

Pierre JACOB

MODÈLES SOCIO-CULTURELS SOUS-JACENTS AU MONDE DE LA SANTÉ

UNE des grandes questions qui se posent avec urgence aujourd'hui, à la fois pour les nations industrialisées et pour les pays en voie de développement, peut se formuler ainsi : Comment allons-nous trouver une solution pour tous nos problèmes de vie en société, en particulier en ce qui concerne l'action sanitaire et sociale ?

Possibilité de communications humaines

En effet, sur les possibilités réelles des communications humaines, nous arrivons à nous poser d'autant plus de questions que nous apprenons davantage sur l'homme, personne et société. Nous nous ouvrons de plus en plus non seulement à des catégories sociales nettement différenciées, mais aussi à d'autres réseaux de culture. Par ricochet, nous nous interrogeons alors sur notre propre mode de vie. Chaque jour, en particulier, nous expérimentons comment nos attitudes et nos comportements sont imprégnés par notre entourage, par le monde dans lequel nous vivons.

De toutes ces constatations, on sent parfois émerger une sorte de malaise. Dans l'époque qui précède, on est souvent parti d'une théorie de l'homme-individu, surtout en Europe, aussi bien dans le travail social que dans la relation thérapeutique. Aujourd'hui, on prend conscience davantage du rôle du groupe, de la communauté immédiate et de la société tout entière. Tout malade, tout handicapé, tout inadapté exige une aide médico-psycho-sociale, aux aspects multiples et complémentaires, requis dans les problèmes très actuels d'adaptation, de maturation psychologique et d'acculturation.

La mission essentielle de tout soignant comme, d'ailleurs, de tout travailleur social, n'est-elle pas, au-delà des soins immédiats, de réajuster, en quelque sorte, la balance dans la multiplicité des relations humaines et de rendre les patients aptes à maintenir avec plus d'efficacité leur équilibre global, eux-mêmes, et par leurs propres forces.

Intégration et socialisation

L'intégration, en effet, aujourd'hui, apparaît comme un mécanisme d'adaptation permanente de la personne aux buts et aux normes de la société. Parfois, c'est l'adaptation à une activité professionnelle à la suite d'une affection traumatisante, d'une infirmité ou encore d'un handicap psychologique. Ou bien, dans d'autres cas, il s'agit du passage de la maturité à la sénescence et, éventuellement, d'un changement de poste de travail. Ainsi, l'intégration se présente comme un processus qui accompagne toute la vie humaine depuis les premières adaptations de l'enfant ou de l'adolescent au monde extérieur jusqu'à celle de la personne handicapée ou âgée, en tentation constante de marginalisation.

D'autre part, le processus de *socialisation* apparaît comme étroitement lié à celui d'intégration. Des recherches relativement récentes ont mis en valeur les relations réciproques des termes culture et personne et les interactions entre personne, communauté et culture.

En effet, plus l'homme vit dans un véritable pluralisme socio-culturel comme aujourd'hui dans nos sociétés industrielles, moins il risque d'être esclave du mécanisme d'adaptation que j'évoquais plus haut. Les possibilités de choix, très variées, provoquent normalement un effort personnalisant et la liberté peut ainsi se développer à l'intérieur même d'une certaine dépendance sociale.

Dans le premier stade du processus de socialisation, il faut noter l'influence des groupes dans toute relation d'aide. C'est la société qui force chacun à devenir porteur d'un certain rôle social. Puis, dans un deuxième temps, le phénomène d'acculturation témoigne que la personne et le groupe peuvent analyser leurs relations réciproques, les interpréter, les accepter ou les refuser parfois dans une attitude déviante. Enfin, au troisième stade de ce processus, la personnalisation signifie surtout la réaction globale et rationalisée de la personne vis-à-vis de la société et de la

culture. Elle permet seule l'accession à un véritable pluralisme socio-culturel.

Ainsi, il ne s'agit pas systématiquement d'une aide d'adaptation à la société dominante, telle qu'elle est, mais bien plutôt d'une adaptation réciproque de l'homme et de son environnement où il est possible d'analyser les positions, les rôles et les statuts des uns et des autres, les biens culturels et les échelles de valeurs qui en découlent, les aides et les entraves enfin à une authentique personnalisation.

Il nous semble important de rappeler en commençant cette étude que dans le monde de la santé, comme dans les autres réseaux des relations humaines, chaque relation peut être ainsi approfondie. Quels sont les partenaires constitutifs de ces rapports humains ? Quelle place le patient — le malade ou l'handicapé — y occupe ? Quel rôle chacun attend-il de l'autre ? Quels contrôles sociaux soutiennent les attentes de tous ? Quels systèmes de valeurs s'expriment dans ces attentes et dans les conduites sociales qui essaient d'y répondre, du côté des soignants comme du côté des malades ?

Pour situer une certaine conjoncture globale dans l'évolution de la pratique sociale de l'Eglise vis-à-vis des malades, en particulier au plan de la pastorale sacramentelle, en tenant compte de ces processus d'adaptation et de socialisation, peut-on dégager quelques modèles socio-culturels ? Nous essaierons de les découvrir à partir de quelques mots clés : le malade-la maladie, le médecin-la médecine, l'hôpital, les soins médicaux. Mais auparavant, nous éprouverons la consistance et le contenu de l'expression monde de la santé et nous préciserons ce qu'on entend par modèles culturels.

I. MONDE DE LA SANTÉ ET MODÈLES CULTURELS

Mais tout d'abord, quel est-il ce monde de la santé qui ne se réduit pas aux médecins ni à l'hôpital ? Y a-t-il une fonction collective *santé* dans un pays ? Mais alors, la préservation de la santé dépend de beaucoup d'autres facteurs qu'on regroupe aujourd'hui sous le terme de prévention : les conditions de travail, la sécurité des commu-

nications, l'alimentation et l'habitat. Les déficiences de ces divers facteurs aggravent les coûts de la santé et se transforment rapidement en transferts massifs de charges qui alourdissent les comptes de la santé dans une nation moderne.

Apparition de tensions

Dans nos sociétés du 20^e siècle, des tensions surgissent de plus en plus entre les exigences de l'économie et les requêtes fondamentales de l'homme. Comme le fait remarquer un prêtre ami, Louis Pontais, après avoir suivi les cours de l'Ecole Nationale de la Santé de Rennes, l'univers santé est une des composantes de l'univers humain. Il recouvre un bien commun à tous les hommes, au sens de l'O.M.S. sous le triple aspect physique, psychologique et social. En même temps, la collectivité prend davantage conscience des agressions de tous ordres dont elle est victime. C'est pourquoi, les corps intermédiaires puis les pouvoirs publics soulignent la volonté de promotion de ce bien-santé pour tous les hommes et la nécessité de s'organiser ensemble pour y réussir.

De nouveau, il apparaît que les aspects somatiques, psychologiques et socio-culturels sont intimement liés les uns aux autres. Ces problèmes posent nettement la question des choix prioritaires et donc d'une politique de la santé non seulement à court et à moyen terme, mais à long terme. L'aspect financier de ces opérations éclate alors en soulignant les équilibres et les déséquilibres de la société et en introduisant la nationalisation des choix budgétaires. Comment déterminer, au Plan, l'enveloppe de la santé avec la formation de personnels qualifiés et l'équipement de services de plus en plus technicisés pour un meilleur service des malades et des handicapés ?

Car il s'agit bien d'eux d'abord dans toutes les recherches et découvertes de la prévention sanitaire, des nouvelles thérapeutiques et, pour les malades de longue durée et les handicapés, des formes de réadaptation fonctionnelle, de réinsertion socio-professionnelle en secteur économique « normal » ou en atelier protégé.

Diversité des personnes travaillant dans le monde de la santé.

En ce qui concerne les personnes qui travaillent dans ce monde de la santé, une grande diversité apparaît, comme

le soulignait récemment à des religieuses soignantes le Père Morin de Finfe à Autun¹. A la diversité de cultures correspondent, comme dans tous les autres secteurs d'activité, des diversités de fonctions, de professions et de conceptions mêmes selon qu'il s'agit du « public » ou du « privé ».

Et, cependant, à travers tout cela, n'y a-t-il pas une certaine unité ou, du moins, certaines convergences comme le rappelle, depuis sa formation en 1956, l'Action Catholique des Milieux Sanitaires et Sociaux. Tous ceux qui travaillent dans ce monde de la santé ne sont-ils pas, en effet, consciemment ou non, au service de l'homme en situation de déficience, de dépendance. Par le fait même, ces travailleurs n'acquièrent-ils pas quelques traits communs de mentalité et même certaines réactions collectives ? On ne raisonne plus comme tout le monde et l'on finit par se durcir, presque par nécessité professionnelle, devant la souffrance et devant la mort. Par moment, par contre, on se surprend à adopter vis-à-vis de malades couchés des attitudes paternalistes ou autoritaires. Mais surtout, ce qui caractérise fréquemment la mentalité des personnes qui travaillent dans ce monde de la santé, c'est à la fois l'écrasement et l'isolement. Il est difficile, dans ces circonstances, d'essayer de s'unir pour travailler à la promotion des personnes et au respect de la dignité de tous.

Existence de modèles socio-culturels

Or, dans toute organisation sociale, quelle qu'elle soit, des modèles culturels interviennent pour appréhender cette réalité collective à la fois dans sa globalité et dans son dynamisme.

Le monde de la santé est un secteur de la société complexe, multiple, fuyant, difficile à percevoir d'emblée et surtout à analyser. C'est pourquoi nous essayons de partir du mieux connu au moins connu : il s'agit là d'une démarche scientifique élémentaire qui recourt habituellement à l'analogie.

Ces modèles culturels évoluent d'ailleurs. Ils peuvent être soit matériels et mécaniques, soit formels et mathématiques. Ils amènent à dégager progressivement les notions de fonction et de structure et, dans une analyse du système

1. Cf. « Présence de l'Eglise dans les milieux sanitaires et sociaux », *Religieuses d'action hospitalière et sociale* (231), sept.-oct. 1972, pp. 367-381.

socio-économique, ils mettent en valeur les instances de changement, les résistances qui s'y opposent, les conflits et les tensions internes.

D'autre part, dans l'analyse d'un système social, quatre concepts principaux apparaissent comme prioritaires : la notion de changement social, celle de conflit culturel, celle de désorganisation sociale et celle de déviance sociale. Nous aurons l'occasion de les retrouver tout au cours du développement.

II. MONDE DE LA SANTÉ ACTION SOCIALE ET ACTION POLITIQUE

Comme le rappelait un récent numéro de la revue *Esprit*², l'action sanitaire comme l'action sociale est née de l'Eglise et de ses institutions charitables qui visaient déjà à une certaine intégration sociale des marginaux. Puis, l'Etat a pris le relais en formant progressivement de multiples spécialistes qui essaient de répondre aux aspirations des personnes déficientes dans leur corps, dans leur esprit ou dans leurs relations sociales. Ces travailleurs « ont objectivement une fonction d'intégration sociale à un système donné, à des normes culturelles et politiques. C'est pourquoi les patients considèrent les intervenants comme des représentants du système social », et nous ajouterons : surtout en matière d'hygiène mentale !

Refus d'une action unilatérale

Avec la contestation globale de la société, on critique les carences de tout un système économique et social. A cause de l'action politique qui en découle, la marginalisation extrême des grands handicapés, physiques et mentaux, donne à l'action sociale un caractère de rupture, au lieu de l'effort traditionnel d'intégration à la société dominante.

Dès lors, toute forme d'assistance aux malades de longue durée, qui serait d'allure paternaliste, apparaîtrait comme répressive, transformant les patients en obligés, en éternels

2. « Pourquoi le travail social ? », *Esprit* (413), avr.-mai 1972. Voir en particulier les articles de J.-P. LAMBERT, « Assister, c'est exclure », *Ibid.*, pp. 704-715 et de R. GOMBIN, « Action politique et action sociale », *Ibid.*, pp. 716-723.

mendiants. On a tendance à penser pour l'autre dans les diverses mesures adoptées ; par exemple la classe d'orientation pour un des enfants de la famille et la cure de désintoxication pour le père, sans accepter de s'attaquer en même temps aux véritables causes de ces handicaps. Bref, assister devient synonyme d'exclure selon l'expression de Richard Gombin dans *Esprit*. « Toutes les institutions où on assiste les patients, sans les amener suffisamment à se prendre en charge eux-mêmes, sont comme hantées par un système clos de représentations, par un rituel qui oblige l'assisté à prendre conscience de sa différence. »

D'autre part, en médecine mentale, le psychiatre et ses auxiliaires doivent pouvoir découvrir les aspects culturels inconscients d'une communauté ou d'un groupe donné et les conflits qu'ils peuvent provoquer, grâce par exemple à l'analyse du secteur, fournie par le sociologue. Ainsi, ensemble, ils pourront éventuellement aider les malades à se réinsérer dans leur milieu d'origine si le développement de leur affection le permet et s'ils le désirent.

En psychiatrie, en effet, c'est le mode de relation et de communication entre les différents membres de l'équipe médico-psycho-sociale dans le secteur qui détermine en partie les progrès du malade, c'est-à-dire la synthèse et la restructuration de son *moi*.

Mais dans une société, les changements s'opèrent — parallèlement à une certaine conversion des mentalités — dans la structure du système socio-politique qui affecte à son tour la dynamique de la famille et, finalement, la structure psychique de la personne.

Amélioration de la qualité de vie

C'est pourquoi l'évolution des systèmes de santé, aujourd'hui, tendent de plus en plus, grâce à une action politique concertée, à améliorer la qualité de la vie dans tous les domaines. N'est-ce pas la première tâche d'une réelle prévention, du moins en ce qui concerne les « maladies de la civilisation » selon une récente expression.

Par suite de l'expansion économique, dans la société que nous préparons dans les vingt ou trente années à venir, on acceptera sans doute, de moins en moins, une simple consommation quantitative. L'opinion publique, d'ailleurs, exigera qu'une part croissante du revenu national soit consacrée à l'amélioration de cette qualité de la vie, y compris le confort hospitalier.

Un désir croissant se fera sans doute sentir pour supprimer certaines formes de souffrances évitables en palliant au maximum aux infirmités congénitales et en recherchant une meilleure adaptation à l'environnement social pour prévenir certaines maladies mentales.

C'est bien dans ce contexte socio-culturel déjà très apparent que l'opinion publique placera, au premier rang de ses préoccupations, la protection de la santé. D'ailleurs, il semble que beaucoup tendront à recourir au médecin dans des circonstances personnelles ou familiales difficiles qui ne seront pas nécessairement en liaison directe avec l'état de malade, tel qu'on le définit habituellement.

Une politique de la santé

Y a-t-il une véritable politique de la santé pour préparer cet avenir ? Comme le soulignait, il y a quelques années, Francis Montès³, « les multiples variations sur un même thème peuvent s'interpréter comme le signe d'une lente et sûre maturation, mais aussi comme une série de tâtonnements, face à une absence de ligne politique d'ensemble concernant la santé ».

Certes, le Parlement français a voté le 5 septembre 1970 un texte « portant réforme hospitalière » qui apparaît comme une loi-cadre dont l'application est une œuvre de longue haleine. Cependant, la difficulté majeure est toujours la même. Comment rationaliser et « productiviser » notre système sanitaire pour mieux répondre aux besoins accrus dans le domaine de la santé et pour ne pas peser trop lourdement sur le budget social de la nation, tout en tenant compte des susceptibilités du corps médical et de l'industrie pharmaceutique ?

On peut noter, d'ailleurs, qu'il s'agit d'une réforme hospitalière qui ne traite aucunement de la médecine hospitalière de demain ! Elle vise à répondre davantage aux besoins les plus urgents de la population française d'aujourd'hui, car nous avons pris un important retard dans ce domaine vis-à-vis d'autres pays voisins.

Dans les relations à l'intérieur des services hospitaliers, le but à atteindre est une véritable personnalisation de la médecine hospitalière. On ne connaît souvent pas davantage le nom des malades que ceux-ci ne connaissent,

3. « Réforme hospitalière ? », *Présences* (113), 4^e trim. 1970, pp. 71-76.

d'ailleurs, le nom des médecins qui les soignent ! L'anonymat de l'hôpital apparaît, de plus en plus, comme une des principales erreurs psychologiques qui pèsent lourdement sur les rapports malades-hôpital. Ceci nous apparaît important dans le contexte culturel d'aujourd'hui.

Cette loi porte sur quatre propositions principales :

1. Il s'agit d'abord de redéfinir *le rôle de l'hôpital*. S'il devient de plus en plus le lieu d'utilisation des techniques de pointe, il devra être doté d'un personnel suffisamment nombreux et disponible, qualifié et efficace.

2. Il faut rétablir de *nouveaux liens entre la médecine hospitalière et la médecine praticienne*, en particulier grâce à l'enseignement post-universitaire. Dans les décades qui viennent, l'exercice de la médecine de groupe devra sans doute être généralisé car, à échéance, elle apparaît la seule qui permette d'organiser rationnellement les activités professionnelles des médecins avec confrontation régulière de quelques praticiens à propos des cas difficiles.

3. *La gestion des hôpitaux* réclame également des changements dans la composition des conseils d'administration des établissements. Ne faut-il pas que toutes les catégories du personnel médical et non médical puissent y donner véritablement leur avis, en ce qui concerne leur rôle spécifique dans la marche de l'hôpital ? Ces nouveaux réseaux de communication ne sont-ils pas nécessaires à la gestion de toute entreprise ?

4. *La carte sanitaire de la France*. Le secteur professionnel regroupait en 1970 quelque 700 000 personnes actives et tenait le 4^e rang des activités économiques du pays après la métallurgie, le bâtiment et les travaux publics et, enfin, les commerces non alimentaires. Il semble important d'envisager une centralisation de toutes les données comptables des établissements hospitaliers afin de connaître exactement leur chiffre d'affaires, les dépenses du personnel, les charges sociales et fiscales, les amortissements immobiliers. De même, en tenant compte des comportements traditionnels des populations face aux équipements déjà réalisés, ne convient-il pas de mesurer avec précision les nouveaux besoins sanitaires ?

Ainsi, devant l'évolution socio-culturelle de notre société de consommation et d'abondance, les problèmes de santé, au plan hospitalier, requièrent l'attention soutenue des aménageurs du territoire, des économistes, des urbanistes et surtout des hommes politiques, agents finalement déterminants de toute planification, comme le rappelle Francis Montès dans l'article cité plus haut.

Rapports entre l'hôpital et la société

A côté des problèmes de renouvellement et de modernisation de l'équipement hospitalier, à côté des problèmes de statuts des médecins hospitaliers à temps plein et à temps partiel, il s'agit également d'approfondir les rapports de l'hôpital et de la société, c'est-à-dire, en fait, de l'hôpital et de la Sécurité sociale. Par exemple faut-il que l'enseignement et la recherche continuent de peser lourdement, au plan financier, sur la gestion d'un C.H.U. qui établit, en conséquence, un prix de journée élevé ? Dans ce cas, y a-t-il véritablement les conditions d'une concurrence loyale avec l'hospitalisation privée ?

Comment ne pas remarquer à la fin de ce paragraphe sur le thème action sociale et action politique dans le monde de la santé, que, dans la loi portant réforme hospitalière comme dans le décret sur l'humanisation des hôpitaux, il n'est pas question des hôpitaux psychiatriques ni des hospices de personnes âgées. Or 25 % des hospitalisés sont des malades mentaux et 40 % sont des vieillards en établissements de gériatrie, en hospices ou dans les services de médecine, hospitalisés comme chroniques !

Au sujet des efforts d'humanisation, comment ne pas insister sur l'amélioration des rapports entre le service public et l'usager ? Mais cela ne peut être dissocié de la politique hospitalière dans son ensemble, ni du fait que 30 % des malades des hôpitaux publics sont encore en salle commune ! D'autre part, un meilleur accueil aux malades est inévitablement lié au recrutement et à la formation de tout le personnel, agents hospitaliers et agents du service général. Très importante sur le plan pratique, nous apparaît l'institutionnalisation des comités paritaires techniques qui ont un rôle consultatif sur le fonctionnement de l'établissement et sont tournés vers l'amélioration des communications entre les membres du personnel et entre les malades et le personnel. D'ailleurs, chemin faisant, nous avons été frappé par l'importance des communications, en

même temps que de leur difficulté, dans cet univers hospitalier. Mais tout handicap n'est-il pas déjà, d'une façon ou d'une autre, pathologie de la communication ?

III. DIVERSITÉ DES ATTITUDES CULTURELLES À L'ÉGARD DE LA DOULEUR ET CONCEPT DE SANTÉ

I. Culture et douleur

Nous nous inspirerons ici largement d'un texte qu'un sociologue américain, Marc Zborowski⁴, a consacré à la découverte du rôle des modèles culturels dans les attitudes et les réactions à l'égard de la douleur, provoquée par la maladie ou les blessures.

En effet, tout processus biologique vital dans l'espèce humaine peut acquérir un sens socio-culturel. Ainsi, dit l'auteur de l'article cité, « ce sont la culture et la société qui commandent à l'être humain le type de nourriture qu'il peut manger ou le partenaire avec lequel il peut avoir des rapports sexuels ». Nous retrouvons d'ailleurs le même phénomène inversé dans la loi de l'abstinence ou du célibat, dans une optique religieuse.

Il peut donc y avoir une réelle influence de modèles socio-culturels sur le comportement de l'homme, par exemple au plan physiologique, sur les réactions à la douleur à partir de certains états affectifs associés. Ainsi, certaines sociétés primitives tolèrent une très forte douleur au cours des rites d'initiation. « La société dans laquelle l'homme se trouve devient le facteur qui conditionne la formation des types de réaction individuelle à la douleur. Il est extrêmement important de connaître les attitudes du groupe à l'égard de la douleur pour comprendre la réaction de l'individu⁵. »

L'automutilation peut avoir une raison culturellement définie, comme jadis dans certaines organisations étudiantes

4. M. ZBOROWSKI, « Cultural components in attitudes toward pain ». *Journal social Issues (New York)* 8, 1952, pp. 16-30. Traduction française de F. STEULER, in : *Sociologie médicale*, Paris : A. Colin, 1972, pp. 121-143.

5. J.-D. HARDY, M. G. WOLFF et H. GODELL, *Pain sensations and reactions*, Baltimore : Editeur Williams et Vikings company, 1952.

de militaires, en Allemagne, où des cicatrices au visage signalaient l'appartenance à tel groupe social particulier. Parfois, l'acceptation de la douleur est la conséquence d'une expérience elle-même acceptée, par exemple dans un traitement médical ou une intervention chirurgicale.

Des comportements différents, comme réactions à certains types de douleurs, peuvent être dictés par la variété des cultures et la personnalité du patient, comme en témoignent de nombreux faits à l'hôpital. Les soignants peuvent avoir, en effet, des attitudes différentes de celles du malade. Ici, le rôle de l'entourage familial influence la réponse finale de l'individu à la douleur. Or souvent, les attitudes et comportements encouragés dans une famille entrent en conflit avec les modèles culturels acceptés par l'environnement social.

L'auteur de l'étude précitée pense qu'en dehors des groupes d'origine des malades interviewés ou groupes ethno-culturels (juifs, italiens, irlandais et américains de vieille souche), on pourrait également chercher des différences d'attitudes selon le sexe et l'âge et préciser le rôle des croyances religieuses vis-à-vis de la douleur.

L'anxiété, en face de la douleur, est un état provoqué par la douleur elle-même, où l'attention porte sur les divers aspects des causes du mal, sur son sens, sa signification pour le bien-être total de la personne. Nous dépassons le plan physiologique, pour atteindre le domaine de la valeur et de l'effort moral.

2. Culture et santé

D'autre part, le concept de santé est-il, quant à lui, univoque ? Déjà, Valabrega⁶ affirmait, il y a une dizaine d'années, qu'il faudrait mieux parler des santés dans diverses acceptions. N'est-ce pas d'ailleurs ce que confirme la représentation sociale de ce concept ?

Au plan de l'être, d'une façon quasi indépendante de la personne, il existe une sorte d'état de fait, relativement neutre : c'est la *santé-*vide**. Elle est caractérisée seulement par une absence de maladie, une absence de conscience du

6. J.-P. VALABREGA, *La relation thérapeutique. Malade et médecin*, Paris : Flammarion (coll. « Nouvelle bibliothèque scientifique »), 1962, 276 p.

corps et de son fonctionnement. Il s'agit avant tout de « ne pas être malade ».

Au plan de l'avoir, une autre expression « fond de santé » peut désigner une sorte de « capital-santé » qui est une caractéristique de la personne bien que cette notation soit seulement médiate, avec d'ailleurs une signification spécifique. Cette expression « fond de santé » indique robustesse et force et, par le fait même, solide résistance aux maladies.

Enfin, au plan du faire, la *santé-équilibre* apparaît comme un concept normatif. Il s'agit bien d'un idéal plus que l'un état fréquent, selon l'expression de Canguilhem⁷. C'est une sorte de capacité d'équilibrer sa vie dans tous les sens du terme, c'est également une clé qui ouvre le domaine de la santé. En effet, il s'agit, tout à la fois, d'un bien-être physique et psycho-social. Il suppose une sorte d'infatigabilité, d'efficacité dans l'action et une réelle qualité de relations avec autrui.

Cet équilibre se confond souvent d'ailleurs avec la liberté de l'individu : « Faire ce que l'on veut faire, vivre comme on veut vivre, c'est-à-dire être complètement libre ! » De l'absence de maladie, comme dans la notion de santé-vide, grâce à un nouveau mode de relation de la personne avec le milieu ambiant, nous passons à l'équilibre de l'être total, bref à la véritable santé.

IV. ÉLÉMENTS SOCIO-CULTURELS DE LA MALADIE⁸

1. Comment les maladies se répartissent dans la population

Alors que les problèmes de nutrition liés au manque d'hygiène et aux mauvaises conditions de vie donnent naissance à beaucoup de maladies dans ces sociétés dites « tra-

7. Cf. G. CANGUILHEM, *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, Thèse méd. Strasbourg, 1943 (1^{re} éd. Clermont-Ferrand : La Montagne, 1943), 2^e éd., Paris : Les belles lettres, 1950.

8. Ce paragraphe est inspiré des textes sociologiques divers, rassemblés sous le titre « Maladie, culture et société » par F. STENDLER dans son livre : *Sociologie médicale*, Paris : A. Colin, 1972. Ces textes sont dus à Canguilhem, Foucault et Pressat, ainsi qu'à Parsons et R. Fox.

ditionnelles ou primitives », les maladies de cœur, les maladies mentales, les cancers et les accidents divers forment le lot des sociétés développées qui, par ailleurs, suscitent l'apparition d'affections nouvelles : maladies professionnelles, méfaits de la pollution, alcoolisme et tabagisme⁹.

Par contre, le recul de la morbidité par rapport à des affections jadis courantes, s'explique par les progrès de la médecine, le recours systématique à la vaccination et la politique de dépistage.

Les auteurs déjà cités nous rappellent que pendant la décennie 1960-1970, les hommes en France avaient en moyenne une espérance de vie de 67 ans et les femmes de 74 ans. Ils font remarquer, par ailleurs, que la consommation des soins est de 3 à 5 fois plus élevée aux âges extrêmes de la vie (petite enfance, 3^e et 4^e âge).

On sait aussi que la consommation des soins est plus importante chez la femme, en particulier de 15 à 45 ans, du fait du grand nombre d'affections gynécologiques qui tiennent en partie, d'ailleurs, à des facteurs psychologiques (statut de la femme dans la société, type d'activité professionnelle qui lui est réservée, rôle familial, modèles de comportement de la mère, attitudes à l'égard de la maladie). On constate chez elles plus de maladies digestives, cardiovasculaires et psychiques et, chez les hommes, plus de broncho-pneumonies chroniques, de cardiopathies graves, de traumatismes divers et de maladies aiguës saisonnières.

Les inégalités des diverses maladies éclatent surtout au niveau des classes sociales (même après la généralisation de la Sécurité sociale) par rapport à la place dans la production, à une conscience collective d'appartenance sociale, à des modèles de conduite, à des attitudes et à des valeurs communes.

On constate une inégalité flagrante, quant à l'âge moyen de la mort, puisqu'il y a 732 instituteurs, 719 professions libérales et cadres supérieurs sur 1 000 personnes à l'âge de 70 ans, tandis qu'il ne reste plus au même âge que 565 ouvriers agricoles et 498 manœuvres !

En même temps, d'autres variables modifient l'inégalité économique : le niveau culturel, le genre de vie et le mode de protection sociale.

L'inégalité sociale se retrouve au niveau de la consom-

9. Cf. C. MICHEL, « La consommation médicale des français », *La documentation française (Paris)*, avr. 1969, p. 13 sq.

mation médicale : ainsi la participation des travailleurs est proportionnellement plus forte au financement de la Sécurité sociale, en raison du plafond de ressources en dessous duquel on calcule les diverses cotisations. Cette même inégalité se retrouve dans l'utilisation des services de santé.

La consommation des soins est plus forte dans les familles restreintes, dans les milieux urbanisés, comme l'est d'ailleurs la fréquentation hospitalière¹⁰. D'autre part, les classes sociales n'ont pas la même perception de la maladie. Ainsi, une mère de famille ouvrière, ou un père de famille nombreuse diront volontiers qu'ils n'ont pas le temps d'être malades.

Enfin, de nombreuses études de sociologie psychiatrique aux U.S.A. ont cherché à mesurer l'incidence et la prévalence des maladies mentales selon le type de communauté dans les villes et les campagnes, selon les classes sociales, la mobilité sociale, la religion, l'ethnie et la structure familiale¹¹.

2. Classe sociale et traitement psychiatrique

Il y a un certain rapport entre diverses affections psychiatriques et l'appartenance sociale des malades¹². De même, on peut remarquer une relation frappante entre quelques traitements psychiatriques et la classe sociale, à la fois par rapport aux institutions de soins et par rapport à la thérapeutique pratiquée.

Les lieux de traitement entraînent des proportions différentes des grandes classifications psychiatriques. Ainsi les cabinets privés des psychiatres pour les malade « en ville » ont une forte proportion de névroses (63,6 %), tandis qu'ils concernent peu de psychotiques (5,4 %). Dans les cliniques psychiatriques privées, aux U.S.A., la proportion est à peu

10. Cf. « Recherche sur les besoins de santé d'une population », *Bulletin de l'Institut National de la santé et de la recherche médicale* (3), mai-juin, 1969 ; *Revue de la Sécurité sociale* (5), sept.-oct. 1969.

11. A. B. HOLLINGSHEAD et R. C. REDLICH, *A community study social class and mental illness*, New York : Ed. John Wilney, 1958.

12. Cf. A. B. HOLLINGSHEAD et F. C. REDLICH, *The treatment process in social class mental illness*, New York : Ed. John Wilney, 1958. Texte cité par Cl. HERZLICH dans son livre : *Médecine, maladie et société*, Paris/La Haye : Mouton (coll. « Textes sociologiques » publiés sous la direction des Hautes-Etudes, VI^e section), 1970, 318 p.

près identique dans les deux cas (2 %). Si les hôpitaux psychiatriques publics ne soignent que 9,8 % des névroses, par contre ils reçoivent 84,2 % des psychotiques en traitement. Enfin les dispensaires d'hygiène mentale ne signalent que 1,6 % de névroses pour 5,1 % de psychoses.

D'autre part, la prescription psychiatrique dépend de multiples facteurs depuis le diagnostic et le pronostic jusqu'au temps disponible du psychiatre et aux possibilités financières du malade, du moins pour les traitements psychanalytiques. Bref, là encore, cela dépend de l'appartenance sociale du patient.

Dans la classe supérieure I, aucun malade n'est soigné en dispensaire ou dans un hôpital d'Etat. On est soigné soit en cabinet privé soit en clinique psychiatrique. La proportion de traitement de psychothérapie analytique ou de psychanalyse est importante, surtout pour les névroses comme dans la classe suivante.

Dans la classe II, 91 % sont encore soignés en cabinet ou en clinique privés ; 7 % sont en dispensaire et 2 % en hôpital d'Etat.

Dans la classe III, 26 % sont suivis au dispensaire et 6 % en hôpital public.

Dans la classe IV, nous notons 12 % en hôpital d'Etat.

Dans la classe V, la plus modeste, 52 % sont au dispensaire, 24 % à l'hôpital public, 20 % sont soignés en ville, 4 % en clinique privée.

Au fur et à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale, on passe à la psychothérapie de groupe et aux thérapeutiques physiques et organiques.

3. Rôle de la médecine pour institutionnaliser le traitement de la maladie.

La maladie apparaît surtout comme un état de déséquilibre tant au plan biologique et somatique qu'au plan psychologique et social. La maladie, d'ailleurs, nous enlève souvent nos responsabilités habituelles en nous privant de nos activités ordinaires.

Certaines affections, comme les maladies mentales ou les anomalies somatiques, au plan congénital, inquiètent la société au point qu'elle est amenée à les cacher, à opérer une véritable ségrégation des handicapés. Or, dans nos sociétés, c'est la médecine qui, seule, légitime les actes

d'un malade, selon l'expression de Parsons¹³ : c'est elle qui donne au malade un rôle social officiel et institutionnalisé. D'ailleurs, le rôle du médecin est tout autant social que scientifique, lorsqu'il prescrit un arrêt de travail ou qu'il prend une mesure d'internement.

En fait, il semble que les caractéristiques de la profession médicale, — qui tient à se distinguer nettement des professions para-médicales, — s'expliquent plus par un rôle social et économique que par une dynamique spécifique.

4. La maladie n'est pas seulement un écart individuel mais une déviance sociale.

Ainsi, certaines maladies peuvent être perçues comme déshonorantes ou même honteuses, comme l'alcoolisme ou la syphilis, tandis que d'autres sont parfois valorisées selon les causes qui les ont provoquées, par exemple par suite de faits de guerre ou de résistance à l'occupant.

Le mode de vie lui-même est considéré comme facilitant l'agression des agents pathogènes : « Réciproquement, par la santé et par la maladie s'établissent, s'actualisent divers rapports, divers ajustements de l'individu à la société¹⁴. »

Ainsi, dès l'installation dans la maladie, le comportement prend une certaine allure de déviance sociale par l'abandon des responsabilités ordinaires. La maladie, comme telle, se présente comme indésirable et, selon la remarque de Parsons dans l'ouvrage cité plus haut, le malade doit souhaiter « aller mieux ». D'ailleurs, son irresponsabilité habituelle par rapport à sa maladie est de date récente dans l'opinion publique et n'est pratiquement admise que dans les sociétés occidentales.

Donc, le système en institutionnalisant la maladie essaie de maintenir tant bien que mal un équilibre instable, menacé constamment par toutes sortes d'agressions.

13. T. PARSONS, *Eléments pour une sociologie de l'action*, introd. et trad. de l'américain de F. Bourricaud, Paris : Plon (coll. « Recherches en sciences humaines », 6), 1955, 355 p.

14. Cl. HERZLICH, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris/La Haye : Mouton, 1969, p. 113.

V. MODÈLES DE COMPORTEMENT DANS LA MALADIE PHÉNOMÈNE BIOLOGIQUE ET SOCIAL

Des attitudes collectives

La maladie provoque des attitudes et des réactions collectives car elle n'est pas simplement un fait personnel, d'ordre physiologique. Au plan social, elle crée elle-même des fonctions, des significations et des techniques qui permettent aux membres d'un groupe de même culture d'identifier divers types de maladies et de troubles, d'agir en conséquence et de recourir à un ensemble de connaissances pour faire face à cet état de maladie, selon les niveaux culturels. En effet, les notions de santé et de maladie ne se définissent, en fait, que par des critères de comportement social, ce qui est d'ailleurs caractéristique de la représentation qu'on s'en fait.

Ainsi, ce qui est reconnu comme maladie est donc, d'une certaine façon, affaire de convention culturelle. Quant à la conduite appropriée aux diverses manifestations morbides, les ethnologues nous ont montré que cette réaction peut aller de la confiance aveugle en la sorcellerie ou en la magie jusqu'à la complète acceptation et l'entière passivité vis-à-vis des méthodes scientifiques les plus récentes de diagnostic ou de thérapeutique. On peut remarquer d'ailleurs que, très souvent, l'adoption d'un nouveau système n'exige pas nécessairement l'abandon de l'ancien.

Il en découle une information, des attitudes et des réactions à la maladie, très différentes selon l'appartenance à tel ou tel groupe social, par ethnie ou par catégorie socio-professionnelle. C'est ainsi que les auteurs déjà cités remarquent à partir des visites médicales au dispensaire et des consultations externes des hôpitaux, ou de la médecine du travail, un certain scepticisme des travailleurs manuels envers les systèmes de soins et surtout vis-à-vis de la médecine préventive. Les mêmes personnes enquêtées aimeraient percevoir davantage l'intérêt du médecin pour le bien-être du malade, alors que l'information de l'un à l'autre est souvent presque nulle.

Par contre, dans la même tranche de population, les enquêtes sociologiques américaines insistent, vis-à-vis du

rôle de malade, sur l'acceptation de ce rôle pour garder le lit et sur la dépendance des intéressés vis-à-vis des soignants. En effet, ces personnes simples ont conscience de la nécessité de l'aide d'autrui pour qu'elles puissent dépasser leur handicap actuel.

« Tout se passe, en effet, comme si la société déterminait la part et le type de maladie qu'elle souhaite reconnaître et désignait ainsi à ses membres les cas où ils peuvent vraiment se déclarer malades », dit Roseblatt¹⁵. Un sociologue du nom de Field a fait des recherches fort intéressantes, il y a quelques années, sur le rôle social du médecin en Union soviétique, particulièrement vis-à-vis des malades mentaux.

L'attitude thérapeutique

L'attitude thérapeutique, en effet, est le corollaire immédiat de la reconnaissance d'une maladie. Or les auteurs des enquêtes, évoqués plus haut, nous montrent que cette « étiquette » de malade mental, en particulier, dépend d'idéologies sociales dominantes ainsi que de la regrettable confusion, relativement fréquente, entre les notions médicales, morales et légales ! C'est ainsi que certaines maladies étaient naguère encore considérées comme péchés, comme en témoigne par exemple l'Évangile. Aujourd'hui, de plus en plus, l'attitude thérapeutique et éducative tend à remplacer l'attitude primitive mais sont-elles, pour autant, absolument distinctes l'une de l'autre¹⁶ ?

D'autre part, la maladie s'identifie socialement à la maladie traitée comme d'ailleurs, sur un autre plan, la délinquance juvénile s'identifie souvent au jugement du tribunal des mineurs et aux mesures de placement éducatif qui en découlent¹⁷. C'est pourquoi les institutions sociales de rééducation comme les institutions sanitaires ont une

15. Cf. Cl. HERZLICH, *Médecine, maladie et société*, Paris/La Haye : Mouton (coll. « Textes sociologiques » publiés sous la direction des Hautes-Études, VI^e section), 1970, 318 p. En particulier, voir les textes de D. ROSEMBLATT et de E. A. SUCHMAN, « Informations et attitudes des travailleurs manuels envers la santé et la maladie », *Ibid.*, p. 49 sq.

16. Cf. Dr R. A. LAMBOURNE, *Le Christ et la santé. La mission de l'Église pour la guérison et le salut des hommes*, trad. de l'anglais par C. Strohl, Paris : Le Centurion/Genève : Labor et Fides, 1972, 250 p.

17. P. JACOB, *Le devenir social d'une cohorte jeune de schizophrènes et de délinquants stabilisés (à partir d'une enquête dans la région du Nord)*, thèse de sociologie, Toulouse : Privat, 1973, sous presse. [Souscription : 30,00 F chez l'éditeur.] Ce travail a permis à l'auteur de recevoir le prix de thèse 1972 de la Ligue Française d'Hygiène mentale, au cours des dernières journées nationales de Santé Mentale.

telle importance, surtout dans le domaine psychiatrique, et qu'elles soulèvent le problème corollaire de la tolérance de l'environnement social aux déviances.

Nous avons déjà signalé plus haut que le système de soins, en particulier en psychiatrie, reproduisait aux États-Unis et ailleurs le système de classe de la société globale, comme l'a souligné Luc Boltanski dans son ouvrage *Prime éducation et morale de classe*.

Enfin, comment ne pas signaler parallèlement que l'état du malade mental est lié au fonctionnement de l'institution ? Améliorer celui-ci peut contribuer à guérir le patient. Inversement, les heurts et les difficultés entre les membres du personnel peuvent parfois influencer directement sur le comportement pathologique. Pour Erving Goffmann qui a donné à son livre célèbre, comme sous-titre, « étude sur la condition sociale des malades mentaux », les comportements de ceux-ci sont la plupart du temps des essais d'ajustement à l'institution totalitaire de l'asile¹⁸.

VI. CONCLUSIONS

Au terme de cette étude, où nous avons utilisé largement les enquêtes et les réflexions des spécialistes américains et français dans ce domaine récent de la sociologie de la santé, nous pouvons nous demander si nous avons suffisamment répondu à l'attente des lecteurs. Il s'agissait essentiellement d'évoquer quelques aspects d'une conjoncture socio-culturelle qui relativisent fortement les concepts usuels de santé, de maladie, de médecine et de guérison. Avant d'aborder les problèmes théologiques et liturgiques qui ont trait aux sacrements des malades dans des perspectives nouvelles, n'était-il pas nécessaire de s'arrêter au seuil du sacré pour saisir les valeurs culturelles en cause dans leur dynamisme et leur évolution constante ?

Pastorale et sciences humaines

Dans la tâche d'évangélisation, ne manque-t-on pas souvent d'un travail préalable de l'ethnologue ou de l'anthropologue pour saisir les traditions particulières du groupe

18. E. GOFFMAN, *Asiles*, New York 1961, trad. de l'américain, Paris : Ed. de Minuit, 1969.

social et la diversité des réactions selon les catégories de personnes concernées¹⁹. Une pastorale concrète des relations humaines, appliquée au monde des malades et à leur environnement social, veut embrasser de façon synthétique la totalité de l'humain. Et cela paraît d'autant plus nécessaire dans le fait de la maladie durable qu'elle affecte rapidement l'homme dans toutes ses dimensions et qu'elle comporte de multiples répercussions sociales, dans l'ordre familial comme dans l'ordre professionnel.

Nous sommes aujourd'hui, plus que jamais, dans un monde pluraliste où diverses espèces de discours sur l'homme coexistent inévitablement, surtout lorsqu'il s'agit d'affronter les thèmes fondamentaux de la vie, du bonheur, de la souffrance et de la mort. Aucun savoir humain ne peut prétendre englober tous les autres.

Or, une des difficultés majeures du dialogue entre la pastorale et les sciences humaines telles qu'elles se développent aujourd'hui, réside sans doute dans le concept scolastique de « nature humaine ». Pour le psychologue comme pour le sociologue, la culture n'est-elle pas une manière de vivre et donc, en quelque sorte, d'assimiler progressivement la nature ? Après Marcel Mauss, qui avait étudié les diverses manières de mourir et le cérémonial de la mort dans les différentes cultures, Michel Foucault nous montre les diverses manières culturelles de se sentir malade et d'être malade.

Cependant, l'homme d'Eglise, le pasteur est en général, de part sa formation et ses motivations, plus prêt à affronter les séries de cas individuels que de percevoir des réactions d'ensemble. Mais le malade, comme le soignant, n'a pas seulement un passé individuel, une famille ; il participe aussi à une culture déterminée ou même à une sous-culture de classe sociale. Selon l'expression de Marcel Mauss, le concept de malade comme le concept d'hôpital désignent des *faits sociaux totaux*.

Comme le disait François Houtart : « En pastorale faire abstraction, aujourd'hui, des connaissances de psychologie sociale et de sociologie ; dans leurs divers domaines, c'est sans doute s'enfermer délibérément dans un monde artificiel²⁰. »

19. Cf. Dr M. BALINT, *Le médecin, son malade et la maladie*, trad. de l'anglais par J.-P. Valabrega, nouv. éd. rev. et augm., Paris : Payot (coll. « Petite bibliothèque »), 1966, 422 p.

20. F. HOUTART, *Sociologie et pastorale*, Paris : Ed. de Fleurus, 1963, p. 18.

Pour une adaptation de l'action pastorale

L'anthropologie actuelle nous montre que la maladie constitue une sorte de rupture du pacte social. Le malade n'est donc plus garanti par les règles « normales » de la communauté, ce qui constitue une cause d'angoisse et ce qui détermine des tabous particuliers²¹. C'est pourquoi on a parfois présenté, fort succinctement, la « logique instinctive » des malades de cette façon :

Maladie → sentiment d'insécurité → auto-culpabilisation → création de tabous → recours à la magie ou à la religion.

Au-delà de ces simplifications souvent abusives, toute conduite religieuse possède des composantes inconscientes, plus ou moins sujettes à des déviations morbides, qu'il faut intégrer avec lucidité au reste de la personnalité profonde.

Il s'agit aujourd'hui pour l'Eglise dans le monde des malades et des soignants « d'ajuster son regard, de réviser son jugement et d'adapter son action », selon une formule qui résume bien la visée d'une pastorale de la santé postconciliaire à laquelle nous essayons de travailler. S'il est un domaine que l'Eglise doit absolument privilégier dans sa pastorale des malades, tant hospitalisés qu'à domicile, c'est sans doute le service désintéressé du malade pauvre, complètement isolé dans l'univers restreint de sa maladie. Souvent, il n'a pratiquement plus de contact avec l'extérieur en dehors des soignants qui l'auscultent périodiquement et qui lui procurent les soins nécessaires. C'est donc bien le pauvre parmi les pauvres. Or, quelle priorité lui accorde-t-on ?

Bref, il s'agit pour les chrétiens, les religieuses et les prêtres, de mieux connaître les malades tels qu'ils sont et de savoir quelle gamme de réactions on est en droit d'attendre d'eux logiquement ; quels secours ils attendent éventuellement de leurs frères dans la foi ou, du moins, pour une authentique recherche religieuse²².

Pierre JACOB

21. Cf. R. BASTIDE, *Sociologie et psychanalyse*, Paris : P.U.F. (coll. « Bibliothèque de sociologie contemporaine »), 1950, 290 p. ; J. CAZENEUVE, *les Rites et la condition humaine d'après les documents ethnographiques*, Paris : P.U.F., 1958, 500 p. ; *Id.*, *Sociologie du rite*, Paris : P.U.F. (coll. Sup.), 1971.

22. Cf. H. LEPARGNEUR, « Sciences humaines et pastorale des malades », dans : « Santé et sciences humaines », *Présences* (118), 1^{er} trim. 1972, pp. 51-56. (69, rue Danton - 91210 DRAVEIL.)