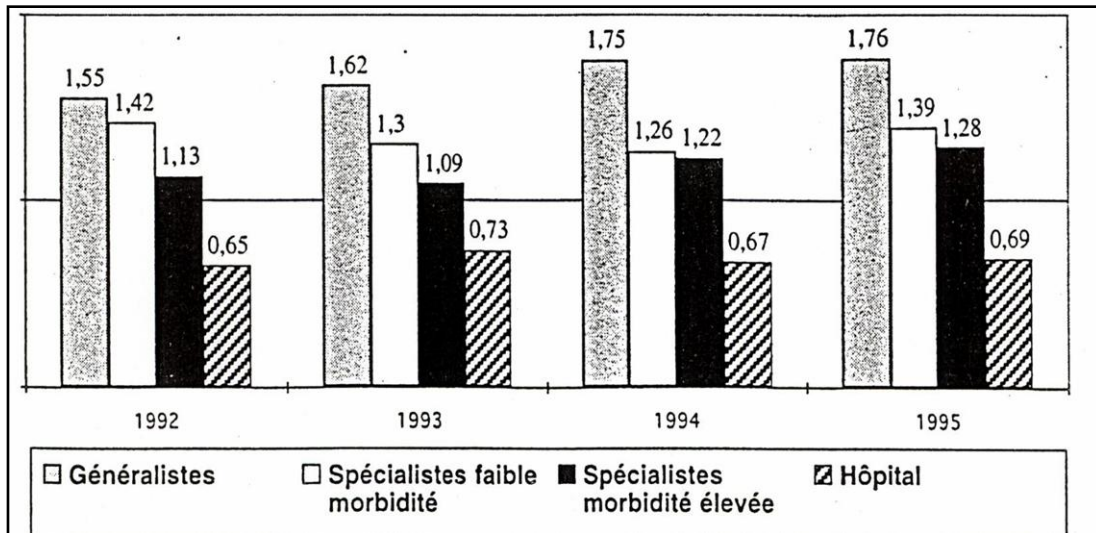
Les résultats de cette étude sont importants parce qu'ils permettent de mettre en évidence **deux hypothèses** concernant *les profils de consommation* en fonction de la position sociale que d'autres études vont aussi mettre en évidence :

- Pour les soins de santé accessibles de façon ambulatoire, les individus à faible revenu et ayant une position socioprofessionnelle basse ont plus souvent recours aux généralistes tandis que les groupes plus favorisés font appel à des spécialistes et des dentistes.
- Plus on descend dans l'échelle des catégories socioprofessionnelles et des revenus, plus les individus ont tendance à recourir aux soins hospitaliers (moins chers et soumis au système du tiers-payant permettant à l'individu de ne pas devoir avancer les frais d'hospitalisation).

L'enquête de l'UNMS

Cette étude belge porte sur la consommation de soins de la population wallonne. Elle a été réalisée par l'UNMS (Union Nationales des Mutualités Socialistes) auprès d'un échantillon important de ses assurés.

FIGURE IV.18 : RECOURS AUX SOINS EN FONCTION DU STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE



Coeur et Sluse, 1997 ; Avalosse, 1997

Après ajustement pour l'âge et le sexe, on compare le risque relatif de recourir à quatre types de soins pour deux catégories socio-économiques extrêmes : les *minimexés* d'une part, et les *hauts revenus*, d'autre part. Les premiers constituent la catégorie de référence (risque relatif = 1). On retrouve ainsi les **deux hypothèses** soulignées ci-avant :

- les consultations en ambulatoire sont plus fréquentes chez les individus à hauts revenus que chez les minimexés : **1,76** fois plus (en 1995) pour les médecins généralistes et entre **1,28** et **1,39** pour les spécialistes (faible morbidité : ORL, ophtalmologues, etc ; forte morbidité : cardiologues, chirurgiens, etc.).
- les admissions à l'hôpital sont, par contre, nettement inférieure chez les individus à hauts revenus que chez les minimexés : les premiers ont un risque relatif de **0,69** et donc inférieur à l'unité.

L'enquête du CREDES

Une enquête française sur la santé, les soins médicaux et la protection sociale a été réalisée par le CREDES auprès de 3964 personnes ventilées selon leur catégorie socioculturelle, essentiellement représentée par leur statut professionnel.

TABLEAU IV.17 : " VOUS EST-IL DÉJÀ ARRIVÉ DE RENONCER À CERTAINS SOINS PARCE QUE LE REMBOURSEMENT ÉTAIT LIMITÉ ? "	
CATÉGORIE SOCIO-CULTURELLE	TAUX EN %
Cadre supérieur	17,5
Prof.intermédiaire	17,1
Employé	21,0
Ouvrier qualifié	25,9
Ouvrier non qualifié	24,6
Chômeur	28,6
MOYENNE	21,3

Bocognano et al. (1994) cité dans Avalosse (1997)

Ces résultats permettent de mettre en évidence des *profils de consommation* en fonction de la position dans la société et du système de prestations sociales en place :

- A la question posée, **21,3 %** des personnes interrogées répondent qu'elles ont renoncé à des soins à cause du remboursement qui était trop faible. Ce taux de renoncement moyen pour l'ensemble de la population correspond aussi à celui des employés.
- Si on regarde les différences entre les classes sociales, on s'aperçoit que les chômeurs et les ouvriers ont un taux de renoncement nettement supérieur à cette moyenne : **28,6 %** pour les premiers et **environ 25 %** pour les seconds. Par contre, les cadres et les professions intermédiaires ont un taux plus faible que la moyenne : **environ 17 %**.

Sur quels types de soins portent ces restrictions ? On peut citer par ordre décroissant de fréquence : les prothèses dentaires, les soins dentaires, les lunettes ou lentilles, les soins médicaux (consultations, visites chez un généraliste ou un spécialiste), les dépenses en pharmacie et en kinésithérapie.

Le renoncement touche donc essentiellement les soins qui sont mal remboursés par l'assurance maladie en France. Mais une autre raison de renoncement a été mise en évidence par cette étude : certains soins jugés moins prioritaires peuvent être reportés ou abandonnés.

Pourquoi ? Parce que la maladie et la santé font l'objet de représentations et de pratiques culturelles qui influencent les besoins de santé perçus.

Ainsi, les classes supérieures accordent beaucoup plus d'attention à leur alimentation et à leur activité physique que les classes plus démunies mais les premiers consultent aussi plus souvent et plus tôt un médecin (généraliste ou spécialiste) que les seconds. C'est ce comportement face à la prévention que l'étude suivante a analysé.

Les soins préventifs

Dans l'étude des *profils de consommation médicale*, le comportement face à la *prévention* occupe une place importante parce qu'il représente un des éléments centraux des politiques de promotion de la santé actuelles (Masuy-Stroobant, 1980 cité dans Avalosse, 1997).

En effet, une moindre prévention, un recours plus tardif aux soins de santé (du fait des restrictions financières ou des représentations culturelles) peuvent expliquer les taux élevés d'hospitalisation et leur plus longue durée pour les classes sociales plus défavorisées. Si les personnes des classes supérieures fréquentent moins les hôpitaux, c'est parce qu'elles consultent davantage, même pour des morbidités légères et à un stade plus précoce des pathologies. On peut comparer ces résultats à la consommation de soins dentaires où les classes sociales plus basses y recourent également plus tardivement que les autres.

En Belgique, une étude réalisée entre 1979 et 1980 dans le Hainaut auprès de femmes ayant accouché a permis de mettre en évidence les divers comportements préventifs des mères selon la classe sociale de leur conjoint. On y retrouve les clivages sociaux déjà observés au cours des différentes enquêtes citées plus haut. Ainsi, les mères des classes sociales **favorisées** ont un profil de comportement préventif fort développé par rapport à des mères plus défavorisées :

- plus de soins préventifs auprès de spécialistes (gynécologue et pédiatre)
- plus de visites prénatales (à la fois plus fréquentes et plus précoces)
- plus de préparation à l'accouchement

Or ce sont les mères des classes **défavorisées** qui sont davantage exposées aux facteurs de risque liés à la maternité : tabagisme de la mère plus fréquent, mauvaises conditions de logement, travail ménager pénible, petit poids du bébé à la naissance ...

A nouveau, on peut conclure à une forte influence des *représentations sociales* (cf. Chapitre 2) au-delà des barrières financières et du fonctionnement du système de soins en lui-même : penser sa santé dans le long terme et non dans l'immédiat, avoir un certain niveau de connaissances biomédicales, savoir évaluer les effets de certains comportements sur la santé... Tous ces facteurs étant mieux maîtrisés par les classes socio-économiques supérieures, cela permettrait d'expliquer en partie les variations de l'état de santé en fonction de la position sociale que ce chapitre a mises en évidence.

Contexte socio-économique durant l'enfance et mortalité à l'âge adulte

Présentation de l'étude

Toutes les hypothèses développées jusqu'ici tentaient d'expliquer le lien entre l'état de santé d'un adulte et sa position sociale. Toutefois, ne faut-il pas aussi tenir compte du milieu socio-économique dans lequel un individu a évolué durant son enfance pour comprendre son état de santé à l'âge adulte ? Ceci est soulève **deux types de questions** :

- Dans quel milieu et dans quelles conditions de vie l'individu a-t-il vécu durant son enfance ?
- Quelle mobilité sociale l'individu a-t-il connue (par rapport à lui-même et par rapport à ses parents) ?

C'est pour analyser la relation éventuelle entre le contexte socio-économique dans lequel un enfant a grandi et la maladie qui sera plus tard la cause de son décès que certains auteurs de l'étude de Whitehall ont réalisé une autre étude longitudinale (Davey-Smith, Hart, Blane, Hole, 1998). Celle-ci a permis de suivre pendant plus de vingt ans 5645 hommes âgés de 35 à 64 ans dans 27 régions d'Ecosse. Les auteurs ont enregistré les causes des décès et les ont comparées avec différents **indicateurs du niveau socio-économique** des individus :

- le métier du sujet (5 classes socioprofessionnelles anglaises décrites à la section A)
- le fait de conduire régulièrement une voiture (ou non)
- un score caractérisant la pauvreté de la zone d'habitat du sujet (1 à 7)

Mais surtout, les auteurs ont intégré une mesure indirecte du milieu dans lequel les sujets avaient grandi : **le métier du père** (les 5 classes socioprofessionnelles).

Les principaux résultats de cette enquête peuvent être analysés en **trois temps** :

- Caractéristiques de la population étudiée en fonction de la classe sociale du père
- Taux relatifs de mortalité en fonction de la classe sociale du père ajustés pour l'âge au moment du décès (a)
- Taux relatifs de mortalité en fonction de la classe sociale du père ajustés pour l'âge et pour la classe sociale occupée à l'âge adulte (b)

Caractéristiques de la population étudiée en fonction de la classe sociale du père

Le tableau IV.18 reprend les différentes caractéristiques sociales des sujets à l'âge adulte en fonction de la classe sociale occupée par leur père.

TABLEAU IV.18 : CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE (EN %)					
EN FONCTION DE LA CLASSE SOCIALE DU PÈRE					
Caractéristiques	Classe sociale du père				p-valeur
	I et II	III N	III M	IV et V	
Classe sociale I et II	72,2	54,4	27,6	15,0	0,0001
Conduite de voiture	71,0	57,5	50,1	44,0	0,0001
Pauvreté du quartier 5-7	24,3	29,1	53,0	58,5	0,0001
Fumeur	48,4	47,8	56,5	58,9	0,0001
Taille (cm)	176,0	174,4	172,5	171,4	0,0001

Davey Smith G. et al. (1998)

IIIN : métiers non manuels ; IIIM : métiers manuels

Ces données permettent de mettre en évidence des *gradients de mobilité sociale* :

- Les hommes dont le père avait un métier **non-manuel (I et II)** de rang élevé ont une forte tendance à se retrouver eux-mêmes dans ces catégories à l'âge adulte (72,2 %), à vivre dans des régions favorisées et à ne pas être fumeurs (51,6 %).
- Les hommes dont le père avait un métier **manuel (IIIM, IV, V)** sont plus rarement des conducteurs automobiles réguliers, habitent en majorité des quartiers pauvres et ont une plus forte propension à fumer.

On observe donc une certaine *rigidité sociale* puisque la possibilité, pour un individu, d'obtenir un travail de type I ou II (non-manuel) dans les catégories supérieures diminue si le métier exercé par le père de cet individu était manuel. Par exemple, on n'observe qu'une très faible proportion de fils de manœuvre (15 %) parmi les avocats ou les enseignants. De même, la mobilité sociale descendante est un phénomène assez rare dans nos sociétés. On voit rarement un fils de chirurgien devenir maçon ou ouvrier de production.

Ce phénomène de *mobilité sociale* a été largement étudié par la sociologie contemporaine mais il n'est pas utile d'entrer dans plus de détails dans le cadre de ce cours.

- **Taux relatifs de mortalité en fonction de la classe sociale du père ajustés pour l'âge au moment du décès (a)**

Sur les 21 années d'observation, on a dénombré 1602 décès parmi la cohorte de l'étude, décès qui ont été classés en **6 catégories de causes de décès** :

- les maladies cardio-vasculaires (MCV)
- les accidents vasculaires cérébraux (AVC)
- le cancer du poumon
- le cancer de l'estomac
- les maladies respiratoires (autres que le cancer du poumon)
- les morts par accident ou violence

Des *taux relatifs de mortalité* ont alors été calculés pour chacune des causes de décès, en fonction de la classe sociale du père de l'individu décédé. Ces taux sont ajustés pour l'âge au moment du décès. La catégorie de référence (taux relatif = 1) est celle comprenant les individus dont la classe sociale du père était I ou II (métiers non-manuels).

Tableau IV.19 causes du décès	Classe sociale du père				
	I et II	III N	III M	IV et V	P
MCV (N = 618)	1	0.96	1.47	1.53	0.0003
AVC (N = 130)	1	0.79	1.64	1.70	0.031
Cancer du poumon (N = 185)	1	1.49	2.13	1.80	0.045
Cancer de l'estomac (N = 150)	1	1.06	1.51	2.95	0.011
Maladies respiratoires (N = 105)	1	1.65	2.41	2.75	0.008
Accidents et violence (N = 51)	1	0.52	0.84	1.15	0.47

(Davey Smith G. et al. 1998)

Le tableau IV.19 indique qu'à l'exception des accidents et violences (p-valeur supérieure à 0.05), tous les taux relatifs de mortalité sont significativement plus élevés pour les hommes dont le père avait un métier manuel (III M, IV et V) par rapport à ceux dont le père avait un métier non-manuel.

En d'autres termes, plus on descend sur l'échelle socioprofessionnelle pour le père des sujets, plus les enfants de celui-ci ont un taux de mortalité élevé. Présentés de cette manière, les résultats suggèrent implicitement que le *gradient de mortalité* observé est fonction du contexte dans lequel l'individu a grandi en tant qu'enfant et adolescent (celui-ci étant évalué à partir de la classe sociale de son père).

- **Taux relatifs de mortalité en fonction de la classe sociale du père et la classe sociale à l'âge adulte ajustés pour l'âge au moment du décès (b)**

Tableau IV.20 causes du décès	Classe sociale du père					
		I et II	III N	III M	IV et V	P
MCV (N = 618)	a	1	0.96	1.47	1.53	0.0003
	b	1	0.91	1.28	1.26	0.064 (1)
AVC (N = 130)	a	1	0.79	1.64	1.70	0.031
	b	1	0.78	1.62	1.66	0.061 (2)
Cancer du poumon (N = 185)	a	1	1.49	2.13	1.80	0.045
	b	1	1.35	1.62	1.24	0.75 (3)
Cancer de l'estomac (N = 150)	a	1	1.06	1.51	2.95	0.011
	b	1	1.06	1.51	2.95	0.017 (2)
Maladies respiratoires (N = 105)	a	1	1.65	2.41	2.75	0.008
	b	1	1.52	1.97	2.10	0.092 (1)
Accidents et violence (N = 51)	a	1	0.52	0.84	1.15	0.47
	b	1	0.43	0.50	0.58	0.42 (3)

(Davey Smith G. et al. 1998)

Afin de vérifier la pertinence de cette interprétation des résultats, les auteurs ont ajusté non seulement les taux de mortalité en fonction de l'âge au moment du décès mais ils ont standardisé, en outre, les valeurs pour la classe sociale par l'individu décédé occupée à l'âge adulte. Le tableau III.20 prend donc en compte non seulement l'effet des conditions de vie durant l'enfance mais aussi l'effet potentiel de la classe sociale de l'individu à l'âge adulte.

Quelles sont les conclusions que l'on peut tirer de la comparaison des deux tableaux de données en fonction des ajustements statistiques effectués ?

- Pour les **maladies respiratoires et les MCV**, le lien entre la mortalité des sujets et la classe sociale de leur père est quelque peu atténué après l'ajustement pour la classe sociale occupée à l'âge adulte (taux de mortalité passant respectivement de **1,53 à 1,26** pour les MCV, et de **2,75 à 2,10** pour les maladies respiratoires) mais il reste proche de la signification statistique ($p=0,06$ et $p=0,09$).
→ Pour ces causes de décès, il y a donc une *double influence* : celle de la classe sociale du père et celle de la classe sociale du sujet à l'âge adulte.

- Pour les **AVC et le cancer de l'estomac**, les taux relatifs de mortalité restent inchangés après l'ajustement pour la classe sociale de l'individu à l'âge adulte et la signification statistique de la relation est maintenue.
 - Pour ces causes de décès, il y a donc une *influence exclusive* du contexte socio-économique durant l'enfance des sujets ; les conditions de vie à l'âge adulte n'ont pas d'influence.
- Pour **le cancer du poumon**, l'association entre la classe sociale du père et la mortalité des sujets disparaît avec l'ajustement pour la classe sociale de l'individu à l'âge adulte et la relation n'est plus du tout significative (valeur $p = 0,75$!).
 - Pour ce type de cancer, il y a une *influence exclusive* de la classe sociale du sujet à l'âge adulte, et en particulier des habitudes tabagiques du sujet.

Ces données mettent donc en évidence le fait que les conditions de vie durant l'enfance peuvent influencer de façon déterminante l'état de santé des individus pour certaines pathologies, essentiellement les accidents vasculaires cérébraux et le cancer de l'estomac. Pour ce type de cancer, une hypothèse a été développée par les auteurs : les enfants qui grandissent dans un milieu social défavorisé courent davantage de risques d'être contaminés par *Helicobacter pylori*, une bactérie qui est l'agent infectieux favorisant l'ulcère de l'estomac; or un ulcère chronique constitue un facteur de risque du cancer de l'estomac.

Par contre, pour les maladies coronariennes et les maladies respiratoires non cancéreuses, la relation causale avec le contexte social d'origine est moins manifeste. Dans ce cas, l'hygiène de vie à l'âge adulte joue un rôle important.

Conclusion

Cette étude apporte une nouvelle dimension par rapport aux précédentes : le milieu socio-économique dont l'individu est issu peut exercer une influence déterminante non seulement sur la morbidité et la mortalité périnatale mais également sur l'état de santé ultérieur, à l'âge adulte.

Cette étude montre, en outre, que la *théorie de la susceptibilité générale* n'est pas vérifiée par les faits. En effets, les résultats observés indiquent que les personnes appartenant à une classe sociale donnée ne voient pas leur susceptibilité aux maladies déterminée de façon générale et systématique par leur environnement social. Certaines causes de mortalité telles que les accidents apparaissent indépendantes de la classe sociale d'appartenance, tandis que d'autres sont uniquement influencées par la classe sociale d'origine, et d'autres uniquement par la classe sociale à l'âge adulte. Les mécanismes à l'œuvre dans la différenciation sociale de l'état de santé sont donc beaucoup plus complexes qu'imaginés initialement.

4.4. Conclusion

La question de départ de ce chapitre était : " *Sommes-nous tous égaux devant la maladie et la mort ?* ". Si tout le monde répond intuitivement "oui" à cette question, il est beaucoup plus difficile d'expliquer *pourquoi* la réponse est en fait négative et d'identifier les raisons des écarts importants existant encore entre les individus en matière de santé. Si les sciences biomédicales ont mis en évidence une série de facteurs génétiques et biologiques, les modèles développés dans ce chapitre montrent que ces facteurs restent insuffisants pour expliquer les inégalités sociales de santé.

En effet, les recherches des vingt dernières années sur la santé des populations considèrent que les *facteurs sociétaux* constituent des déterminants majeurs de l'état de santé. Mais parmi ces déterminants sociaux, quel est celui qui a le plus de poids sur l'état de santé ? Si de nombreuses études ont mis l'accent sur le statut *socio-économique* des individus, il faut toutefois élargir la notion de *position sociale* à d'autres dimensions : la culture, le mode de vie, le niveau d'éducation, le degré d'intégration sociale, les mécanismes psychosociaux... Etant donné qu'on ne peut pas isoler *un seul* de ces facteurs pour expliquer les inégalités sociales de santé, l'approche *socio-environnementale* est celle qui a été retenue ici car elle illustre les interactions entre facteurs biologiques et sociaux.

Dans cette perspective, plusieurs schémas explicatifs ont été discutés dans la section C. Il n'est pas sans intérêt de préciser l'importance relative accordée actuellement à chacun d'entre eux dans l'explication des inégalités sociales de santé.

- La *sélection sociale par la santé*, idée selon laquelle l'état de santé induit la position socio-économique qu'un individu peut atteindre dans une société, est une hypothèse plausible mais dont l'effet serait toutefois très limité. Les études statistiques montrent d'ailleurs que cette explication est insuffisante.

- Deux autres approches semblent avoir un poids explicatif relativement modeste à l'échelle d'une population. D'une part, l'explication des écarts de santé entre les classes sociales par leur *environnement physique*, même si l'effet de ce facteur est loin d'être négligeable, reste incomplète parce qu'elle ne prend pas en compte la dimension sociale et psychosociale du problème. D'autre part, l'explication basée sur les inégalités dans *l'accès aux systèmes de soins* met en évidence des variations dans les profils de consommation médicale sans toutefois pouvoir démontrer le lien entre une faible consommation de soins et une mortalité ou une morbidité plus élevée.

- Parmi les cinq hypothèses explicatives évoquées au début de chapitre, les comportements de santé associés aux *modes de vie* (tabac, alcool, sédentarité...) des individus mais surtout, leur *environnement psychosocial* (stress perçu, soutien social, capacité de faire face à un problème...) paraissent constituer les mécanismes explicatifs les plus importants à l'origine de la différenciation sociale en matière de santé.

Il est important de ne pas cloisonner et hiérarchiser ces approches car elles sont avant tout complémentaires : les différents facteurs explicatifs doivent être intégrés dans un modèle global afin de comprendre les liens entre classe sociale, mortalité et morbidité.

Quel est l'intérêt d'une telle analyse des inégalités sociales de santé ?

Le chapitre 2 avait comme objectif de mettre en évidence la dimension sociale de la maladie et de la pratique médicale (représentations, rôles sociaux, stigmatisation...). Le chapitre 3, quant à lui, pose la question des déterminants sociaux de la santé en montrant que des écarts de mortalité et de morbidité existent entre les populations au-delà des facteurs individuels, biologiques ou autres.

Les résultats présentés dans ce chapitre interpellent la médecine moderne et les politiques de santé. Ils révèlent d'abord que les progrès technologiques et scientifiques de la médecine, si ils permettent d'améliorer la qualité de vie des malades et d'augmenter, un peu l'espérance de vie, sont impuissants à promouvoir ces améliorations de façon uniforme et équitable. Comme ils bénéficient préférentiellement aux classes sociales à haut statut socio-économique, peuvent même paradoxalement aggraver en quelque sorte les inégalités de santé entre les groupes sociaux.

Ces résultats remettent également en question le rôle des politiques de santé, en matière de santé publique et de prévention. Alors que ces politiques visent souvent à vouloir modifier, au niveau des individus, les comportements nocifs pour la santé (arrêter de fumer, promouvoir l'exercice physique, améliorer l'alimentation...), les modèles développés ici préconisent plutôt une intervention globale en faveur des groupes les plus démunis. Dans cette perspective, les inégalités de santé existeront tant que les inégalités sociales et économiques persisteront dans nos sociétés. Diminuer les inégalités de santé, exige avant tout d'atténuer les inégalités sociales existantes : améliorer le niveau de vie et l'accès à des soins de qualité, développer les connaissances médicales des individus,...

Chapitre V
Aspects socio-économiques des soins de
santé

5. CHAPITRE V :- ASPECTS SOCIO-ECONOMIQUES DES SOINS DE SANTE

L'objectif de ce chapitre est de sensibiliser les futurs professionnels de la santé, aux aspects socio-économiques des soins de santé qui ne peuvent désormais être occultés au risque de mettre en danger, à terme, le développement et le maintien de la santé publique dans notre pays.

Après une première partie introductive qui cadrera le problème qui nous préoccupe (partie I), il s'agira de resituer les soins de santé dans leur environnement et plus spécifiquement, dans leur environnement économique (partie II). Enfin, nous présenterons brièvement quelques principes et méthodes de base de l'évaluation économique en matière de soins de santé (partie III).

5.1. Introduction

Un bref regard sur le passé (section I.1) nous permettra de mieux comprendre les spécificités du système belge de santé publique (section I.2), et la démarche qui a conduit à intégrer une approche économique de la santé (section I.4) face à l'impératif de rationalisation des ressources (section I.3).

I.1. Les systèmes de santé actuels: un héritage du passé

Toute population aspirant à la santé, chaque pays s'est doté d'un système de santé pour répondre à cette demande. Le système de santé n'est autre que le mode d'organisation qui agence l'activité des professions de la santé (*offre de soins*) avec l'activité des différents partenaires participant au *financement* des soins afin de répondre à la *demande de soins* émanant globalement de la population.

Chaque pays a construit son système de santé selon les principes (parfois difficiles à concilier) de *liberté* (système libéral, assurance privée) d'une part, et de *solidarité* (système social, centralisé) d'autre part, reflétant ainsi ses choix politiques et moraux passés et actuels.

Sans rentrer dans les détails, rappelons qu'historiquement, les modèles de santé occidentaux d'aujourd'hui tirent leurs origines de deux principaux courants: l'approche anglo-saxonne et l'approche continentale.

L'école **anglo-saxonne**, fruit de la révolution industrielle du XIX^{ème} siècle, a pour père fondateur Sir Edwin Chadwick. Celui-ci prônait une politique de santé décentralisée dont le but premier (au-delà d'un réel engagement social) était la recherche d'**efficacité productive**. Tout travailleur malade représente une perte de productivité préjudiciable pour l'entreprise et pour le tissu économique. La politique sociale de l'Etat se justifie par des motifs purement *utilitaristes*, un système de santé national (financé via l'impôt) se devant de préserver l'utilité productive du travailleur. Ici la politique de santé s'inscrit déjà et dès l'origine dans une optique économique ("*value for money*").

En Europe **continentale**, vers la même époque, c'est le modèle allemand du chancelier Bismarck qui prend racine.

L'objectif premier d'une politique sociale de santé visait non pas à préserver le tissu économique, mais d'abord et avant tout, à protéger la **cohésion sociale** et la **stabilité politique** du pays (menacée par la montée du mouvement ouvrier). Ce modèle, alimenté par des cotisations sociales est en quelque sorte l'embryon de notre Sécurité Sociale.

Des éléments d'inspiration à la fois anglo-saxonne et continentale se retrouvent dans les systèmes de santé actuels dans des proportions assez variables. Ainsi, au Royaume-Uni, de même qu'en Italie le financement du système est assuré principalement par le biais de l'impôt direct. Le recours aux cotisations des employeurs et des travailleurs en Allemagne, en France ou en Belgique trouve ses origines, quant à lui, dans le second courant.

La limitation des ressources financières publiques d'une part, et les difficultés à faire face à une demande toujours croissante (sous l'effet notamment des immenses progrès technologiques, de l'évolution démographique et de l'élargissement du champ des politiques de santé), d'autre part, ont ravivé tout naturellement l'intérêt pour certains aspects de l'approche anglo-saxonne.

Ce n'est pas un hasard si l'essor de l'économie de la santé, en tant que discipline à part entière, n'a pris son envol en Europe continentale que depuis environ une trentaine d'années, à la faveur d'une conjoncture économique défavorable, appelant à une inéluctable maîtrise des dépenses.

Rappelons en effet, que c'était la fin des "Trente Glorieuses" (ou "*Golden sixties*") suite aux chocs pétroliers de 1973 et 1979 qui ont amené les décideurs publics dans maints pays à mettre sur pied des politiques plus rigoureuses de contrôle des grands budgets étatiques, et notamment, celui de la Santé Publique.

De même, sous la pression budgétaire, l'idée du recours, dans une certaine mesure et de façon connexe, à l'assurance privée fait son chemin dans beaucoup de pays occidentaux, avec le risque de voir apparaître une médecine à deux vitesses.

5.1.1. Le système de santé en Belgique

A. L'esprit fondateur

En Belgique, la Sécurité Sociale a été mise sur pied dans sa forme actuelle au sortir de la seconde guerre mondiale dans un esprit emprunt du principe de **solidarité**; l'objectif premier du système étant d'offrir un accès **équitable** à une médecine de **qualité** à **l'ensemble de la population**.

1.2.2. Principes généraux: un choix de société

Dans un système de santé publique comme le nôtre,

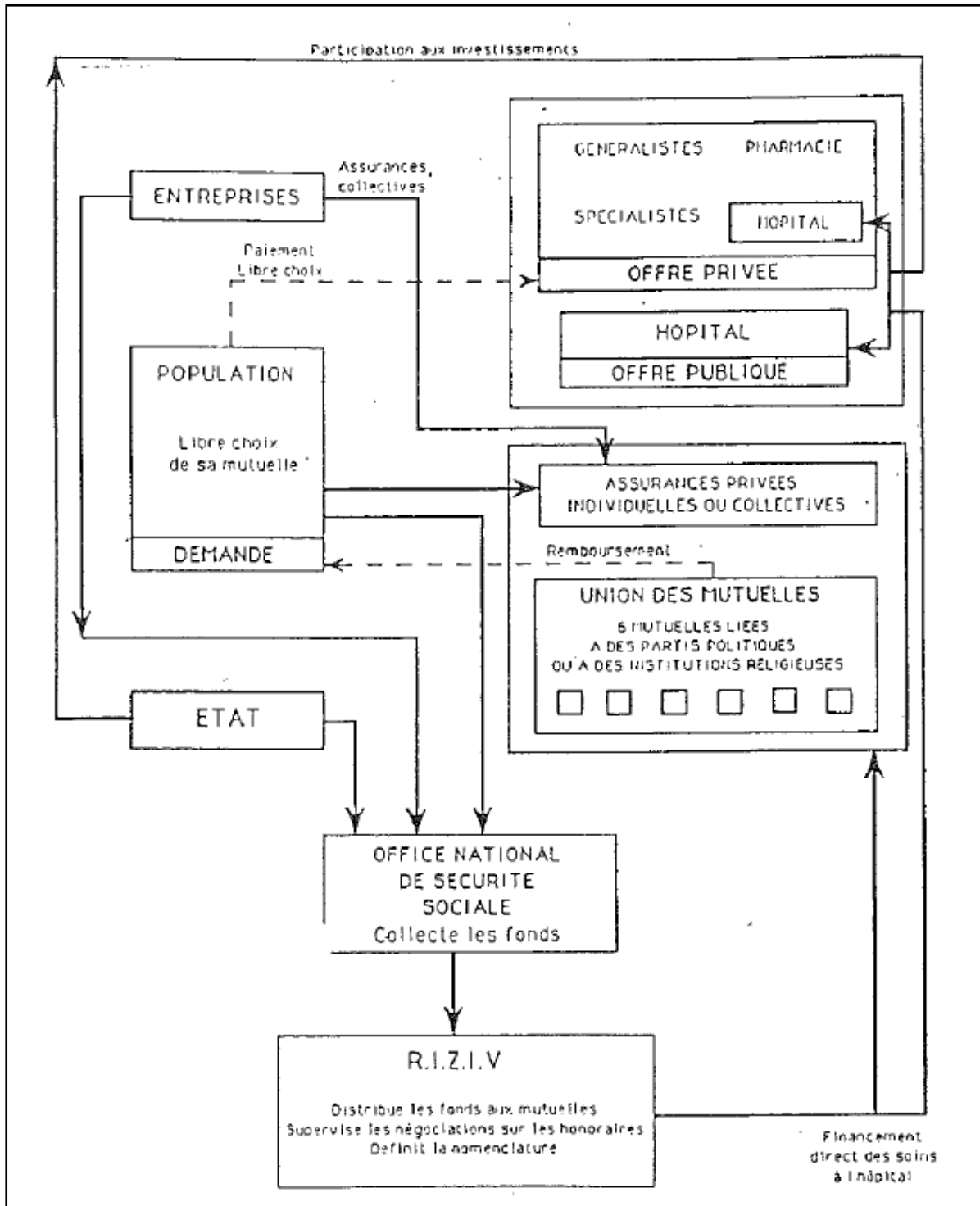
- la transaction entre l'Etat et le citoyen est de nature civique et obligatoire: il est obligatoire de s'assurer pour couvrir ses dépenses de santé (tandis que dans un système de libre assurance, la transaction est de nature commerciale et non obligatoire);
- les fonds collectés via les cotisations sociales et l'impôt garantissent une couverture (de base) des risques de maladie à toute la population (tandis que dans un système de libre assurance, chaque individu décide du niveau de risque à assurer ainsi que de l'étendue de la couverture moyennant le paiement d'une prime contractuelle).

L'adhésion au principe de libre assurance ou à celui d'assurance sociale relève donc fondamentalement d'un véritable choix de société.

B. Les grands rouages du système belge

Le schéma suivant montre comment est organisé le système belge.

FIGURE V.1 : LE SYSTÈME DE SANTÉ BELGE



Source : A Beresniak et G Duru *Economie de la santé*; Ed Masson (3^{ème} ed); 1995

L'**offre** de soins ambulatoires est entièrement assurée par le secteur privé. Les hôpitaux, quant à eux, se répartissent entre secteur public et secteur privé. Toutefois le mode de gestion et de financement des hôpitaux reste très similaire quel que soit leur secteur d'appartenance.

La population a le libre choix de son médecin et de la structure d'accueil à qui elle adresse sa **demande** de soins.

L'**Etat** intervient sur ce marché en tant que régulateur via un organisme, l'**Institut National d'Assurance Maladie Invalidité** (INAMI), où sont représentés les travailleurs salariés et indépendants, les professions de santé, les hôpitaux et les mutuelles.

L'INAMI a pour missions principales de:

- Distribuer aux **mutuelles** les fonds destinés à la couverture des risques santé de la population. Ces fonds sont collectés par l'**Office National de Sécurité Sociale** (ONSS) auprès des salariés et de leurs employeurs, des travailleurs indépendants et de l'Etat.
- Superviser les négociations entre mutuelles et professionnels de la santé.
- Etablir la nomenclature et les prix planchers des activités des professionnels de la santé. (Ces prix planchers serviront de référence pour les remboursements des soins par les mutuelles.)

Notons enfin que si l'assurance est obligatoire (cf. principes généraux), le choix de l'organisme assureur reste libre. Chacun peut ainsi opter soit pour une assurance privée (ce qui reste marginal) soit pour une des six grandes mutuelles présentes sur le marché.

C. Une nouvelle question: raréfaction des ressources financières et rationalisation des choix budgétaires

Jusqu'au milieu des années '70 début '80, l'objectif principal du système belge de santé publique, d'assurer un accès le plus large possible à une médecine de qualité, a pu être poursuivi sans beaucoup d'encombres. Depuis, notre pays n'a pas échappé à la morosité du climat économique mondial et les politiques d'austérité imposées par la crise des finances publiques et le poids de la dette publique ont fait surgir une question nouvelle: celle de l'utilisation efficace des ressources qui se font désormais rares et qui, ajoutées à une demande en constante expansion, implique inéluctablement de faire des choix d'allocation rationnels.

Dans le contexte actuel, l'idée selon laquelle "*la santé n'a pas de prix*" (et qui a longtemps contribué à "dispenser" le secteur de la santé de toute évaluation économique⁶⁷ dans nos contrées) constitue un déni des réalités.

5.1.2. Nécessité d'opérer des choix rationnels

La question est de savoir si tous les investissements en matière de santé sont réalisables ou même souhaitables.

Toute utilisation de ressources pour une technologie médicale⁶⁸ définie implique, en effet, que ces ressources ne sont **plus disponibles pour une autre affectation**.

⁶⁷ Les méthodes d'évaluation étaient appliquées depuis bien plus longtemps et de façon bien plus systématique dans le domaine des travaux publics et notamment dans le secteur des transports. Les spécialistes de l'économie publique attribuent la paternité des études coût -bénéfices à un ingénieur des Ponts et Chaussées, J. Dupuit à qui on doit des travaux sur "la mesure de l'utilité des travaux publics" datant de 1844.

Il est donc nécessaire de faire des **choix**.

Remarque : Notons en outre qu'il est préférable que ce choix soit opéré avant que la nouvelle technologie ne soit diffusée, car dans ce cas, il est très difficile d'en réduire l'utilisation.

Et puisque la contrainte financière nous impose un choix, il est préférable que ce choix soit basé sur une approche **rationnelle**⁶⁹ afin que les moyens disponibles soient destinées à l'affectation qui **garantirait le maximum de bénéfiques**, autrement dit à faire des choix optimaux.

En offrant les outils permettant de faire des choix optimaux, **l'évaluation économique** représente **l'instrument de ce choix**. Nous reviendrons plus tard sur les méthodes et outils de l'évaluation économique (Cf. partie III). Contentons nous, pour l'heure, de définir ce qu'est, ou n'est pas l'économie de la santé et d'en préciser la portée.

5.1.3. L'approche économique: concepts et définitions

A. Qu'est ce que l'économie de la santé?

L'économie est la science qui étudie les problèmes d'allocation des ressources rares⁷⁰. L'économie de la santé est la science qui permet de définir les conditions optimales d'une allocation des ressources en vue d'atteindre des objectifs de santé fixés. C'est la "recherche d'une meilleure répartition des moyens afin de faire plus ou mieux en faveur de la santé publique avec les fonds disponibles" (C. Courtois, *Comprendre l'Economie de la Santé*, 1992).

Ainsi, l'Economie de la santé **n'est pas** :

- un moyen de faire des économies
- un moyen de comprimer et de comptabiliser les dépenses
- un moyen de restreindre la liberté d'action du praticien et de substituer à la démarche clinique une démarche politico-administrative.

⁶⁸ Par technologie médicale, on entend tout médicament, instrument, mesure, procédure ou système de support organisationnel qui peut servir à fournir des soins de santé. Ce qui englobe également les programmes de préventions

⁶⁹ Le principe de rationalité consiste à rechercher la réalisation d'un objectif en utilisant au mieux les moyens dont on dispose. Ce principe joue un rôle de premier plan dans la théorie économique. On peut même dire que c'est ce qui distingue l'économie des autres sciences humaines

⁷⁰ Pour être plus complet reprenons la définition du célèbre économiste P Samuelson, « la science économique recherche comment les hommes et la société *décident* [...] d'affecter des ressources productives *rares* à la production à travers le temps de marchandises et services variés et de répartir ceux-ci, à des fins de consommation présente ou future, entre les différents individus et collectivités constituant la société. Elle analyse donc les coûts et les profits qui résultent de meilleures structures d'utilisation des ressources. » (L'économique, 1982, traduction de la 11^{ème} éd. de *Economics*)

Les évaluations économiques en matière de santé ne constituent pas en soi, un moyen de maîtriser les dépenses, mais plutôt un moyen de mieux répartir les ressources disponibles afin de maximaliser les bénéfices de santé pour une population dans son ensemble. L'appellation "économique" est d'ailleurs quelque peu trompeuse car l'évaluation économique résulte de la combinaison de paramètres économiques et cliniques. Elle se base en effet, tant sur des résultats d'études épidémiologiques et cliniques, que sur des méthodes

B. Economie et médecine : un mariage heureux?

L'objectif de l'économiste est de maximiser les bénéfices de santé pour une population dans son ensemble pour un budget donné. Cette perspective n'est pas forcément celle du médecin, préoccupé avant tout, à maximiser la santé de son patient (voir tableau suivant).

Tableau V.1 : Positions respectives des médecins et des économistes

	Médecins	Economistes
Centre d'intérêt	<i>Patient</i>	<i>société</i>
Ethique	<i>Individualiste</i>	<i>collective</i>
Considération des coûts	<i>Faible</i>	<i>élevée</i>

Source: C. Courtois, *Comprendre l'Economie de la Santé*, 1992

L'antinomie apparente entre les positions de chacun explique la tension que l'on voit encore surgir entre la vision du décideur public et celle du praticien, étant donné qu'un choix rationnel du point de vue de la collectivité peut léser certains groupes de patients.

Gageons qu'une meilleure compréhension des principes de l'économie de la santé parmi les principaux acteurs du système de santé que sont les professions médicales, apportera à l'avenir plus de sérénité dans la perception de l'apport de cette discipline, atténuera les divergences originelles et contribuera à faire évoluer favorablement les systèmes de santé.

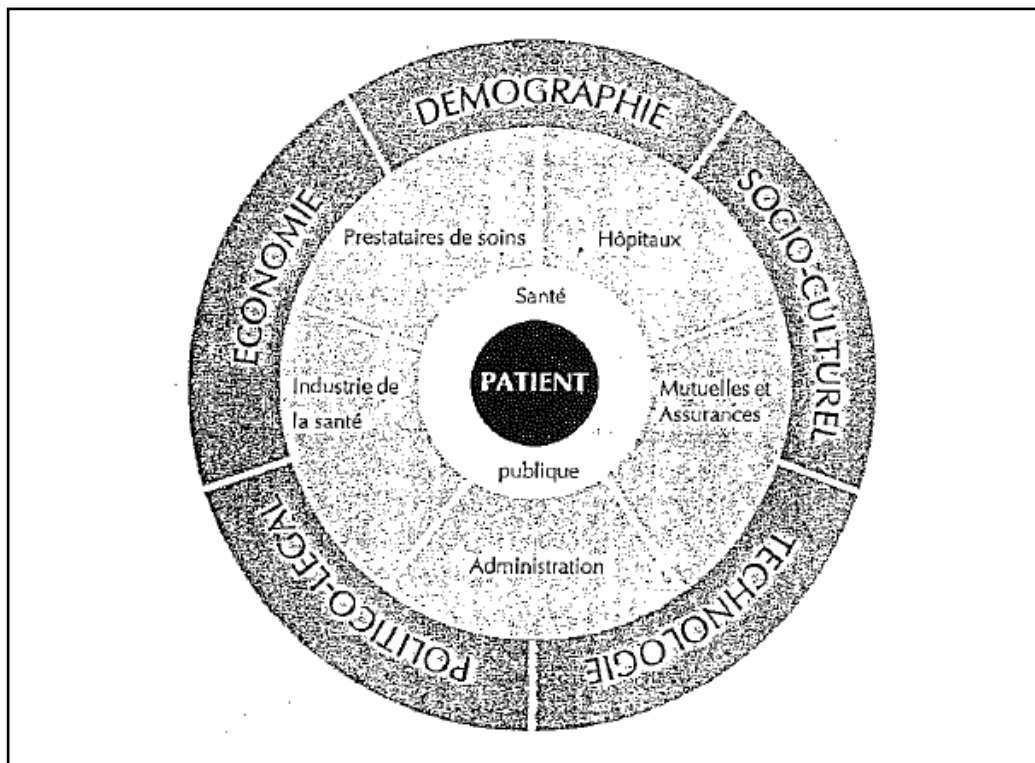
5.2. L'environnement de la santé

Les différentes composantes de l'environnement de la santé, tant au niveau "macro" que "micro" seront passées en revue (section II.1), avant de se pencher plus avant sur le contexte économique qui caractérise notre pays et dans lequel il faut replacer les dépenses de santé (section II.2).

5.2.1. Macro- et micro- environnement

La figure 2 schématise les différentes forces du macro- et du micro-environnement qui agissent sur le système de santé publique, déterminent ses coûts et in fine, façonnent et modulent le cours de son évolution.

FIGURE V. 2: LES FORCES DU MACRO- ET DU MICRO- ENVIRONNEMENT



Source: C. Courtois, *Comprendre l'Economie de la Santé*, 1992

A. Le macro- environnement

Le macro-environnement fait référence aux grands courants de l'évolution de la société. Il est formé par l'évolution démographique, technologique, socio - culturelle, politico – légale et économique.

- l'évolution démographique

En 1960, l'espérance de vie à la naissance en Belgique était de 67.7 ans pour les hommes et de 73.5 ans pour les femmes. En 1997, elle est passée respectivement à 74.7 et 81.8 ans. (source: OCDE *Health Data 2000*). Depuis quelques décennies, la structure de la pyramide des âges évolue vers un vieillissement continu de la population.

En 1997, 23.6% de la population a moins de 20 ans et 16% plus de 60 ans (contre respectivement 29.5% et 12% en 1960) (source: *id*).

Les projections de l'Institut National de Statistiques (INS) pour l'an 2050 prévoient que les plus de 60 ans représenteront alors près de 32% de la population, contre seulement 21% pour la tranche d'âge des moins de 20 ans. (Source: site Internet de l'INS <http://statbel.fgov.be>)

La croissance de la longévité couplée au vieillissement de la population pèse et pèsera à l'avenir de plus en plus sur les finances publiques non seulement au niveau du financement des pensions mais aussi en termes de consommation de soins.

- **l'évolution technologique**

Les progrès technologiques contribuent assurément à améliorer la santé de tous. Ils garantissent un diagnostic plus rapide ou plus fiable, un traitement plus efficace, etc., mais requièrent dans un premier temps des investissements importants tant en matériel qu'en personnel spécialisé. Bien sûr, l'impact positif du progrès médical sur la santé des citoyens va réduire à terme, la charge financière pour la société. Ainsi un nouveau médicament assurant un traitement et une prévention plus efficace d'une pathologie donnée contribuera à son éradication et allègera, sur le long terme, la facture sociale. Toutefois, l'apparition de maladies nouvelles aura pour effet de faire croître de nouveau les dépenses et épuisera les économies réalisées sur les pathologies plus anciennes, entraînant de nouveau la spirale des coûts vers la hausse.

- **l'environnement politico-légal**

Les procédures et réglementations administratives, les stratégies adoptées par les pouvoirs publics en matière de santé, vont avoir, bien entendu, un impact majeur sur la santé publique.

(Ex : procédure d'enregistrement d'un nouveau médicament ; procédures de remboursement, campagnes de préventions...)

- **l'environnement socio-culturel**

Cet aspect ayant été largement débattu dans les précédents chapitres du cours, nous n'y reviendrons pas. Rappelons, tout au plus, que cet élément a une influence certaine, sur la perception que tout individu a de la maladie et de la santé, et qu'il se traduira dans son comportement. Ce dernier sera, à son tour, un facteur déterminant dans sa demande de soin.

- **le développement économique.**

Nous avons également abordé cet aspect précédemment. Rappelons que niveau de vie et état de santé exercent des influences réciproques l'un sur l'autre. Plus un pays est riche, plus il dépense en soins de santé.

Soulignons, par ailleurs que si, dans un pays comme le nôtre, le secteur de la santé accapare une part importante des ressources nationales (comme nous le verrons dans la section suivante), il participe néanmoins au développement économique via notamment:

- l'innovation technologique et ses effets positifs sur la croissance,
- l'amélioration de la productivité au travail,
- le développement de nombreux emplois directs ou indirects.

B. Le micro-environnement

Le micro - environnement regroupe les **acteurs** qui interviennent dans la sphère de la santé publique, autrement dit, l'ensemble des **partenaires de la santé**. Il s'agit:

- des mutuelles et assureurs privés,
- des gestionnaires de la sécurité sociale
- des industries pharmaceutiques et enfin,
- des prestataires de soins.

Les prestataires de soins sont ceux qui, in fine, assurent l'offre de soins de santé, soit, les **hôpitaux**, d'un côté et les unités **ambulatoires**, de l'autre.

Le milieu ambulatoire recense médecins (généralistes et spécialistes), dentistes, kinésithérapeutes, pharmaciens, infirmiers, etc. En Belgique, comme dans beaucoup de pays industrialisés, certaines professions médicales et paramédicales sont marquées par une offre excédentaire (ou pléthore).

Le tableau 2 montre les effectifs des différents prestataires de soins agréés par l'INAMI en Belgique durant les années 1995 et 2000 en nombres absolus et rapportés à la population totale.

TABLEAU V.2 : NOMBRE DE PRESTATAIRES DE SOINS (INSCRITS À L'INAMI)

	1995		2000	
	effectif	densité pour 10.000 habitants*	effectif	densité pour 10.000 habitants*
Médecins de médecine générale	19.824	19,6	21.415	20,9
Médecins spécialistes	19.046	18,8	18.104	17,7
Pharmaciens	9.499	9,4	10.724	10,5
Dentistes	7.852	7,8	8.465	8,3
Accoucheuses	4.026	4,0	4.508	4,4
Infirmières	48.639	48,0	55.406	54,1
Kinésithérapeutes	23.347	23,1	27.053	26,4
Logopèdes	6.198	6,1	2.983	2,9
Orthoptistes	57	0,1	82	0,1
Orthopédistes	523	0,5	551	0,5
Bandagistes	7.190	7,1	8.083	7,9
Bandagistes (implants)	749	0,7	757	0,7
Opticiens	3.052	3,0	3.280	3,2
Audiciens	695	0,7	869	0,8
Pharmaciens-biologistes	570	0,6	568	0,6

Source : INAMI, rapports annuels, 1998 et 2000; * nos calculs d'après statistique population selon INS

A titre indicatif, voici, retracé l'évolution du nombre de diplômés en médecine depuis 1955 à 1998 (tableau V. 3).

TABLEAU V.3 : EVOLUTION DES EFFECTIFS DE DIPLÔMÉS EN MÉDECINS:

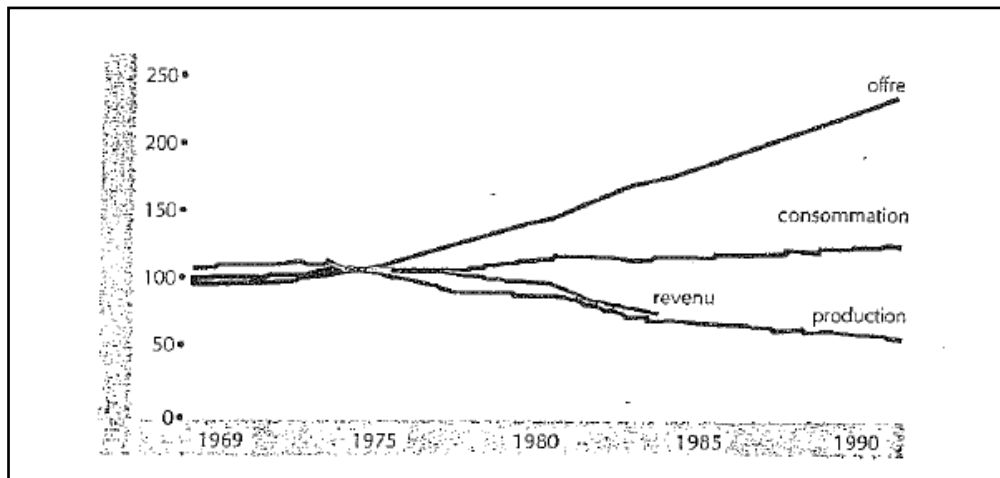
Année	1955	1965	1975	1985	1995	1996	1997	1998
Effectif	9.598	13.473	18.506	29.776	38.369	38.690	39.240	40.291

Source: Info- Santé (site web : <http://www.sesa.ucl.ac.be/infosante>)

Ce tableau montre qu'en quarante ans, entre 1955 et 1995, le nombre de médecins a quadruplé dans notre pays.

Cette situation a placé la Belgique au rang d'un des pays les plus médicalisés au monde. Cela est particulièrement vrai pour les médecins généralistes tel que le montre le graphique suivant.

FIGURE V.3 : MÉDECINE GÉNÉRALE : OFFRE, CONSOMMATION, PRODUCTION



Source : Leroy X, (*Difficultés d'installation. Jeune pratique 7 : 39-42, 1986*) cité dans C.Courtois, 1992.

C'est d'ailleurs dans le souci de juguler cette offre excédentaire, que l'imposition d'un *numerus clausus* pour les études de médecine a été décidée par les autorités politiques.

Les hôpitaux, pour leur part, ont été soumis depuis voilà près de deux décennies, à une série de mesures restrictives (telles que la fermeture de petites unités, la diminution du nombre de lits, la limitation à l'installation de matériel lourd, la modification du statut des médecins hospitaliers, etc.) dont la finalité première est de maîtriser la croissance des coûts et de se conformer à des enveloppes budgétaires définies.

Juguler les dépenses de soins de santé est le maître mot de la politique de santé adoptée de nos jours. C'est ce qui est dicté, *nolens, volens* par le contexte économique national.

5.2.2. Environnement économique des soins de santé en Belgique : les dépenses de santé

Quelle part de nos richesses est-elle consacrée aux soins de santé ? Un regard furtif sur les statistiques économiques nous en donnera un aperçu global. Les dépenses de santé sont souvent comparées au PIB⁷¹ (Produit Intérieur Brut) car ce rapport témoigne, de l'importance relative qu'un pays attribue à la santé.

⁷¹ Pour rappel, le PIB est l'ensemble des richesses (biens et services) produites dans un pays durant une période donnée, généralement une année.

A. Les dépenses de santé resituées dans leur contexte global

En 1997, le PIB de la Belgique s'élevait à 8.713 milliards BEF;

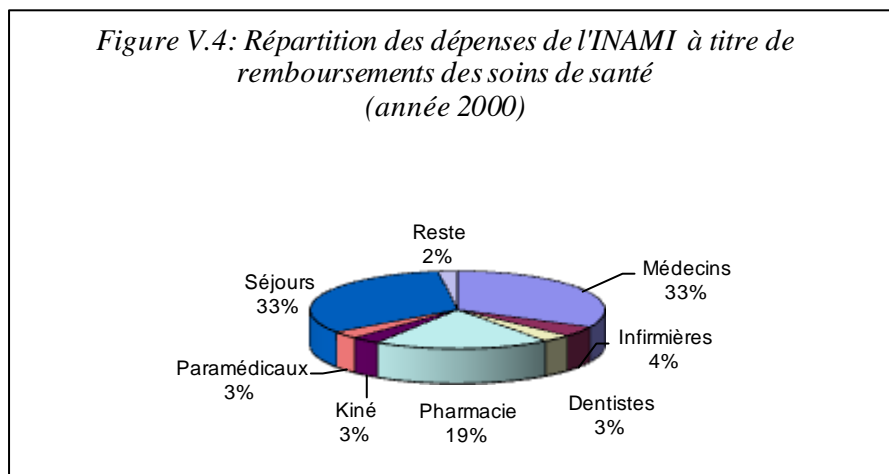
50.35% de notre PIB ont été consacrés aux dépenses publiques;

Près de la moitié des dépenses publiques étaient destinées aux dépenses sociales. Et le secteur "santé" absorbait plus du quart des dépenses de la sécurité sociale (sur base des chiffres de 1995). A titre de comparaison la part des prestations de vieillesse s'élevait à 28%, celle du chômage à 10%.

Notons que, toujours durant l'année 1997, près de 15% des dépenses publiques, ont été affectés aux soins de santé.

(source: OCDE Health Data 2000; et OCDE Social Expenditure Databases 1996)

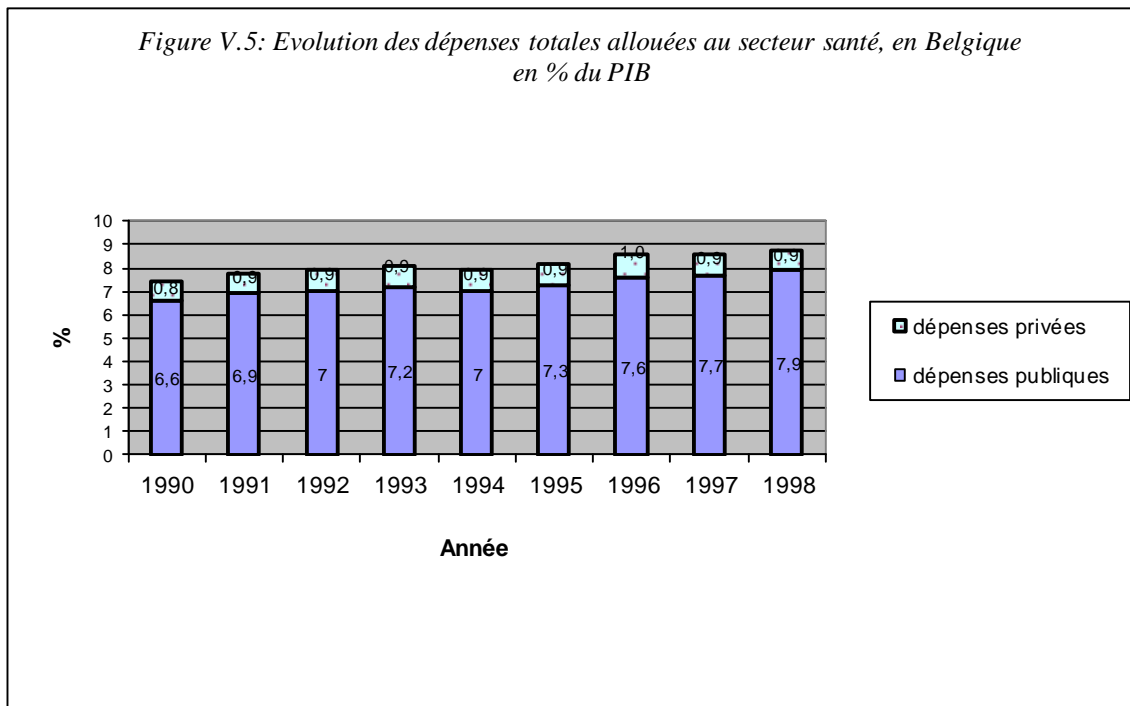
L'INAMI publie chaque année les résultats de l'exercice budgétaire précédent. Pour l'année 2000, ses dépenses se chiffraient à BEF 517.milliards. Une ventilation de ces dépenses par type de prestations ou prestataires est illustrée par la figure suivante. Les postes "honoraires des médecins" et "séjours" sont les plus "gourmands" accaparant chacun 1/3 des dépenses du budget soins de santé de l'INAMI.



Source: selon chiffres INAMI (rapport annuel 2001)

Il faut être attentif au fait qu'à côté des dépenses qui s'inscrivent dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, il faut prendre en considération également un certain nombre d'autres dépenses que la nation consacre à la santé, comme les dépenses privées (tickets modérateurs, médicaments non remboursés, etc.) et les dépenses des pouvoirs centraux (Ministère de la Santé Publique) ou locaux (Communauté, Régions) directement en rapport avec la santé publique. Il en est ainsi par exemple des programmes de vaccination ou des programmes de lutte contre la tuberculose, pour chacun desquels la Communauté française a consacré durant l'exercice 2000, respectivement 50 millions de francs. A titre indicatif, le budget global "santé" de la Communauté française se chiffre pour l'année 2000 à 5,2 milliards qui sont absorbés pour 90% (4.7 milliards) par la politique de l'enfance (ONE). *(source : Education santé, n°158 -avril 2001).*

Le graphique 5 montre l'évolution des dépenses (publiques et privées) en Belgique en proportion du PIB.



Source: OCDE Health data 2000

Au total, selon les estimations de l'OCDE, le montant global des dépenses affectées à la santé, toutes sources de financement confondues, s'élevait donc en 1997 à BEF 753.2 milliards, soit 8.6% du PIB (7.7% pour la part du secteur public et 0.9% pour celle du secteur privé). Avec près de BEF 430 milliards, les dépenses de l'INAMI, à elles seules constituaient 57% de ce montant et les dépenses privées près de 11%.

Quant à dire si ces sommes, sont trop ou pas assez élevées, nul ne peut en juger sans considérer les bénéfices présents et futurs qu'elles génèrent en termes d'amélioration de la santé. C'est là, la démarche de l'évaluation économique.

5.2.3. Evaluation économique des technologies médicales

Rappelons tout d'abord que l'évaluation économique en matière de santé représente un instrument dont disposent les économistes de la santé⁷², pour opérer des choix optimaux (cf. supra). Un survol des principales méthodes utilisées et de leur typologie sera présenté (section III.2), non sans avoir explicité, auparavant, les critères de base de l'évaluation d'une intervention médicale (section III.1)

⁷² Ce champ est ouvert non seulement aux économistes mais aussi, à tout intervenant dans la sphère médicale qui souhaite comprendre, prendre part ou aider au processus de décision en la matière.

A. Les critères de l'évaluation des interventions médicales

L'évaluation économique en matière de santé ne peut se concevoir, comme nous l'avons déjà évoqué, sans la contribution des études cliniques. Un certain nombre de concepts fondamentaux sont, de ce fait, propres à l'évaluation des soins médicaux. Il importe donc, de les définir et de bien les distinguer.

Une intervention médicale peut, en effet, être évaluée sous l'angle de son « *efficacy* » (*efficacité clinique*), de son « *effectiveness* » (*efficacité pratique ou efficacité de terrain ou effectivité*) ou de son « *efficiency* » (*efficience*). Trois notions que recouvre en français la notion d'efficacité et pour lesquelles, une fois de plus, la langue anglaise offre une plus grande précision.

a) Efficacité clinique (en anglais « *efficacy* »)

L'efficacité clinique est une mesure de l'**effet** favorable (potentiel) que produit une action médicale, dans des **conditions idéales** d'observation que l'on peut qualifier d'expérimentales.

Par exemple, un nouveau traitement hypolipémiant peut abaisser le cholestérol sanguin chez des patients qui prennent régulièrement leur médicament (très bonne observance) et dont le régime alimentaire est contrôlé.

L'efficacité clinique, est exprimée par comparaison à l'effet observé en l'absence de traitement ou à l'effet d'une action dite de base (*baseline strategy*) qui lui tient lieu de référence.

b) Efficacité pratique (en anglais « *effectiveness* »)

L'« *effectiveness* » est une mesure de la performance, dans des **conditions réelles**, d'une action médicale dont l'efficacité clinique a déjà été prouvée. Autrement dit, un traitement efficace, dans un environnement contrôlé, est *effectif* si son efficacité se vérifie dans les conditions de pratique clinique habituelles (« *daily clinical practice* »).

Par exemple, un nouveau médicament hypolipémiant sera effectif s'il abaisse le taux de cholestérol sanguin de patients dont l'observance n'est pas aussi bonne et dont la consommation de lipides n'est pas aussi bien contrôlée que dans une étude clinique.

L'effectivité, tout comme l'efficacité clinique, est exprimée par comparaison à l'effet observé en l'absence de traitement ou à l'effet d'une action dite de base qui lui tient lieu de référence.

c) Efficience (en anglais « *efficiency* »)

L'efficience est une mesure du rendement d'une action ou d'un programme de santé. Elle est estimée par le rapport entre les **résultats** favorables obtenus par une action médicales ou un programme de santé et les **moyens** financiers mis en œuvre pour les obtenir.

Une analyse d'efficience consiste à évaluer si les moyens alloués à un projet déterminé ne seraient pas mieux investis (plus efficaces) dans un autre projet.

L'efficacité est exprimée par le rapport efficacité / coût (ou *effectivité/coût*).

En résumé, un traitement (ou toute autre intervention médicale) est efficace s'il a prouvé son action dans un environnement entièrement contrôlé (labo). Il est effectif, s'il agit également dans des conditions de pratiques cliniques habituelles. Il est efficient, si de surcroît, il atteint son objectif clinique au moindre coût (ou si pour une enveloppe budgétaire donnée il est plus efficace).

Efficacité clinique et efficacité pratique (effectivité) sont des différences, alors que l'efficacité est un rapport.

B. Les méthodes d'évaluation et leurs typologies

a) Règles de base de l'évaluation économique

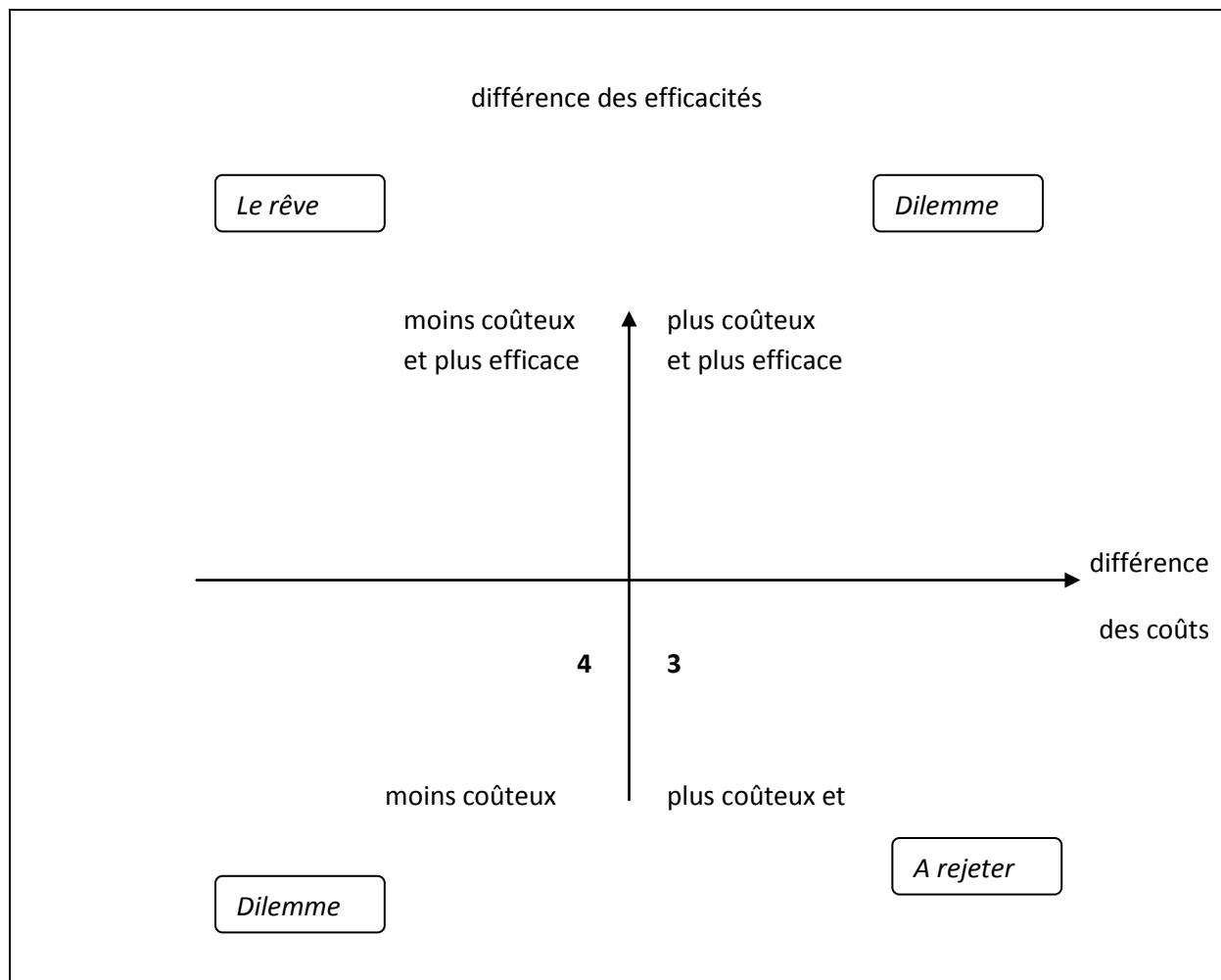
Pour évaluer une quelconque technologie médicale (au sens large, voir note de bas de page section I.3), l'analyse économique propose **deux règles de base** dictées par le bon sens. Afin d'allouer au mieux les ressources, il faut :

- primo, envisager différentes stratégies.
On ne saurait évaluer une stratégie quelconque sans la comparer à une stratégie de référence ("*baseline strategy*"). Celle-ci peut consister en une action médicale qui était d'usage ou même, en l'absence de toute intervention
- secundo, évaluer pour chacune de ces alternatives tous les coûts et tous les résultats.
C'est en comparant tous les coûts et tous les résultats attendus (à court, moyen et long terme), de chacune des alternatives considérées, que le meilleur choix pour la société pourra être fait.

Ainsi, le coût d'un nouveau traitement hypolipémiant doit être comparé au coût estimé des complications qui se produiraient après 5, 10, 15 ans en l'absence de traitement ou avec un ancien traitement moins efficace.

La comparaison des coûts et de l'efficacité (clinique ou pratique) de deux stratégies médicales (analyse d'efficacité) peut aboutir à quatre types de situations, tels que décrits par la figure qui suit :

FIGURE V. 6: LES QUATRE SITUATIONS D'UNE ÉVALUATION EN FONCTION DU RAPPORT EFFICACITÉ/COÛT



Source : B Grenier, Evaluation de la décision médicale Introduction à l'analyse médico - économique, Ed. Masson, 1996.

Ainsi entre deux stratégies d'action médicales, il est rationnel de choisir :

- celle qui est la moins coûteuse pour une efficacité égale ou supérieure,
- celle qui, à coût égal, a une efficacité supérieure,
- celle qui est plus coûteuse pour une efficacité plus grande, si l'on juge le surcoût acceptable, compte tenu du gain d'efficacité (*le jeu en vaut la chandelle*),
- celle qui est moins coûteuse mais moins efficace, dans la mesure où le budget disponible est strictement limité au moindre coût et que l'on estime que le gain d'efficacité de la stratégie la plus coûteuse ne compense pas son surcoût (*le jeu n'en vaut pas la chandelle*).

(B Grenier, 1996)

Notons en outre, que le raisonnement économique ordonne, de raisonner en terme *marginal* ou *incrémentiel*, en ce sens qu'il s'agit d'évaluer pour une stratégie donnée (comparativement à la stratégie de base), le coût supplémentaire requis pour améliorer l'état de santé d'une unité (autrement dit, pour une unité d'efficacité).

En résumé, une analyse économique digne de ce nom consiste à mettre en rapport coût supplémentaire et efficacité supplémentaire d'une stratégie donnée comparativement à une (ou plusieurs) autre(s) alternative(s).

Nous verrons qu'il existe différents types d'analyse économiques qui procèdent de ce principe (III.2.3), mais que toutes les évaluations économiques ne s'y conforment pas (III.2.2)

C. Typologie des études d'évaluations

La littérature montre que certaines études d'évaluation se contentent d'une analyse des seuls coûts ou des seuls effets, tandis que d'autres ne proposent aucune comparaison. Ces analyses sont qualifiées de partielles.

Dans leur ouvrage de base qui fait autorité en la matière, Drummond et al (*Methods for Economical Appraisal of Health Care Programmes*), classifient les études d'évaluation selon qu'elles satisfassent ou non aux deux règles de base énoncées plus haut. Le tableau suivant synthétise la typologie des analyses économique possibles.

TABLEAU V. 4: TYPOLOGIE DES ÉTUDES D'ÉVALUATION

	Prise en compte des coûts	Prise en compte des effets	Prise en compte des Coûts et des effets
Pas de comparaison de solutions alternatives	Description des coûts	Description des effets	Description des coûts et des effets
comparaison de solutions alternatives	Comparaison des coûts	Comparaison des effets	Evaluation économique complète

D. Les évaluations économiques complètes

On distingue habituellement, quatre types d'évaluations économiques complètes, à savoir,

- l'analyse coût-efficacité,
- l'analyse coût-utilité,
- l'analyse coût-bénéfice et
- l'analyse de minimisation des coûts.

Les trois premières diffèrent dans la manière de mesurer les effets; la dernière présuppose que les effets comparés sont identiques.

Analyse coût- efficacité

La méthode d'analyse coût- efficacité met en rapport le coût d'une intervention médicale et son efficacité (ou *effectivité*) mesurée en **unités naturelles ou physiques**, telles que le nombre de vies sauvées, le nombre d'années de vies gagnées, le nombre de cas évités, les complications épargnées, etc.

Il va de soi que toute comparaison requiert une unité de mesure commune.

Aussi, lorsqu'on veut comparer des stratégies concernant des pathologies différentes, il faut se baser sur des unités de mesure communes: seules des paramètres dits "primaires" basés sur l'espérance de vie (nombre supplémentaire d'année de vie ou de survie) sont, dans ce cas, pertinents. Les critères d'évaluation dits "intermédiaires" (comme la réduction du taux de cholestérol dans le traitement préventif de MCV, la réduction de la pression artérielle d'un nouveau hypertenseur, l'augmentation de la densité osseuse pour l'ostéoporose, ...) ne sont envisageables que dans le cadre de la comparaison des effets, sur une même pathologie, de stratégies alternatives.

Exemple fictif: Supposons qu'il existe deux stratégies de traitement du diabète (A et B) dont les coûts et les effets sont résumés dans le tableau suivant:

	Coût	espérance de vie
stratégie A	100 000	5
stratégie B	50 000	4

Le rapport coût-efficacité marginal s'obtient en divisant la différence de coûts entre les traitements par la différence d'années de vie, soit

$(100.000 \text{ f} - 50.000\text{f}) / (5 \text{ ans} - 4 \text{ ans}) = 50.000 \text{ f par année de vie gagnée.}$

Exemple: Dans le cadre du traitement préventif des MCV, des essais cliniques récents ont montré l'effet bénéfique d'une diminution du niveau de cholestérolémie sur la morbidité et la mortalité cardio-vasculaire. Mais la nouvelle classe thérapeutique d'hypolipémiants (statines), engendre un surcoût. Une évaluation économique permet d'estimer dans quelle mesure ce surcoût est compensé par un surcroît d'efficacité.

En Belgique on a estimé le coût du traitement préventif par statines à BEF 720.000 par année de vie gagnée. Ce coût peut être comparé à celui d'une transplantation cardiaque: BEF 1.080.000. (source: Ministère de la Communauté française, IPH/EPI reports, n°14, 2001)

Analyse coût-utilité

L'analyse coût-utilité met en rapport le coût de chaque programme évalué et son utilité mesurée en terme de **qualité de vie**. L'efficience, exprimée en année de vie, est ici pondérée, corrigée par la qualité de vie. Au delà de la dimension objective du ressort médical, on intègre là une dimension subjective, celle de la perception par le patient de son état de santé, comme critère d'évaluation des stratégies thérapeutiques.

La mesure d'utilité qui est généralement utilisée, est le nombre *d'années de vie en bonne santé* ou plus communément QALY (pour "Quality adjusted Life Years"). Sans rentrer dans les techniques de mesure de la qualité de vie, contentons-nous de préciser qu'il existe plusieurs instruments (ou questionnaires) qui permettent de mesurer la qualité de vie liée à la santé, à partir d'items recouvrant un certain nombre de domaines (l'état physique, l'état psychique, le bien être social et le fonctionnement quotidien). Ces instruments sont soit *spécifiques* à une pathologie donnée (n'autorisant que peu de comparaisons), soit *génériques*, c.à.d. applicables à n'importe quelle affection ou traitement (autorisant des comparaisons globales).

Exemple fictif: reprenons notre exemple fictif précédant, en y ajoutant une mesure de qualité de vie.

	espérance de vie (1)	Qualité de vie* (2)	QALY (1) x (2)
stratégie A	5	0.8	4
stratégie B	4	0.9	3.6

* : indice de qualité de vie sur une échelle de à 1 (parfaite santé) à 0 (mort)

Le rapport coût-utilité marginal par année de vie en bonne santé est égale à:

$$(100.000 - 50.000) / (4 - 3.6)$$

$$= 125.000 \text{ francs.}$$

Analyse coût-bénéfice

L'analyse coût-bénéfice met en balance pour chaque alternative évaluée, le coût et les bénéfices exprimés en termes monétaires. C'est l'analyse la plus familière aux économistes. Elle est considérée comme la plus puissante, dans la mesure où elle permet de comparer des programmes de nature très différentes, et elle particulièrement appréciée en tant que telle, des décideurs publics. Mais son *applicabilité* dans le domaine de la santé est restreinte par la difficulté à donner un prix à la vie ou au bien-être. Une approche consiste à estimer ce que la personne (ou la communauté) est prête à payer pour atteindre une certaine qualité de vie, ou pour prolonger sa durée de vie.

Exemple: Il a été demandé à un groupe de patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde, quelle proportion de leur revenu ils sont disposés à dépenser pour obtenir un traitement qui les soulagerait totalement de leur douleur (guérison hypothétique complète). Les patients étaient prêts à y consacrer 22% de leur revenu. Cette proportion ne variait pas en fonction du revenu familial. (MS Thompson, 1986)

Analyse de minimalisation des coûts

L'analyse de minimalisation des coûts se borne comme son nom l'indique à comparer les coûts de différentes alternatives. Quoiqu'abondamment utilisée dans la littérature, elle ne se justifie que dans les rares cas où les effets sont quasiment identiques.

Ainsi on peut imaginer, que l'on veuille comparer deux programmes de chirurgie dont les résultats sont très similaires mais dont les coûts post- et pré- opératoires sont différents (durée d'hospitalisation, etc) Il est suffisant, dans ce cas, de se baser sur une évaluation des seuls coûts pour fonder son choix.

5.3. Liste des tableaux

Tableau II.1. Distances dans les relations avec le patient, dans les relations entre professionnel.

Tableau II.2. Régime alimentaire pour l'allaitement

Tableau II.3. Rôle du médecin et rôle du malade

Tableau II.4. Diagnostic et état de l'individu malade

Tableau III.1. Questions que se pose un malade

Tableau III.2. Etude J. Horal (1969): The clinical appearance of low back disorders in the City of Gothenburg

Tableau III.3. Exemple de retranscription médicale d'un entretien avec un patient

Tableau IV.1. Catégories socioprofessionnelles en Grande-Bretagne

Tableau IV.2 : Mortalité différentielle en Grande-Bretagne en 1981 (SMR)

Tableau IV.3 : Mortalité différentielle, Grande-Bretagne et pays de Galles, 1981 (SMR)

Tableau IV.4. : Différences d'espérance de vie et d'espérance de vie sans incapacité entre les groupes sociaux les plus pauvres et les plus riches au Canada, fin des années 1970

Tableau IV.5 : Espérance de vie à la naissance en fonction du sexe (en années)

Tableau IV.6 : Mortalité périnatale (‰) selon la profession du père et l'état social de la mère

Tableau IV.7 : Incidence de problèmes de santé périnatale (%) en Belgique

Tableau IV.8 : Faible poids à la naissance (<2500g) en Belgique, 1995

Tableau IV.9 : Proportions (%) de faible poids à la naissance selon le lieu de résidence de la mère (Belgique, 1995)

Tableau IV.10 : L'hétérogénéité de l'état de santé des populations

Tableau IV.11 : Indices relatifs de mortalité * des fonctionnaires britanniques par cause et selon la position hiérarchique

Tableau IV.12 : Mortalité masculine sur 10 ans, ajustée pour l'âge en fonction du barème dans la fonction publique et de la possession d'une voiture

Tableau IV.13 : Taux de mortalité ajustés par âge, par décennie selon la position hiérarchique et par rapport à la consommation de tabac

Tableau IV.14 : Probabilité de décès entre 35 et 60 ans (en %) en fonction du statut matrimonial France, 1975 – 1980

Tableau IV.15 : Taux de célibat moyen (en %) selon la classe socioprofessionnelle France, 1975 – 1980

Tableau IV.16 : Taux de participation aux services de santé

Tableau IV.17 : " Vous est-il déjà arrivé de renoncer à certains soins parce que le remboursement était limité ? "

Tableau IV.18 : Caractéristiques de la population étudiée (en %) en fonction de la classe sociale du père

Tableau IV. 19 Mortalité et classe sociale

Tableau IV. 20 Classe sociale du père

Tableau V.1 : Positions respectives des médecins et des économistes

Tableau V.2 : Nombre de prestataires de soins (inscrits à l'INAMI)

Tableau V.3 : Evolution des effectifs de diplômés en Médecins

Tableau V. 4: Typologie des études d'évaluation

5.4. Liste des figures

Figure II.1. Le concept de santé (d'après Hjort 1996)

Figure II.2. Un exemple de standards de beauté : Rubbie et Barbie

Figure II.3. Localisation des organes par des non professionnels de la santé

Figure II.4. Affiche du salon du bien être Toulouse 2009

Figure II.5. Représentations « plombier » et mécaniques du corps

Figure II.6. Valeurs limites pour le traitement médicamenteux de l'hypertension sur la base de la pression diastolique

Figure II.7. Dégénération du disque intervertébral : relation avec la symptomatologie (Parkkola et al., 1993)

Figure II.8. Schéma de réseau thérapeutique

Figure III.1. Quatre grands groupes d'étiologie

Figure III.2 : Allure typique d'un patient frappé par le lumbago

Figure III.3. Mécanisme de la hernie lombaire en flexion-compression (d'après Kapandji, 1975)

Figure III.4. Mécanisme de la hernie lombaire en flexion-compression (d'après Kapandji, 1975)

Figure III.5. Epreuve d'élévation de la jambe en extension (signe de Lasègue)

Figure III.5.bis Epreuve d'élévation de la jambe en extension (signe de Lasègue)

Figure III.6. L'entretien médical

Figure III.7. Le psoriasis chez les adolescents

Figure III.8. Schéma relations patient médecin technologie

Figure IV.1 : Probabilité de décès entre 35 et 60 ans (en %) en 1975-1980 (France)

Figure I.V. 2 : Espérance de vie à 35 ans (en années) en 1975-1980 (France)

Figure IV. 3 : Probabilité de décès entre 35 et 60 ans (en %) entre 1955 et 1980 (France)

Figure IV. 4 : Espérance de vie a 35 ans (en années) entre 1955 et 1980 (France)

Figure IV. 5 : Réseau de causes intriquées et M.C.V.

Figure IV. 6 : La mortalité infantile et ses indicateurs (Avalosse, 1997 : 18).

Figure IV. 7 : Facteurs de risques de faible poids à la naissance (% du total des naissances de 1998 en Belgique)

Figure IV. 8 : L'hétérogénéité de l'état de santé des populations

Figure IV. 9 : Taux de mortalité par année de suivi et par position hiérarchique

Figure IV.10 : Risque relatif de mortalité (ajusté par âge) par MCV et par facteur de risque, selon la position hiérarchique

Figure IV.11 : Tension artérielle chez les fonctionnaires britanniques

Figure IV.12 : Schéma de l'approche socio-environnementale

Figure IV.13 : Schéma du modèle de Cox

Figure IV.14 : Typologies basées sur le modèle de Karasek

Figure IV.15 : Job strain model et mesures de l'insatisfaction au travail, de la consommation de médicaments et du nombre de jours de maladie

Figure IV.16 : Job strain model et morbidité cardiovasculaire

Figure IV.17 : Schéma du Demand-control-support model

Figure IV.18 : Recours aux soins en fonction du statut socio-économique

Figure V.1 : le système de santé belge

Figure V. 2: Les forces du macro- et du micro- environnement

Figure V.3 : Médecine générale : offre, consommation, production

Figure V.4: Répartition des dépenses de l'INAMI à titre de remboursements des soins de santé (année 2000)

Figure V.5. Evolution des dépenses totales allouées au secteur santé en Belgique en % du PIB

Figure V. 6. Les quatre situations d'une évaluation en fonction du rapport efficacité/coût

5.5. Bibliographie

- ADAM Ph. et HERZLICH Cl., Sociologie de la maladie et de la médecine, Nathan Université 128, Paris, 1994.
- AICH P. et CEBE D. , Les inégalités sociales de santé, La Recherche 261, vol 25, 1994, pp. 100-109.
- AMIEL LEBIGRE Fr. et GOGNALONS-NICOLET M. , Entre santé et maladie, Presse Universitaire de France, Paris, 1993.
- ANNEMANS L. et CROTT R. (sous la direction de), Aspects socio-économiques des soins de santé en Belgique, Institut belge d'économie de la santé, 1998.
- APPELBOOM Th. et BLUARD Chr., L'art de guérir - Images de la pensée médicale à travers les temps, Fonds Mercator, Anvers, 1997.
- ARBORIO A.M. et FOURNIER P., L'enquête et ses méthodes. L'observation directe, 3 édition, Paris, Nathan université 128, 2010.
- AUGE M., Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'évènement in *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Sous la direction de Marc Augé et Claudine Herzlich, Editions des archives contemporaines, Paris, 2000 (1ère édition 1984)
- AVALOSSE H., Santé et inégalités sociales, Dossier 25, Département de Recherche et Développement, Association Nationale des Mutualités Chrétiennes, Bruxelles, 1997.
- BARRY A.M. and YIULL Chr., Understanding the sociology of health. An introduction, second edition, Sage Publication, London, 2010.
- BALINT M., The doctor, his patient and the illness, Lancet, 1955, 1, pp. 683-688.
- BASZANGER I., Les maladies chroniques et leur ordre négocié, Revue Française de Sociologie, XXVII, 1986 : 3-27.
- BECKER H., Outsiders. Études de sociologie de la déviance, Édition Métailié, Paris, 1985.
- BEECHER H.K., The powerful placebo, JAMA, 1955, 159, pp. 1602-1606.
- BERESKNIAC A. et DURU G., Economie de la santé, 3 édition, Édition Masson, Paris, 1995.
- BERKMAN L.F., SYME S.L., Social networks, host resistance and mortality : a nine-year follow up study of Alameda County residents, American Journal of Epidemiology, 109(2), pp. 186-204
- BIRABEN J.N., Les maladies du XVIe siècle, Les Cahiers de Science et Vie, hors série n°19, 1994, pp. 72-78.
- BOULAD M., Savoir médical et culture d'usage, Santé Conjuguée n°15, janvier 2001.
- BYNUM W.F., Médecine et société. Histoire de la pensée médicale en Occident. Tome 3. Du Romantisme à la science moderne, Édition du Seuil, Paris, 1999.

CANGUILHEM G., Le normal et le pathologique, Presse Universitaire de France, Paris, 2009 (première publication 1966).

CEARD J., Ambroise Paré – le premier chirurgien des temps modernes, Les cahiers de Science et Vie, hors série n°19, 1994.

Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique, Naissance - mortalité périnatale et infantile : statistiques 1993-1995, Ministère de la Communauté Française, Institut Scientifique de la Santé Publique Louis Pasteur, Service d'Epidémiologie, 2000.

CICOUREL A.V., Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive, Éditions du Seuil, Paris, 2002.

COHEUR A., SLUSE M., Analyse et perspective de la consommation et du recours aux soins de santé en Région Wallonne, Synthèse du Rapport, 1997.

COURTOIS C., Comprendre l'Economie de la Santé, Institut Belge de l'économie de la santé, Zaventem, 1992.

CURRER C., The comparison of concepts of health and illness in India and Europe, in A. D'Houtaud, M. Field, R. Gueguen, Les représentations de la santé, Les Editions de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Nancy, 1988, pp. 31-44.

DAVEY SMITH G. et al., The Black Report on socio-economic inequalities in health : 10 years on, BMJ, Vol. 301, August 1990, pp.373-379.

DAVEY SMITH G. et al., Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific adult mortality: prospective observational study, BMJ, vol.316, May 1998, pp.1631-1635.

DELAISI G., DE PARSEVAL et LALLEMAND S., L'art d'accommoder les bébés. 100 ans de recettes françaises de puériculture, Seuil, Paris, 1980.

DI BIASI Z., HARKNESS E. , ERNST E. , GEORGIU A., KLEIJNEN J., Influence of context effects on health outcomes : a systematic review, Lancet, vol. 357, 10 mars 2001, pp. 757-762.

DIEPENDALE S. et STASSART M., L'anorexie mentale image du corps/image de soi Analyse des processus psychodynamiques, in L'observatoire. Revue d'action sociale & médico-sociale, Actes : Anorexie, éclairage multidisciplinaire, 2007, pp. 51-56.

DRUMMOND M.F., O'BRIEN B., STODDART G.L., TORRANCE G.W., Methods for Economical Appraisal of Health Care Programmes, Oxford University Press (2ème ed), 1998.

DURET P. et ROUSSEL P., Le corps et ses sociologies, Nathan université 128, Paris, 2003.

EVANS R.G. , BARER M.L. , MARMOR T.R. , Etre ou ne pas être en bonne santé, John Libbey, Eurotext, Paris, 1996.

FABRE G., Epidémies et contagions. L'imaginaire du mal en Occident, P.U.F., Paris, 1998.

FASSIN D. , Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun. In Jean Pierre Dozon et Didier Fassin (sous la direction de), Critique de la santé publique. Une approche anthropologique, Paris, Éditions Balland, 2001.

FASSIN D. et MEMMI D. (sous la direction de), Le gouvernement des corps, Éditions de l'école des hautes études en sciences sociales, Paris, 2004.

FASSIN D. , Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie in Françoise Saillant et Serge Genest (sous la direction de), Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux, Economica Anthropos, Paris, 2006, pp. 383-399.

FASSIN D. , La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent, Éditions Gallimard, Paris, 2010.

FEENEY A., NORTH F., HEAD J., CANNER R., MARMOT M., Socioeconomic and sex differentials in reason for sickness absence from the Withehall II study, Occup. Environn. Med., 1998, 55, pp.91-98.

FERRANT L. , Représentations du corps et de la maladie, Santé Conjuguée n°16, avril 2001.

FOLSCHIED D. , FEUILLET B. – LE MINTIER , MATTEI J.F. , Philosophie, éthique et droit de la médecine, P.U.F., Paris, 1997.

FREIDSON E., Client control and medical practice, The American journal of sociology, vol. 65, n°4, 1960, pp. 374-382.

FREIDSON E., La profession médicale, Payot, Paris, 1984 (Traduction de Profession of medicine, Harper and Row, New-York, 1970).

GARRAU M. et LE GOFF A., Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du care, Presse Universitaire de France, Paris, 2010.

GIET D., Ecologie des soins médicaux, carré de White, soins primaires et médecine générale, Revue médicale de Liège, 2006, 61 :5-6, pp.277-284.

GOFFMAN E., Asiles. Etude de la condition sociale des malades mentaux, Editions de Minuit, Paris, 1968.

GOFFMAN E., Stigmate. Les usages sociaux des handicaps, Éditions de Minuit, Paris, 1975.

GOOD B., Comment faire de l'anthropologie médicale ?, Institut Synthélabo, Le Plessis-Robinson, 1998.

GRENIER B., Evaluation de la décision médicale Introduction à l'analyse médico - économique, Ed. Masson, 1996.

GRMEK M.D., SOURNIA J.C., Les maladies dominantes. Histoire de la pensée médicale en Occident. Tome 3. Du Romantisme à la science moderne, Édition du Seuil, Paris, 1999.

HALIOUA B., Histoire de la médecine, Édition Masson, collection Abrégés, Paris, 2001.

- HARCOURT W., Body politics in development. Critical debates in gender and development, Zed Books, London, 2009.
- HARDEY M., Internet et société : reconfigurations du patient et de la médecine ?, Sciences sociales et santé, Volume 22, n°1, 2004, pp. 21-43.
- HELMAN C. G., Culture, Health and Illness, fifth edition, London, Hodder Arnold, 2007.
- HERZLICH C., Médecine, maladie et société, Paris-La Haye, Mouton, 1970.
- HOFFMAN A., Les modèles de Laplantine, Santé Conjuguée n°16, avril 2001.
- HOFFMAN A., Des théories subjectives de la santé, Santé Conjuguée n°16, avril 2001.
- HOPPENFELD S., Examen clinique des membres et du rachis, Masson, 1990.
- HROBARTSSON A. & GOTZSCHE, Is the placebo powerless? , New England Journal of Medicine, vol.344, n°21, 24 May 2001, pp. 1594-1602.
- Institut Scientifique de la Santé Publique, Enquête de Santé 1997 : la santé en Belgique, ses communautés et ses régions, Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique, Service d'Epidémiologie, Bruxelles, 2000.
- JACQUES B., Sociologie de l'accouchement, Presse Universitaire de France, Paris, 2007.
- JOHNSON J.V., HALL E.M., Job strain, work place social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of Swedish population, American Journal of Public Health, October 1988, Vol. 78, n°10, pp. 1336-1342.
- KARASEK R.A., Job demands, job decision latitude and mental strain: implication for job redesign, Administrative Science Quarterly, Vol. 24 (2), 1979, pp. 285-307.
- KURZ X., TORFS K., BRUSSELS J., ANNEMANS L., Introduction aux évaluations économiques en matière de soins de santé, ASTRA 2000.
- KAUFMANN J.F., Corps de femmes, regards d'hommes. Sociologie des sains nus, Nathan, Paris, 1998.
- LACHOSWKY M., La prescription, son rôle dans la relation médecin-malade, Santé conjuguée n°15, janvier 2001.
- LAPLANTINE F., Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentations étologiques dans la société occidentale contemporaine, Éditions Payot, Paris, 1997.
- LE BRETON D., Signes d'identité. Tatouages, piercings et autres marques corporelles, Éditions Métailié, Paris, 2002.
- MACQUET C., Identification sociale des toxicomanies, Cahiers de la Dépendance, vol.5, 1986, pp. 1-34.
- MARMOT M.G., Social inequalities in mortality: the social environment, in R.G. Wilkinson (edited by), Class and Health: Research and longitudinal data, Tavistock, London, 1986.

MARMOT M.G., DAVEY-SMITH, STANFELD S. et al., Health inequalities among British civil servants: the Withehall II study, Lancet 337, 1991, pp. 1387-1393.

MARMOT M.G., THEORELL T., Social class and cardiovascular disease: the contribution of work, International Journal of Health Services, n°18, 1998, pp.659-674.

MERCER J., Labeling the Mentally Retarded: Clinical and Social System Perspectives on Mental Retardation, University of California Press, Berkeley, 1973.

MEYER F., Maladie in Pierre Bonte et Michel Izard, Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie, Presse Universitaire de France, 1991, p. 438.

MOLLARET H., Les grands fléaux, in Histoire de la pensée médicale en Occident (T. 2) - De la Renaissance aux lumières, Édition du Seuil, Paris, 1997, pp. 253-278.

MURRAY BOYLE Ch., Difference between Patients' and Doctors' Interpretation of Some Common Medical Terms, British Medical Journal, 1970, 2, 286-289.

Office National de l'Enfance, Banque de Données Médico - Sociales, Rapport 2000, Bruxelles, janvier 2001.

NAVARRO V., What we mean by social determinants of health, Global Health Promotion, Vol. 16 (1), 2009, pp. 5-16.

PILCHER J. and WHELEHAN I., 50 Key Concepts in Gender Studies, Sage publication, London, 2009.

PETRILLO G. (sous la direction de), Santé et société. La santé et la maladie comme phénomènes sociaux, Delachaux et Niestlé, Lausanne Paris, 2000.

PUEL M-A., Un jour, j'ai prescrit un chat, Santé Conjuguée n°15, janvier 2001, p. 31.

RAUCH A., Histoire de la santé, P.U.F., Paris, Que sais-je ?, 1995.

ROLAND M., Faim de travail, fin de santé, Santé Conjuguée, octobre 2000, n°14, pp. 5-17.

SALIBA J., Les paradigmes des professions de santé in Pierre Aïach et Didier Fassin (sous la direction de), Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Editions Anthropos, Paris, 1994, pp. 43-85.

SCAMBLER G.H., Sociology as applied to medicine, WB Saunders, 3° édition, 1991.

SUMMERFIELD D., The invention of post-traumatic stress disorder and the usefulness of a psychiatric category, BMJ, vol.322, January 2001, pp. 95-98.

STEBON M. , La normalisation paradoxale du SIDA, Revue Française de Sociologie, 41-1, 2000, pp. 61-78.

STRAUSS A., La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme, L'Harmattan, Paris, 1992.

TONES K. and GREEN J., Health promotion. Planning and strategies, London, Sage Publication, 2006.

TUBIANA M. , Histoire de la pensée médicale, Édition Champs Flammarion, Paris, 1995.

VAN HOLLEN C., Invoking Vali : Painful technologies of modern birth in South India, Medical Anthropology Quarterly, New Series, Vol. 17, n°1 (march 2003), pp. 49-77.

VEZINA M., Organisation du travail et santé mentale: différentes approches, Prophyl Santé, 1999, n°15, pp. 10-17.

VIGARELLO G., Le Sain et le Malsain: santé et mieux-être depuis le Moyen Age, Édition du Seuil, Paris, 1993.

WINKELMAN M., Culture and health. Applying medical anthropology, A Wiley imprint, San Francisco, 2009.

X., Le stress et ses mécanismes, Euro Revue sur la recherche de la santé et la sécurité au travail, Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 1997, pp. 9-11.

ZOLA I.K., Culture and symptoms. An analysis of patient's presenting complaints, American Sociological Review, Vol.31, n°5, October 1966, pp.615-630.