Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie = Swiss journal of sociology

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 4 (1978)

Heft: 2

Artikel: La médecine : essai de construction d'objet

Autor: Fischer, Werner

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-814286

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 11.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Schweiz.Z.Soziol./Rev.suisse Sociol., No 2/78, p.3-31

LA MEDECINE: ESSAI DE CONSTRUCTION D'OBJET

Werner Fischer

RESUME

La tentative de construire l'objet spécifique de la sociologie de la médecine est organisée en trois étapes. La première partie est consacrée à l'étude des changements récents des conditions et des cadres théoriques de l'exercice de l'activité médicale, comparés à la délimitation et aux dimensions que la sociologie de la médecine privilégie. Il est montré que la sociologie, plutôt que de constituer une approche autonome, s'inscrit le plus souvent directement aux intérêts et aux contradictions du champ médical.

Le cadre conceptuel élaboré est ensuite développé et explicité au moyen de l'analyse des conditions objectives de la production des biens matériels et symboliques (structure et moyens de production, biens produits et leurs fonctions dans la société).

Cette approche est poursuivie dans l'étude des pratiques médicales et des maladies définies comme faits sociaux. Elle permet enfin de redéfinir la notion du mandat thérapeutique en tant que mandat social transmuté dans la logique de l'autonomie relative du champ médical dans le système social.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Versuch, den spezifischen Gegenstand der Medizinsoziologie zu konstruieren, wird in drei Etappen unternommen. Der erste Teil ist dem Studium neuerer Aenderungen der konkreten Bedingungen und des theoretischen Rahmens der medizinischen Tätigkeit gewidmet. Zum Vergleich sind die von der Medizinsoziologie gemachten Abgrenzungen und ihre typischen Forschungsfelder herausgearbeitet. Es kann somit gezeigt werden, dass sich die Soziologie den Interessen und Widersprüchen des medizinischen Systems meist direkt unterordnet und kaum eine autonome Stellung einnimmt.

Der ausgearbeitete Bezugsrahmen wird nachher weiter entwickelt in der Analyse der objektiven Produktionsbedingungen materieller und symbolischer Güter in der Medizin (Struktur, Produktionsmittel, hergestellte Güter und ihre Funktionen in der Gesellschaft).

Danach werden die medizinischen Praktiken und die Krankheiten, als soziale Gegebenheiten betrachtet, vom gleichen Angehen aus untersucht. Dies ermöglicht es, den Begriff des therapeutischen Mandates - im Sinne eines umgewandelten sozialen Mandates - neu zu definieren und zwar auf der Basis der relativen Autonomie oder Eigengesetzlichkeit der Medizin im Sozialsystem.

* * *

Tout écrit d'orientation théorique est entraîné dans un premier temps vers les questions préalables, presque inévitables, par rapport aux canons qui règlent les débats et les disputes du champ intellectuel. Ces interrogations sont d'ordre épistémologique et soulèvent le problème de la position du sociologue face au domaine qu'il étudie.

Sans vouloir, en aucune façon, minimiser l'intérêt et la pertinence de ces questions, on ne peut - il me semble - les aborder "in abstracto". Cela d'autant moins dans le domaine qui nous concerne, la médecine, parce que probablement nul autre terrain n'induit davantage les faux-semblants de la discussion épistémologique, les implications pour le sociologue favorisant grandement la possibilité de perversions des rapports: soit on prend prétexte de la position dominée du sociologue et on mobilise le schéma implicite d'une théorie du ressentiment ou de la revanche; soit on recourt aux produits vulgarisés de la psychanalyse dont on tire des explications qui ont acquis, même en milieu sociologique, la force des raisons ultimes.

C'est pour cet ensemble de motifs que la démarche adoptée ici vise d'abord à interroger quelques produits légitimes de la sociologie de la médecine afin de pouvoir dégager, de ces pratiques codifiées, les postulats, modèles, concepts implicites à l'oeuvre. Plus qu'un état de faits, cette première série de constatations doit rendre attentif aux risques et pièges des emprunts inconscients à l'objet de notre discipline et aux ruptures nécessaires avec les préconstructions qu'il nous fournit ou impose.

Après la définition de l'objet et de son champ, nous indiquerons quelques lignes de construction conceptuelle ainsi que des ébauches d'analyse de matériaux empiriques.

L'objectif constant sera de prouver que la médecine a pour seules spécificités sa position stratégique comme système particulier, et ses fonctions par rapport aux enjeux du système social, à savoir la production, la gestion et la réparation du patrimoine biologique et mental ajusté aux divers usages sociaux. L'analyse sociologique de cet objet rejoint ainsi les problématiques de la sociologie en général.

1. RAPPORTS DE FORCE ET DEGRES DE LEGITIMITE DES POINTS DE VUE

Parce que les manuels de sociologie de la médecine (1) rédigés par les ténors de ce domaine, livrent à des moments donnés non seulement l'état du savoir sociologique, mais aussi la bonne manière et la façon légitime de définir notre approche, ils constituent la référence la plus sûre pour l'analyse des relations entre médecine et sociologie et de la position théorique et pratique de cette dernière par rapport au champ médical.

Ainsi J. Siegrist définit la "sociologie médicale par l'application de concepts, hypothèses et méthodes sociologiques pour l'étude de problèmes de la pratique et du savoir médical et pour l'analyse des situations du système de santé et des groupes visés (les patients)" (2). Le commentaire de cette définition serait un exercice de style. Il est plus intéressant de relever que l'auteur, en référence à Kendall et Merton, précise l'objet de la sociologie médicale en énumérant "les contributions scientifiques et autonomes de la sociologie dans les domaines suivants de la médecine :

- l'étude des processus thérapeutiques et de réhabilitation.
- l'étude des institutions médicales et leurs intrications avec d'autres instances économiques et sociales.
- l'étude de la formation des médecins et d'autres soignants.
- l'étude interdisciplinaire de la genèse et de la diffusion de maladies" (3).

Ce découpage de la sociologie de la médecine est à la base de pratiquement tous les manuels dont le plan s'ordonne

selon ces dimensions. Ce schéma organisateur régit aussi les travaux empiriques qui, souvent explicitement, sont rangés par les auteurs dans l'une des parties mentionnées. Cet état de faits et la vision qui s'est progressivement imposée en sociologie de la médecine appellent un certain nombre de remarques quant au type de sociologie à l'oeuvre et quant à la position des sociologues par rapport au système médical.

1.1. La subordination de la sociologie aux intérêts du système médical

La définition de la sociologie comme "l'étude des problèmes de la pratique et du savoir médical" situe d'emblée notre discipline parmi les contributions qui, se prétendant autonomes, risquent fort de glisser dans le statut de dépendance où se trouvent les recherches de développement opposées à la recherche fondamentale. Faut-il préciser qu'il s'agit dès lors de développement de la médecine et non plus d'un savoir et d'une pratique sociologiques? En effet, G.G. Reader, (4) dont les arguments s'appuient sur des faits apparemment incontestables, peut être cité comme exemple de ce glissement : "Dans le but de comprendre la nature de la contribution (sociologique) dans ce champ (médical), il est important de l'examiner du point de vue du praticien. Quel est le corps de savoirs propres à la pratique médicale ? Il peut être le mieux défini en termes des intérêts du professionnel de la santé". Seuls la prévention, le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies, étant considérés comme intéressant le professionnel, toute contribution à ce niveau est amenée à exclure d'emblée que ce professionnel puisse poursuivre dans sa pratique des intérêts économiques, sociaux ainsi que vouloir sauvegarder la position de la médecine en concurrence avec d'autres instances défendant pour elles-mêmes d'autres intérêts objectifs.

Dans cette logique, la sociologie a pour tâche de développer (au sens industriel du terme) "l'art de la pratique qui est en médecine une approche individuelle dans le but de trouver une solution à tout problème pratique et immédiat" (5).

En dernière analyse, la sociologie aurait ainsi pour fonction de fournir à la médecine un appoint dans les cas où la pratique rencontre des difficultés ou des obstacles, et de participer de cette manière à la mise à jour de la médecine, tant du point de vue de la légitimité de son approche, que de celui de son fonctionnement par rapport à des conditions modifiées dans le temps et dans l'espace.

1.2. La sociologie et les contradictions actuelles de la médecine

S'il est vrai que la sociologie occupe cette position et remplit cette fonction dans la plupart de ses travaux, elle doit son implantation en médecine à une constellation de données qui menacent la médecine dans l'exercice de sa pratique, ou plus précisément au fait que la médecine (ses institutions, sa pratique, son savoir, etc.) n'est plus adaptée aux conditions actuelles dans lesquelles elle a le mandat d'exercer.

En schématisant à grands traits l'évolution de la pensée médicale dominante, on peut dire que la subordination théorique de la médecine aux sciences dites exactes vers la fin du 18ème siècle a abouti à la définition de la maladie par la déviation d'un état physiologique par rapport à des normes et valeurs mesurables, censées représenter le fonctionnement ordré des processus fonctionnels intra- et interorganiques. Renforcée par les découvertes de la biologie cellulaire et microbienne du 19ème siècle, la théorie médicale s'est définitivement construite sur le modèle étiologique qui énonce que toute maladie a des causes (organiques) spécifiques, et toujours les mêmes, qui produisent des symptômes et syndromes identiques ou semblables.

Il serait trop long d'analyser tous les facteurs qui ont ébranlé ce modèle de représentation et de compréhension unitaire des pathologies organiques et mentales. Mais il est important de souligner qu'il ne s'agit pas simplement des conséquences du progrès du savoir médical. En effet, le spectre des maladies, matériel de la pratique et des connaissances médicales, s'est fortement modifié avec l'accroissement des affections chroniques, des troubles fonctionnels, ainsi que de ce qui est classé dans les "maladies de la civilisation", stress, alcoolisme, drogue, suicide.

L'extension du champ médical à ces nouvelles catégories a précisément récusé l'application du modèle étiologique au sens strict. La psychanalyse, la médecine psychosomatique, les études épidémiologiques et plus récemment la médecine sociale et préventive se sont constituées sur le refus du modèle unitaire et sur la prise en considération (dans leurs nouvelles compréhensions) de données psychologiques et sociales. Mais ces conceptions concurrentes ont davantage entraîné l'élargissement des fondements théoriques et pratiques de la médecine organique que leur rupture.

La diversification des institutions médicales et leur spécialisation entraînent l'expansion des professions soi-

gnantes et produisent l'émergence de savoirs concurrents, même s'ils sont dominés (infirmières, techniciens, sociothérapeutes, physiothérapeutes, diététiciens, etc.). En même temps que des questions de délimitation des disciplines et des compétences, se font jour des problèmes liés à l'organisation et à la gestion de grandes entités bureaucratiques (administration, organisation du travail, hiérarchies), à l'établissement de règles de la concurrence et de la coopération entre branches et professions, au recrutement, à la formation et aux carrières des agents du système et enfin à l'administration de soins à un nombre de plus en plus élevé de malades (productivité, rendement, efficacité...).

Enfin, la politique de la santé, aussi contradictoire et peu rationnelle qu'elle soit, introduit des questions nouvelles. En effet, les limites et le manque d'efficience de la médecine curative et réparatrice posent le problème de l'extension des processus thérapeutiques au-delà des rapports directs entre médecin et malade et soulèvent concrètement la problématique de la contrainte et des interventions bureaucratiques.

De plus est posé le problème des différences du point de vue des prestations de soins, entre régions, classes et groupes sociaux. Or, parce que la politique de la santé est basée sur des intérêts économiques, sociaux et politiques, les nouvelles catégories de malades qu'elle soumet à la médecine présentent le plus souvent une distance sociale et culturelle plus grande au système médical et révèlent les conditions inadéquates de l'exercice actuel de la médecine. C'est dans cette perspective qu'il faut chercher les raisons qui ont présidé à l'analyse sociologique de la relation médecin-malade, limitée aux aspects les plus généraux et les moins spécifiques de statut et de rôle.

Ce long détour pour repérer les lignes directrices récentes des enjeux dans le champ médical, permet d'articuler plus précisément les contradictions dans lesquelles la médecine s'inscrit : d'une part le modèle biologique et les effets iatrogéniques de ses réductions (maladie chronique, demande médicale marginale, contraintes exercées sur les patients), et d'autre part la pression de plus en plus forte d'autres déterminants, ou la reconnaissance d'autres influences, sur les maladies et leur traitement (facteurs sociaux, processus institutionnels de chronicisation, par exemple). Par ailleurs, l'expansion de la médecine n'a pas toujours été suivie par l'assignation d'un statut médical univoque à des faits considérés dès lors comme des troubles (toxicomanies, troubles psychiatriques, personnes âgées, troubles du développement pendant l'enfance ou l'adolescence, stress, déviances).

Or ces domaines dans lesquels la médecine est acculée à des conditions modifiées de son exercice, recouvrent exactement les dimensions et problématiques dont traite la sociologie de la médecine. Ses recherches sont en rapport direct avec les enjeux et les problèmes du champ médical, et non avec ceux de la sociologie. De toutes ces orientations, seules les études sur l'institution médicale et certains rares travaux sur les agents du système semblent échapper à cet état d'inféodation qu'impose la médecine à la sociologie et présenter une autonomie en dépassant les découpages que les sociologues empruntent à l'objet de leur étude (6). Est-il nécessaire d'ajouter que le champ de la médecine a si bien imposé son idéologie qu'aucun manuel ne contient une analyse de la structure économique du système de santé, comme si les bases matérielles n'avaient aucune incidence à quelque niveau que ce soit ? Enfin une dernière observation doit être faite : la problématique sociologique imprégnée des intérêts médicaux est presque exclusivement centrée sur les aspects les plus débattus en médecine et laisse de côté la pratique médicale la plus légitime et la plus fréquente, à savoir toutes les branches de la médecine somatique et mentale pour lesquelles la question des facteurs sociaux paraît même particulièrement déplacée (chirurgie, pratique générale ou d'interniste, psychosomatique, endocrinologie, onchologie, neurologie, psychanalyse ou psychothérapie).

Cela veut dire que la sociologie participe objectivement à l'aménagement des contradictions de la médecine, en reprenant les objets préconstruits que cette dernière lui fournit et impose, et en faisant alliance avec les branches dominées du système médical et cela au détriment d'une analyse propre du champ et de sa place dans le système social.

1.3. Les emprunts conceptuels comme alibis de la compréhension réciproque

Cette situation particulière de la sociologie est confirmée lorsqu'on examine ses contributions dans les chapitres consacrés aux "processus thérapeutiques et de réhabilitation" ainsi que dans "les études interdisciplinaires de la genèse et de l'évolution des maladies". N'est-il pas significatif que le terme "interdisciplinaire" est utilisé justement quand la sociologie prend pour objet des biens symboliques hautement marqués par la propriété médicale, à savoir la thérapie, la maladie, diagnostic et pronostic ? Aussi pourra-t-on objecter que, au moins dans le segment de la médecine que la sociologie prend pour objet, les praticiens chercheurs et thérapeutes ont élargi le modèle d'explication de l'étiologie et de l'évolution

des maladies en y intégrant des données sociales conceptualisées en termes de facteurs risques qui résident dans les familles, le milieu social, les événements biographiques tels que rupture de liens de tous ordres, placements institutionnels, échecs sur divers plans, etc. ...

Il serait trop long de montrer en détail que le discours sur les facteurs risques n'a fondamentalement ni modifié la conception de l'étiologie organique ou mentale des maladies, ni donné lieu à de nouvelles approches et technologies thérapeutiques. Un exemple peut illustrer notre propos : la psychopathie semble être un trouble psychique qui survient lorsque le sujet s'est trouvé dans des constellations du développement particulièrement défavorables, à la fois sur le plan familial, social, professionnel, etc. Différentes études montrent de plus des corrélations entre ces événements qui ont affecté le devenir individuel et social et l'existence de troubles psychopathiques. Il n'en reste pas moins que tous ces facteurs risques externes n'ont, de l'avis des praticiens, de pertinence que s'ils se matérialisent en données cliniques qui n'ont de signification que replacées dans l'individu ou dans la catégorie nosologique (7). La conception sous-jacente de la société et par conséquent des facteurs sociaux ressort bien de ces élaborations formelles. "Si un individu est considéré comme désadapté, le "type social" par rapport auquel il est mal ajusté n'est jamais précisé. Les éléments sociaux et normaux sont masqués par le sens quasi biologique conféré au terme d'adaptation... Le terme d'ajustement - à caractère quasi biologique et détaché de toute considération structurelle - tend à être universalisé, au-delà de tout contenu social spécifique" (8). Et C.W. Mills ajoute que cette vision accepte comme fondement universel les buts et les significations propres au middle town américain dont la majorité des psychiatres sont originaires.

On pourrait s'interroger autrement: si la prise en considération de facteurs pathogènes liés à des conditions objectives, telle l'appartenance à des catégories ou groupes sociaux et culturels, a modifié le schéma d'explication et de compréhension des maladies, on devrait observer des changements dans la prise en charge thérapeutique. Quant à l'exemple choisi, les diverses formes de psychopathie, on peut soutenir sans équivoque que, compte tenu des translations du champ psychiatrique (hospitalier - extrahospitalier), ni la place de ces malades, ni les techniques appliquées, ni le degré de contrainte n'ont subi un quelconque changement. Il en est de même en médecine où la mise en évidence de facteurs de stress en cardiologie, en psychosomatique, etc. n'a entraîné aucun déplacement des priorités de la pratique curative et réparatrice vers des interventions préventives médicalement justifiées et cohérentes.

Mais ce qui est décisif à cet égard, c'est que la sociologie a dans presque tous les cas repris purement et simplement les catégories de la pratique médicale, catégories forgées dans un système spécifique pour les besoins de la pratique et de la théorie médicales.

A ce titre, ces catégories ne possèdent aucune pertinence sociologique et ne peuvent donc entrer comme telles dans une analyse qui nous est propre. Par exemple, la notion de processus thérapeutiques dans le cadre d'une étude de la pratique médicale accepte que tout ce que le médecin ou ses collaborateurs font est d'une part thérapeutique et d'autre part fondé sur les seuls principes des connaissances et de l'expérience en ce domaine.

De façon générale, toute reprise de catégories de la nosographie médicale (qu'il s'agisse de diagnostics ou de symptomatologie), et leur mise en relation avec des variables sociologiques, accepte le postulat qu'il doit y avoir correspondance entre entités biologico-médicales et déterminants sociaux. Ce postulat implique le fait fondamental que les maladies, les troubles sont de pures créations engendrées par l'immaculée conception scientifique alors qu'au contraire, ils sont le produit du champ médical qui est socialement localisé et daté, et qui entretient des rapports différents avec les divers groupes et classes de la société. Ainsi le "choix" d'une thérapie, et jusqu'à une certaine limite du diagnostic, est toujours une option socialement déterminée, dans la mesure où - comme nous le verrons - un trait médical est toujours un élément social qui a subi des transformations dans la logique du champ médical. Que les médecins évoquent les maladies ou les traits de caractère de managers, de petits-bourgeois, d'institutrices, de fonctionnaires, d'Italiens, etc. n'est qu'un indicateur parmi d'autres de la qualification et du contenu social des faits de la médecine.

1.4. Mandat social et autonomie relative du système médical

Il s'ensuit que tout travail de sociologie de la médecine implique et suppose en même temps une théorie de la pratique médicale et du cadre dans lequel elle est accomplie. Il est par conséquent nécessaire d'établir en premier lieu que la médecine ne bénéficie pas du statut d'extra-territorialité sociale qui lui est reconnu et qu'elle ne le détient à aucun niveau où la sociologie l'interroge.

A ce sujet, de multiples modèles conceptuels lui sont applicables : sociologie de l'économie, du travail, des professions, des organisations, des bureaucraties, de la culture, de la connaissance, des idéologies, des processus de domination symbolique, politique et sociale, de l'intégration et de la déviance, etc. Les résultats que ces approches fournissent démontrent que notre objet est justiciable d'une sociologie générale et que beaucoup d'obstacles épistémologiques et théoriques pourraient être levés si on l'abordait avec l'irrespect que tend à neutraliser la croyance dans l'indicible ou le sacré, et dans les pratiques épurées de tout intérêt non-thérapeutique et non-scientifique.

En deuxième lieu, il faut préciser les spécificités de la médecine par rapport à d'autres objets apparentés ou homologiques. Les caractéristiques suivantes définissent les propriétés particulières de la médecine : l'implantation et le développement progressifs de la médecine reflètent les processus par lesquels le système social, et plus récemment les instances politiques, l'ont investi du mandat spécifique de l'intervention sur le corps, que ce soit dans la sphère somatique ou mentale. Autrement dit, sa fonction spécifique dans la division du travail social consiste à produire des biens et des services propres à constituer des moyens pour résoudre les problèmes des individus. Et, ainsi que le dit Freidson (9), parce que la médecine a eu partie liée avec les sciences et la technologie (10), elle a pu se développer en institutions plus complexes et plus nombreuses travaillant à cette tâche centrale du diagnostic et de la gestion des maladies. "A partir du moment où la production individuelle des biens matériels est assurée, la médecine a pu conquérir la place dominante remplaçant ainsi le droit et la religion, dès lors que le bien-être (Welfare) des gens est défini dans des termes entièrement séculiers et que la notion de maladie a été étendue à bien d'autres aspects du bien-être humain" (11).

L'autonomie relative de la médecine par rapport au système social - autonomie corrélative de la délégation du mandat - lui a donc permis d'établir dans son champ sa propre détermination sur les plans décisifs de sa compétence sociale reconnue :

- le monopole de l'exercice de l'activité médicale et la mise au point d'un ensemble de stratégies visant à sauvegarder ses intérêts professionnels, institutionnels, identifiés aux intérêts sociaux en général; processus dont elle tire toute sa légitimité;

- le monopole de la définition de la maladie et en général des raisons justifiant son intervention ainsi que de l'acte médical;
- la mise au point de processus d'auto-régulation délimitant l'accès à la profession, la sélection (12), l'installation, les règles de la coopération et de la concurrence, la déontologie, la juridiction interne, les rapports avec les instances politiques et sociales;
- l'extension des compétences médicales au-delà du domaine propre des maladies - développement activement amorcé et poursuivi par les fractions dominantes du système social et du champ médical - confère à ce dernier une position incontestable que Freidson appelle la dominance des experts (13), intervenant dans des aspects de plus en plus nombreux de la vie économique, sociale, culturelle. L'autorité professionnelle et scientifique fonctionne aussi comme une situation de rente de légitimité qui lui confère le pouvoir d'imposer en dernière instance la vision du monde, propre aux classes dominantes, à l'ensemble de la société.

C'est à condition de tenir compte de ces propriétés spécifiques du champ médical qu'une sociologie de la médecine comme branche de la sociologie générale est réalisable (14). Car la médecine ne comprend pas seulement un code théorique, un dispositif institutionnel, une technologie spécifique d'intervention et de production des biens matériels et symboliques, mais aussi un corps de professionnels hiérarchisés et dotés de légitimités différentes; en font aussi partie les usagers et leur statut, les promoteurs qui ne sont pas forcément des médecins, les représentants de pouvoirs publics, sociaux, administratifs ayant des stratégies et défendant des intérêts divergents ou opposés, les demandeurs, les intermédiaires, les payeurs, etc.

Cela veut dire que les aspects les plus couramment étudiés (relation médecin-malade, facteurs sociaux, institutions médicales, etc.) s'inscrivent dans cet ensemble que nous avons cherché à délimiter et se trouvent déterminés par lui.

Dans cette perspective, on tentera de localiser et de préciser les points suivants : les conditions objectives de la production des biens, les pratiques médicales par rapport au découpage des maladies et des malades, y compris les catégories de la pensée médicale.

2. LES CONDITIONS OBJECTIVES DE LA PRODUCTION

Luc Boltanski note dans son étude (15) que l'activité des médecins "se situe à l'interférence de trois logiques différentes et même contradictoires, logique du désintéressement humanitaire (faire tout pour le malade), de la rationalité et de l'intérêt scientifique (faire progresser la science) et enfin de la rentabilité économique (gagner de l'argent)". Pour cette raison et parce que le travail médical s'accomplit dans un système de contraintes légales et traditionnelles, "les médecins ne peuvent, à la façon des autres commerçants, négociants de biens et de services, se donner explicitement et essentiellement comme fin la maximisation des profits".

L'analyse des conditions de production de ces biens et services n'implique pas que les autres logiques soient niées ou minimisées. Le but consiste bien davantage à proposer des ruptures avec le sens commun qui confère tout l'intérêt aux seuls référentiels humanitaires et scientifiques par lesquels les intérêts matériels peuvent être sauvegardés sans transgresser trop ouvertement la morale du désintéressement et les principes de la science.

En se limitant aux éléments principaux, l'esquisse suivante propose quelques articulations des éléments du système sanitaire et médical en Suisse (16).

L'importance économique du secteur de la santé ressort bien à travers quelques statistiques : la dépense totale du système suisse de la santé en 1975 est de l'ordre de 11 milliards et cela dans le seul domaine des soins médicaux (17). Les hôpitaux emploient au total environ 100.000 personnes, dont un dixième environ est constitué par des médecins. On ne connaît malheureusement pas le nombre de malades traités. Mais le seul secteur hospitalier comprend près de 72.000 lits avec plus de 27 millions de journées d'hospitalisation, ce qui indique aussi le volume considérable de cette branche économique. Ces données générales doivent être complétées par des informations relatives à la composition de ce secteur.

2.1. Structure du système

Quelques caractéristiques structurelles prédominantes ressortent clairement. En premier lieu la prépondérance incontestable du secteur public. Différents indicateurs l'attestent : la grande majorité des hôpitaux - et parmi les plus importants - sont publics; les seuls investissements dans ce secteur s'élèvent en 1975 à 694 millions. De tou-

tes les dépenses pour des actes médicaux (au total 6.7 milliards), deux-tiers concernent les hôpitaux, un peu moins d'un tiers les médecins privés et à peine 2% les soins à domicile, la physiothérapie et la chiropratique. Cette concentration est enfin confirmée par le type de financement des hôpitaux: près de la moitié du budget global provient des cantons surtout, de la Confédération et des communes, un peu plus d'un tiers est financé par les prestations des caisses-maladies, alors que les contributions directes des usagers s'élèvent à environ 20%.

En deuxième lieu, la position dominante des grandes unités de production, et cela sur tous les plans. Ainsi, de tous les hôpitaux suisses, les hôpitaux généraux ayant 125 lits et plus totalisent 40% des lits, mais plus de 60% de l'ensemble des dépenses des hôpitaux. Ces chiffres seraient encore plus accentués s'il était possible d'y inclure les autres cliniques (psychiatriques, traitements de longue durée) de même envergure.

Ce phénomène de concentration se retrouve à d'autres niveaux. Il est particulièrement accentué si l'on tient compte de la densité des compétences et des qualifications : 74% des médecins et autre personnel de formation universitaire travaillant dans les hôpitaux suisses sont employés dans les grandes unités de production de soins (hôpitaux généraux de 125 lits et plus); c'est le cas de 59% des autres personnels médicaux.

Le nombre de personnes employées pour 100 lits traduit de plus la hiérarchie entre les hôpitaux : il est de 285 dans les hôpitaux universitaires, 201 dans les hôpitaux généraux de plus de 500 lits, et diminue progressivement avec la dimension des établissements pour n'atteindre que 115 dans les hôpitaux de 75 lits. Il est notoirement plus bas dans les hôpitaux pour traitements de longue durée : 82, et dans les cliniques psychiatriques : 73. L'écart entre nombre de médecins et autre personnel de formation universitaire est encore plus important. Ils sont 38 pour 100 lits dans les hôpitaux universitaires, 5 dans les hôpitaux de moins de 75 lits et même moins nombreux dans les hôpitaux psychiatriques et les établissements pour traitements de longue durée.

Une étude plus détaillée devrait faire état de données analogues pour la médecine privée où il apparaîtrait que les densités médicales varient considérablement, et dans le même sens que les concentrations urbaines, industrielles et tertiaires.

En troisième lieu, la tendance à la spécialisation et à la constitution de grandes unités technologique de pointe. Ayant partiellement évoqué cette caractéristique dans les points précédents, on se limitera à deux indications : en 1935, 40% des médecins indépendants étaient des spécialistes FMH contre 60% de généralistes; en 1975, les rapports sont plus qu'inversés : la proportion des spécialistes passe à 62% et celle des généralistes diminue à 38%. Cette évolution est différemment accomplie selon les régions : alors qu'à Genève et à Bâle-Ville plus de 80% des médecins sont des spécialistes, cette proportion est inférieure à un tiers dans les régions rurales, en particulier la Suisse centrale, Glaris et Appenzell. Ces faits corroborent directement les constatations relatives aux processus de concentration rappelés auparavant.

Au vu de ces faits, la conclusion s'impose que le système médical suisse est bien caractérisé par une technostructure qui, à la manière des grandes industries, domine largement les unités de production de type artisanal que sont les cabinets de la pratique privée. Ces processus de domination sont probablement plus développés dans les grands centres urbains où les praticiens privés sont bien davantage mis en rapport de sous-traitance par les hopitaux, les laboratoires d'analyse, etc. C'est dans ce cadre-là que des relations de dépendance lient les praticiens entre eux et par rapport aux hôpitaux, à l'exception partielle des généralistes et internistes, les seuls à rester confrontés typiquement à la demande des malades. Cette dernière situation reste encore prépondérante dans des contextes ruraux. Il en découle que le type de contrôle exercé sur le médecin privé passe progressivement de l'usager vers les institutions et que la marge de manoeuvre qu'il détient s'est considérablement limitée (18).

On peut d'ailleurs se demander si la médecine de groupe et les permanences médicales ne constituent pas une défense contre les contrôles et les liens de dépendance unilatéraux des praticiens par rapport aux instances dominantes du champ. Elles réalisent, au niveau des relations institutionnalisées entre confrères, une division du travail qui recrée les réseaux restreints tels qu'ils prévalent dans la situation générale de la pratique de type artisanal (19).

Cette analyse des conditions de production des biens matériels et symboliques en médecine nous révèle clairement qu'une sociologie de la pratique médicale ne peut être centrée simplement sur la relation médecin-malade en cabinet privé, bien que ce soit elle qui ait été le plus souvent tenue comme la caractéristique typique. La "solo practice" - comme l'appelle Freidson (20) - avec l'autonomie profes-

sionnelle totale n'est possible que dans des situations exceptionnelles (absence de soumission à long terme aux clients et aux groupes de pairs). Elle est bien plus la "vache sacrée", proche du mythe et de l'idéologie de la pratique, que la réalité actuelle (21).

2.2. Moyens de production

Des développements détaillés qui ne peuvent être faits ici montreraient l'intérêt à transposer les modèles de l'analyse économique à la production de biens matériels et symboliques par la médecine. Car les moyens de production sont tout à fait comparables de part et d'autre : équipements techniques, produits de soins divers dont les médicaments, main-d'oeuvre possédant des qualifications différentes et plus ou moins adaptées à leur position dans la production, ainsi que les compétences spécifiques - différentes de la production de biens matériels - étant donné le support (personnes) sur lequel le cycle de réparation s'applique (22). Il y a probablement des différences très nettes quant à la structure des moyens qui interviennent dans la production de biens médicaux, dans la mesure où elle a lieu dans de grandes unités, des entreprises moyennes ou dans un cadre artisanal. C'est ainsi qu'il me semble qu'on pourrait construire une théorie de la division du travail dans le système médical, théorie qui pourrait articuler différemment le phénomène de la spécialisation et de la place des soignants dans les différentes conditions de production.

2.3. Quelques extrapolations

Dans la même lignée, il faudrait restituer la problématique des fonctions sociales et thérapeutiques de la médecine. Parce que son mandat social, tel qu'il a été défini, ne préjuge pas le degré et l'extension du processus de médicalisation, il est laissé aux stratégies du système médical de jalonner son terrain où se déploie son activité : travail réparateur de dégâts somatiques ou mentaux dont les contenus sociaux, économiques, politiques, culturels sont transformés en significations médicales (qui sont toujours sociales ne serait-ce que par la place qui leur est assignée dans le champ) ; indexation médicale de faits et d'événements récemment inclus - ou en voie de l'être - dans sa logique (la mort, différentes formes de déviance, l'éducation, les troubles du développement, etc. qui appartenaient à d'autres instances de réparation et de gestion).

Il s'ensuit que les biens produits par la médecine ne peuvent être réduits à de simples actes médicaux qui résulteraient de l'application d'un savoir et de techniques à des faits organiques. Sont produits aussi tous ces biens symboliques relatifs au style de vie, à la manière d'être, à la façon de percevoir, de représenter, de penser soi-même et les autres, bref tous les traits de la version personnelle et individuelle de l'éthique sociale propre aux groupes et aux classes des producteurs, classes moyennes dominées socialement et professionnellement par le groupe médical appartenant aux classes supérieures. Cette domination symbolique constitue par ailleurs la clé de voûte à la fois du travail thérapeutique et de la division du travail dans le système médical (23).

Or cette domination symbolique ne peut avoir les effets correspondant au mandat donné par le système social que dans la mesure où les enjeux sociaux sont occultés par des impératifs d'ordre médical. Il faut donc que, parallèlement, la santé, le bien-être, ou plus précisément l'adaptation objective et subjective des individus à leur condition sociale, soient investis de valeurs dominantes dans une culture. Autrement dit, les impératifs de conservation du corps et de réparation des dommages doivent passer dans la conscience des individus ou - à défaut de cette inculcation - être assurés par la pression soit des nécessités vitales, soit de la contrainte physique et symbolique (24).

C'est bien là que l'on entrevoit les limites de l'autonomie du système médical auquel des instances du pouvoir social et politique peuvent imposer l'élargissement ou la restriction du domaine et cela au moyen de pressions budgétaires, de mesures de tarification (25), de redéfinition des compétences et des attributions des instances.

3. LES PRATIQUES MEDICALES ET LES MALADIES COMME FAITS SOCIAUX

S'il est vrai que la médecine peut être définie et analysée comme un système de production de biens matériels et symboliques, une question cruciale se pose : comment conceptualiser sociologiquement les maladies en tant que faits sociaux, de telle sorte que l'on puisse les appréhender sur un mode théorique et opératoire ? Et puisque la maladie fait directement référence à une pratique et à une connaissance médicales, comment faut-il concevoir ces actes de la médecine?

3.1. Les statuts sociaux de la maladie

Si l'on suivait le sens commun qui fait dépendre la maladie d'une seule logique biologico-physiologique, une tentative sociologique serait située d'emblée en porte-à-faux. Il y a pourtant un certain nombre de faits intrigants de ce point de vue. I.K. Zola note que "dans la réalité, l'anormalité est très fréquente, la découverte de celle-ci très rare, et la décision de demander aide et conseils au médecin sans rapport avec la gravité du mal" (26). Cette constatation apparemment triviale est complétée par des résultats d'enquêtes (27) qui mettent en évidence que la consommation médicale et pharmaceutique est en corrélation étroite avec des variables sociologiques telles que l'âge, le sexe, la position socio-économique, le niveau culturel. De plus, on observe des relations directes entre l'espérance de vie et la situation économique et sociale des membres des différents groupes et classes (28). On pourrait multiplier les exemples qui démontrent que la définition sociale et le contenu attribué aux notions de santé et de maladie diffèrent considérablement et varient systématiquement selon la sous-culture, l'univers symbolique de classe, et selon les rapports entretenus avec le corps (29) par les membres des différents groupes et classes. Par exemple, instrument fonctionnel qui entre directement dans les processus de production chez les membres des classes populaires et paysannes, le corps apparaît davantage comme objet que l'on cultive, entretient consciemment chez les individus appartenant aux classes supérieures. Chez ces dernières enfin, le langage des sensations, plus riche et plus précis, est lié à la possession d'instruments conceptuels plus diversifiés et transférables, acquis par tout l'apprentissage culturel des manipulations du corps et par une consommation scolaire plus large. Au contraire, dans les classes populaires, l'impossibilité de pouvoir disposer du corps pour les usages sociaux (dont professionnels) constitue le critère objectif de la maladie (30). Tous ces faits suggèrent qu'il existe des processus de sélection socialement conditionnés, qui rendent compte à la fois des sensations morbides, de la morbidité et de la consommation médicale. Ces processus de sélection, plutôt que les processus étiologiques, expliqueraient les différences observées dans les conduites face à la médecine selon les groupes et classes d'une même société.

Mais plus encore, le corps n'est pas un objet biologique qui serait d'une nature complètement étrangère à la société. L'emprise que cette dernière exerce sur lui, c'est l'intériorisation et l'inscription dans le corps d'un espace et d'un travail social structuré selon des oppositions socialement pertinentes (31). Il en est ainsi par exemple de la correspondance entre la symbolique spatiale et la symbolique sociale ou encore du découpage et de l'organisation des impressions et des sensations corporelles.

En termes d'investissements sociaux, cela veut dire que la famille et les différentes instances de socialisation produisent des individus dotés de dispositions durables, adaptées et ajustées aux conditions objectives de l'existence et de la position du groupe ou de la classe. Par conséquent, les résultats d'études sur les symptômes, les plaintes, les attitudes des malades selon des variables objectives, sont les produits de pratiques et d'extériorisations de ces dispositions inculquées (32).

Dans cette optique, les maladies psychosomatiques, les troubles psychiatriques en particulier, et les affections dépendant dans une certaine mesure du "facteur externe" traduisent en général - en tant que phénomènes de blocages, de détériorations et d'inerties physiologiques et psychologiques - des écarts, des contradictions, des déviances de l'individu à son groupe, que ce soit sur le plan social et culturel, ou celui des conduites familiales, des attitudes, des aspirations ou des anticipations. Dans ces cas, les tensions, conflits, contradictions, écarts objectifs et subjectifs sont transmués en "langage des organes" plutôt qu'en expressions actives (militantisme, révolte, stratégies professionnelles, etc.) ou verbales (symbolisation des contradictions par le discours, la littérature ou la psychanalyse). Rien n'interdit par ailleurs de penser qu'il pourrait y avoir des correspondances significatives entre valeurs de mesures biologiques et physiologiques et faits liés à la trajectoire et à la situation sociales des individus.

Tout cela indique que la notion médicale de la maladie est caractérisée d'emblée par un processus de réduction à la seule dimension biologique ou psychologique. Il en découle que l'analyse de la relation médecin-malade doit compter sur la pertinence de ces divers éléments esquissés dans la mesure précisément où la réduction du malade à un objet n'est jamais complètement réalisable.

3.2. Les pratiques médicales

Il a été relevé précédemment que l'activité du médecin se situe à l'intersection de trois logiques différentes, voire contradictoires (33). De plus, comme membre des classes supérieures, le médecin entretient des distances sociales très inégales avec les patients selon la position et la situation de ces derniers. L'étude de la relation médecin-malade en tant que relation de communication révèle que les informations demandées et reçues par les deux acteurs sont directement ajustées au niveau socio-culturel des patients (34). Il est donc probable que le thérapeute procède à des ajustements subtils en adoptant des pratiques différentes selon les caractéristiques objectives des patients. Ces différences du traitement psychiatrique sont suffisamment connues et vérifiées depuis Hollingshead et Redlich (35).

Mais des variations systématiques sont aussi observées lorsqu'on met en relation le traitement avec des caractéristiques relatives à la place des patients dans le système psychiatrique. Ainsi il ressort très clairement que ceux qui commencent un traitement extra-hospitalier ont d'autant plus de probabilités d'être pris en charge pendant longtemps et d'amorcer une carrière de chroniques lorsqu'ils ont déjà été traités en psychiatrie auparavant. C'est aussi le cas des patients psychotiques, surtout de ceux qui sont âgés de plus de 30 ans (36).

Que la pratique dépende, dans ces modalités d'accomplissement, de tout ce qui a été instauré par les circuits psychiatriques précédents (carrières plus ou moins institutionnalisées) est confirmé par une autre étude (37). L'analyse des décisions prises par le thérapeute au début du traitement a été basée dans ce travail sur, d'une part, la prescription médicamenteuse et, d'autre part, sur les modalités selon lesquelles l'éventuelle suite des entretiens a été décidée: proposition (discussion notée dans le dossier entre patient et médecin concernant la décision à prendre d'un commun accord); délégation (latitude laissée au patient de reprendre contact); reconduction (poursuite "d'office" du traitement, le dossier ne mentionnant aucune discussion à ce sujet).

Les patients ayant un passé psychiatrique au début du traitement sont avant tout "reconduits" de consultation en consultation (75%); la grande majorité d'entre eux ont eu une prescription médicamenteuse et continuent la prise en charge un an après. Ceux qui ne sont plus au secteur de consultation ont rompu unilatéralement la relation avec le médecin en ne se présentant plus aux rendez-vous. Ces mêmes cons-

tatations s'appliquent aux psychotiques et à ceux qui ont le diagnostic d'états de déséquilibre mental (psychopathies, perversions, toxicomanies). A l'opposé, les malades sans passé psychiatrique sont moins fréquemment médicamentés; lorsqu'ils le sont, le pourcentage de reconduction est élevé et seulement 15% ont une proposition, tout au contraire des "sans médicaments" où la proportion de "proposition" est de 67%, contre 33% de "reconduction". Dans les deux catégories, les sorties du traitement sont plus fréquentes et se font généralement en accord avec le thérapeute. Cette tendance est évidemment plus accentuée quand le traitement a été initialement discuté et négocié. C'est le cas, évidemment, de pratiquement tous les névrotiques.

Ces résultats pourraient faire croire que les types de pratiques, tels que nous les avons définis, dépendent des propriétés psychiatriques. Il reste donc à démontrer les correspondances entre ces dernières et les caractéristiques sociales des patients. Les résultats d'un travail de recherche récent sur les attributs sociaux et les carrières des malades d'un secteur de la psychiatrie institutionnelle à Genève autorisent à dégager des variables particulièrement pertinentes. Il est confirmé entre autres que les diagnostics de psychoses sont systématiquement associés d'une part à des indicateurs de la position de ces patients dans le système psychiatrique (durée moyenne du traitement de près de 8 ans; nombre de services élevé : près de 3; fréquence des hospitalisations de 100%, de même qu'une proportion importante de prise en charge en hôpital de jour ou atelier) et, d'autre part, à des caractéristiques sociales de niveau bas ou de déclassement sur divers plans (surreprésentation des classes ouvrières ou des classes moyennes basses; processus de déqualification au cours des carrières professionnelles; inexistence de capitaux acquis: niveau d'instruction bas et absence de formation professionnelle; taux d'activité très bas, surtout chez les hommes et proportion considérable de chômeurs, d'assistés et d'invalides (65% des hommes), ainsi que surreprésentation importante des célibataires, divorcés, veufs).

En revanche, les caractéristiques institutionnelles et sociales des patients non-psychotiques se rapprochent davantage de celles de la population résidente, en particulier chez ceux qui possèdent en propre des capitaux culturels, sociaux et économiques.

Ces éléments autorisent les affirmations suivantes, qu'une présentation plus complète des données appuyerait encore davantage. En premier lieu on observe des processus de reproduction dans le système psychiatrique, qui assignent aux patients des situations et positions psychiatriques qui

sont homologiques à leur statut social "externe". Que l'on opérationnalise la place dans le champ psychiatrique en référence à la situation actuelle, à la carrière à travers les services, au degré d'institutionnalisation, au diagnostic, au type de traitement administré ou au pronostic, on observe une correspondance étroite entre le niveau social, culturel, économique, familial des patients et leur position en psychiatrie. C'est une preuve de plus que la pratique psychiatrique et médicale ne s'accomplit pas dans un "no man's land" social (39).

En deuxième lieu, l'activité thérapeutique des agents du système psychiatrique s'inscrit dans la logique des contradictions et des écarts sociaux signalés, et en fait partie. Car, plutôt que d'être fonction de propriétés pathologiques, les différences des traitements administrés dépendent bien davantage d'autres déterminants: avant tout du volume de dommages et de déviations à réprimer et à réparer, des instruments technologiques disponibles, de l'efficience escomptée des interventions, compte tenu des caractéristiques socio-culturelles des malades. On sait par exemple que la probabilité d'hospitalisation psychiatrique augmente avec le nombre et la durée des séjours déjà effectués et en général avec le degré d'institutionnalisation de la place dans le champ (dont les équivalents sociaux ont été mis en évidence auparavant).

Quant à un autre instrument thérapeutique, la psychothérapie, B. Bernstein a montré (40) que les caractéristiques propres de cette technique impliquent une forme de rapport face à face et un type de relation au langage qui sont en affinité avec l'éthos des membres des classes supérieures. Ces propriétés la rendent inapplicable au traitement des malades des classes populaires parce que ces derniers ne possèdent pas les outils conceptuels de l'introspection, nécessaires pour produire un discours sur les expériences intimes, et parce qu'ils ne sont pas familiarisés avec la relation socialement décontextualisée que le thérapeute instaure. Cette relation particulière suppose précisément que soient invalidées les conditions objectives des patients, exigence qui ne peut être remplie que si celles-là n'ont pas de liens directs avec les représentations que les malades ont de leurs troubles (41).

Enfin, l'efficience propre de la médecine a pour condition la réduction des maladies socialement définies comme isolées ou isolables sur le plan somatique ou mental. Ce n'est que dans la mesure où les autres contenus (marginaux de l'avis de la médecine, mais décisifs pour la sociologie) sont supprimés ou transformés en éléments constitutifs ou spécifiques de la pathologie,

que l'approche médicale des problèmes est opérable et produit les effets attendus (42). Ainsi la médecine remplit le mandat qui lui est confié parce qu'elle s'acquitte de fonctions thérapeutiques qui sont du travail social transmuté par la logique de l'autonomie relative dont elle est investie.

* * *

Pour être plus complète, cette analyse du système médical devrait être poursuivie dans plusieurs directions. Une première comprendrait les stratégies et les techniques de la manipulation, voire de la refonte de l'identité du malade et de l'image qu'il a de lui-même; l'organisation objective de son statut et les justifications médicales ou idéologiques en vertu desquelles ces modifications sont induites. La médecine ne procède pas seulement à la conversion du malade à son rôle de patient, mais inculque en même temps un modèle de dépendance transférable à d'autres situations sociales et justiciable - à n'importe quelle occasion - de considérations technico-scientifiques similaires qui sous-tendent de plus en plus les mécanismes de domination sociale.

Une deuxième ligne de développement suivrait les transformations sociales engendrées par le travail médical. Les études sur l'organisation de la réaction sociale à la maladie présentent ces effets comme fondamentalement transitoires et limités dans l'espace social. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi. Un certain nombre de catégories de malades ou tenus pour tels (invalides, chroniques, alcooliques) revêtent au contraire une permanence de caractéristiques sociales stables, attribuées par l'indexation médicale. De plus, la diffusion de catégories médicales et leur opérationnalisation en traits sociaux fournissent à des instances intermédiaires (assurances, commissions ou services administratifs) les instruments - dotés de légitimité quasi-médicale - par lesquels elles opèrent la classification des cas et décident des mesures (par exemple l'attribution d'une rente, des prestations pour des soins). C'est donc sur bien d'autres plans qu'il faudrait repérer les effets directs ou médiatisés du travail médical.

Une troisième dimension concernerait l'univers symbolique et savant du champ médical: catégories de la pensée médicale et système de représentations, mentalité clinique et contenus normatifs implicites de notions, de techniques et de pratiques médicales. Cet objet particulier devrait être abordé de deux points de vue principaux: d'une part l'étude de l'efficacité propre des catégories de la pen-

sée et de l'action médicales dont un exemple a été proposé dans le cadre de l'analyse des pratiques thérapeutiques; d'autre part une approche sociologique de la connaissance qui trouverait dans ce domaine un terrain privilégié d'expérimentations pratiques et théoriques.

Ces développements et l'ensemble du cadre de la construction théorique de l'objet - la médecine - font clairement ressortir qu'il n'y a d'analyse sociologique possible que si l'on rompt avec les faux-semblants de l'irréductibilité des faits médicaux, ce qui revient en même temps à constituer sa spécificité sociologique propre. En le faisant, la sociologie de la médecine est en état de proposer - en retour - pour d'autres objets de la sociologie, des schémas conceptuels possédant une valeur heuristique générale.

Werner Fischer
Centre psychosocial
universitaire
6, rue du 31-décembre
1207 G e n è v e

NOTES

1. C'est ce terme "sociologie de la médecine" qui est adopté ici bien que la plupart des manuels s'intitulent "sociologie médicale" ou "sociologie en médecine". Ces derniers termes ont acquis la connotation de genre mineur des travaux soumis aux impératifs de la médecine, tandis que la sociologie de la médecine est revêtue d'une légitimité scientifique propre. Il sera montré par la suite que cette distinction instituée par R. Straus "The Nature and Status of Medical Sociology", Amer. Sociol. Rev., 22 (1957), p.200-204, n'implique pas ipso facto une différence en "qualité sociologique" mineure ou majeure des travaux faits dans l'une ou l'autre tendance.

2. Siegrist J.: Lehrbuch der medizinischen Soziologie. 2. Aufl., Urban u. Schwarzenberg, München-Berlin-Wien, 1975, p.6.

3. Siegrist J.: op.cit., p.6

4. Georges G. Reader: Contributions of Sociology to Medecine. In: Handbook of Medical Sociology, Ed. by H.E. Freeman, S. Levine, L.G. Reeder, Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, N.J., 1963, pp.2-3.

5. Georges G. Reader: op.cit., p.2.

6. Cette affirmation devrait encore être nuancée en tenant compte du fait que le problème implicite de ces travaux est le constat de dysfonctionnements de l'institution et de ses agents, et l'amélioration de l'efficacité des moyens et capacités mis en oeuvre afin d'obtenir une meilleure conformité à des normes et valeurs du système médical.

7. La notion de pathologie sociale est simplement le rassemblement de différents traits que les auteurs tiennent pour négatifs, sans qu'aucune théorie ne rende compte des significations et des fonctions sociales de ces comportements et événements.

8. C.W. Mills: The Professional Ideology of Social Pathologists. In: Power, Politics and People, Oxford University Press, London, 1969, pp.548-550.

9. E. Freidson: Profession of Medecine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge. Dodd, Mead and Cie, New York, 1970, p.XVIII.

10. Que la médecine, avec les notions de maladie et de santé, soit liée à l'industrialisation et à l'ensemble des bouleversements qui ont accompagné le passage à notre type de société, ressort clairement des analyses de R. Castel: L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme. Ed. de Minuit, Paris, 1976.
Et à propos de la dépaysannisation en Algérie, P. Bourdieu et A. Sayad notent: "Il n'est pas d'indice plus clair de la rupture avec la tradition paysanne que toutes les conduites où s'exprime une attitude totalement nouvelle à l'égard de la maladie: peut-on en effet imaginer reniement plus total de la morale de l'honneur que cette sorte de complaisance à soi et à son propre corps que la 'civilisation' a encouragée? Et l'indignation d'une femme âgée: 'Avant, on ne savait pas ce qu'était la maladie. On se couchait, on mourait. Ce n'est que maintenant qu'on apprend des mots comme le foie, le poumon, les intestins, l'estomac et qu'est-ce qu'on ne va pas chercher! Avant on ne connaissait que le (mal du) ventre; c'est de lui que sont morts tous ceux qui sont morts, et la fièvre aussi'" (P.Bourdieu et A. Sayad: Le déracinement. Editions de Minuit, Paris, 1964, p.215).

11. E. Freidson: op.cit., p.XVIII.

12. Pour ne citer qu'un exemple: on a observé une diminution importante du nombre d'étudiants à la Faculté de médecine de Genève deux ou trois ans avant que ne soit soulevé publiquement le problème de l'instauration d'un numerus clausus. Le débat public, extérieur à la médecine, a débuté à un moment où celle-ci avait déjà décidé de l'importance à accorder à ce problème et des moyens par lesquels il devait être résolu, ce qui permet aux autorités politiques de conclure que les difficultés ne sont plus aussi aiguës à l'heure actuelle et que de toute façon on refuserait une mesure aussi peu démocratique ...

13. E. Freidson: Professional Dominance. New York, 1970.

14. On pourrait objecter que certaines des caractéristiques mentionnées sont aussi constitutives d'autres sous-systèmes sociaux. Ainsi, le monopole de l'administration et de la gestion des services (soins) peut être vu comme la transposition du monopole des biens et des voies de salut détenu par les prêtres des grandes religions. (cf. M. Weber: Gesammelte Aufsätze der Religionssoziologie. J.C.B. Moor, Tübingen, 1920). Bien que les fonctions heuristiques de telles homologies soient certaines, ce n'est pas ce point-là que nous voulons souligner, mais bien davantage la configuration particulière d'éléments typiques définissant en propre la médecine.

15. L. Boltanski: La découverte de la maladie. Centre de Sociologie Européenne, Paris, 1968.

16. Les données quantitatives citées dans ce paragraphe sont extraites ou obtenues à partir de l'ouvrage de P. Gygi et H. Henny: Le système suisse de santé. 2e éd., Hans Huber, Berne, 1977.

17. Sous soins médicaux sont compris les prestations des différentes institutions médicales (hôpitaux, médecins privés, etc.), les dépenses pour les médicaments (pharmacie, droguerie), les soins dentaires, soins à domicile, physiothérapies.

18. Il suffit de penser à l'ensemble des possibilités de contrôle détenues par les caisses-maladie, les assurances, ainsi qu'aux différentes appréciations et jugements dont le médecin devient l'objet par le fait même qu'il transmet des cas à des confrères, des services, des hôpitaux. Il faut préciser qu'il y est davantage soumis lorsqu'il occupe une position moyenne ou basse dans le champ de la médecine et qu'il y échappe mieux lorsque son prestige, sa notoriété clinique ou scientifique, ses relations avec ses pairs le protègent plus efficacement.

19. J.S. Coleman, E. Katz and H. Mendel: Medical Innovation. A Diffusion Study. The Bobbs-Merill Company Inc., Indianapolis, 1966.

20. E. Freidson: The Organisation of Medical Practice. In: Handbook of Medical Sociology. Ed. by H.E. Freeman, S. Levine, L.G. Reeder; Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, N.J., 1963, pp.299-319.

21. K. Evang: Health Service, Society and Medecine. London, Oxford University Press, 1960.

22. Pour un développement de cet aspect particulier - commun à tous les services produits sur le corps et à toutes les productions de biens symboliques - dont les biens esthétiques, cf. E. Goffman: Asiles. Ed. de Minuit, Paris, 1968, et particulièrement le chap. IV: Les hôpitaux psychiatriques et le schéma médical-type, pp.375-438.

23. L. Gillioz: L'infirmier(ère) dans la division du travail psychiatrique. Communication au 4ème Congrès de la Société suisse de sociologie, Neuchâtel, 1978.

24. C'est exactement ce qui s'est réalisé lentement et progressivement depuis un peu plus d'un siècle, avec l'appui des campagnes d'hygiène et plus récemment de prévention. Voir L. Boltanski: Prime éducation et morale de classe. Cahiers du Centre de Sociologie Européenne, Mouton, Paris, 1969; et J.C. Chamboredon et J. Prévot: Le 'Métier d'enfant'. In: Rev.franç.de Sociol., XIV, 1973, pp.295-335. Et la contrainte est utilisée précisément dans les cas où il est dit que les personnes ne sont pas en état de pouvoir apprécier la nécessité d'une intervention ou s'y opposent (psychiatrie, chirurgie, réanimation de suicidants, etc.).

25. Il n'a pas été question de la formation des prix dans les productions des biens de la médecine. Des données précises manquent et il n'y a à notre connaissance aucune étude circonstanciée à ce sujet. En prolongement des points précédents on peut émettre l'hypothèse que les mesures de tarification imposées par l'Etat et négociées avec les caisses et les assurances reflètent, par leur diversité et leur incohérence apparentes (cf. P. Gygi et H. Henny: op.cit., pp.39-47, 63-70 surtout) les rapports de force inégaux selon les régions entre associations de médecins et pouvoir politique, ce dernier étant relayé par les assurances en ce qui concerne l'autonomie de la fixation du prix des actes. La généralisation des assurances ayant entraîné une augmentation de la consommation médicale et ayant drainé vers la médecine de larges couches populaires, le contrôle des tarifs (prix) peut être vu comme un moyen d'imposer à la médecine un mandat social plus directement lié au principe de répartition des charges. Que sur le plan des prestations des caisses, cette maxime démocratique ait des effets contraires (par la consommation médicale différentielle en fonction du niveau socio-économique) est une conséquence tout aussi incontestable.

26. I.K. Zola: Culture and Symptoms: An Analysis of Patient's Presenting Complaints. Amer.Sociol.Rev., 1966, 31, pp.615-630.

27. Voir les enquêtes citées et présentées en annexe dans L. Boltanski: La découverte de la maladie. Centre de Sociologie Européenne, Paris, 1968.

28. Voir op.cit.; il n'y a en Suisse aucune statistique en la matière.

29. Voir op.cit. et C. Herzlich: Santé et maladie, analyse d'une représentation. Mouton, Paris, 1972.

30. H.E. Freeman: Attitudes Toward Mental Illness Among Relatives of Former Patients. In:Amer.Social Rev., Vol.26, No.1, 1966, pp.59-66.

31. Pour une analyse plus approfondie de ces dimensions, cf. P. Bourdieu: Esquisse d'une théorie de la pratique. Librairie Droz, Paris, Genève, 1972; M. Foucault: Histoire de la sexualité, la volonté de savoir. Gallimard, Paris, 1976; M. de Senarclens et W. Fischer: Aménorrhée: Féminité impossible? Masson, Paris, 1978, surtout pp.5-23.

32. Par exemple, l'étude de I.K. Zola déjà citée et D. Rosenblatt and E.A. Suchmann: Blue Collar Attitudes and Informations toward Health and Illness. In: A.B. Shostal and W. Gomberg: Blue Collar World: Studies of the American Worker. Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, USA, 1964, pp.324-332.

33. Voir aussi: W. Fischer: La Psychiatrie face aux désordres. In: Arch.Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie, Vol. 122 (1978), fasc. 1.

34. L. Boltanski fournit dans La découverte de la maladie, op.cit., une étude minutieuse de ces rapports.

35. A.B. Hollingshead and F.C. Redlich: Social Class and Mental Illness. A Community Study. John Wiley and Sons Inc., Publishers, New York, 1958.

36. C. Aubert et W. Fischer: Etude transversale et longitudinale de la population consultante d'un secteur psychiatrique extra-hospitalier. In: Médecine et Hygiène, 35, 1977, pp.2988-2994. Et W. Fischer: Durée effective et durée probable du traitement psychiatrique extra-hospitalier. In: L'Evolution Psychiatrique, T. XLII, Fasc. II, 1977, pp.307-357.

37. C. Aubert et W. Fischer: Contribution à l'étude de la pratique psychiatrique extra-hospitalière. In: Médecine et Hygiène, 35, 1977, pp.3730-3733.

38. Ces données concernant la reconduction, la délégation et la proposition de la prise en charge suggèrent que la circonspection et la réserve s'imposent à l'égard de l'affirmation du "contrat thérapeutique" comme relation fondamentale et générale du traitement psychiatrique. Il est fort probable que cette notion figure ailleurs comme "la vache sacrée" dont parle K. Evang (op.cit.).

39. Pour un développement plus vaste de ces mécanismes de transformation des éléments de la structure sociale en données constitutives de la place dans le système psychiatrique voir: W. Fischer: La psychiatrie face aux désordres. In: Arch.Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie, Vol. 112 (1978), fasc. 1.

40. B. Bernstein: Social Class, Speech-Systems and Psychotherapy. In: British Journal of Sociology, T. 15, 1964, pp.54-64. Et les autres travaux du même auteur, dont: Langage et classes sociales. Les Editions de Minuit, Paris, 1975.

41. Sur les processus d'invalidation de réalités objectives par les thérapies fondées sur la psychanalyse, cf. R. Castel: Le psychanalysme. Librairie F. Maspéro, Paris, 1973.

42. On se réfère ici directement aux analyses sur la transmutation des fonctions sociales en fonctions spécifiques d'un champ autonome; voir P. Bourdieu et J.C. Passeron: La reproduction. Les Editions de Minuit, Paris, 1970.

BIBLIOGRAPHIE

Aubert C. et Fischer W. (1977a): Etude transversale et longitudinale de la population consultante d'un secteur psychiatrique extra-hospitalier. Médecine et Hygiène, 35, pp.2988-2994.

Aubert C. et Fischer W. (1977b): Contribution à l'étude de la pratique psychiatrique extra-hospitalière. Médecine et Hygiène, 35, pp.3730-3733.

Bernstein B. (1964): Social Class, Speech-Systems and Psychotherapy. British Journal of Sociology, 15, pp.54-64.

Bernstein B. (1975): Langage et classes sociales. Ed. de Minuit, Paris.

Boltanski L. (1968): La découverte de la maladie. Centre de Sociologie Européenne, Paris.

Boltanski L. (1969): Prime éducation et morale de classe. Cahiers du Centre de Sociologie Européenne, Mouton, Paris.

Bourdieu P. et Sayad A. (1964): Le déracinement. Ed. de Minuit, Paris.

Bourdieu P. et Passeron J.C. (1970): La reproduction. Ed. de Minuit, Paris.

Bourdieu P. (1972): Esquisse d'une théorie de la pratique. Librairie Droz, Paris-Genève.

Castel R. (1973): Le psychanalysme. Librairie F. Maspéro, Paris.

Castel R. (1976): L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme. Ed. de Minuit, Paris.

Chamboredon J.-C. et Prévot J. (1973): Le 'Métier d'enfant'. Revue française de Sociologie, XIV, pp.295-335.

Coleman J.-S., Katz E. and Mendel H. (1966): Medical Innovation. A Diffusion Study. The Bobbs-Menill Company Inc., Indianapolis.

Evang K. (1960): Health Service, Society and Medecine. Oxford University Press, London.

Fischer W. (1977): Durée effective et durée probable du traitement psychiatrique extrahospitalier. L'Evolution psychiatrique, XLII, fasc. II, pp.307-357.

Fischer W. (1978): La psychiatrie face aux désordres. Archives Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie, 122, fasc. 1.

Foucault M. (1976): Histoire de la sexualité, la volonté de savoir. Gallimard, Paris.

Freeman H.E., Levine S., Reeder L.G. (ed.) (1963): Handbook of Medical Sociology. Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, N.J.

Freeman H.E. (1966): Attitudes Toward Mental Illness Among Relatives of Former Patients. American Sociological Review, 26, pp.59-66.

Freidson E. (1970): Profession of Medecine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge. Dodd, Mead and Cie, New-York.

Freidson E. (1975): Dominanz der Experten. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

Goffman E. (1968): Asiles. Etude sur la condition sociale des malades mentaux. Ed. de Minuit, Paris.

Gygi P. et Henny H. (1977): Le système suisse de santé. 2e éd., Hans Huber, Berne.

Herzlich C. (1972): Santé et maladie. Analyse d'une représentation. Mouton, Paris.

Hollingshead A.B. and Redlich F.C. (1958): Social Class and Mental Illness. A Community Study. John Wiley and Sons Inc., Publishers, New York.

Mills C.W. (1969): The Professional Ideology of Social Pathologists, Power, Politics and People. Oxford University Press, London.

Rosenblatt D. and Suchman E.A. (1964): Blue Collar Attitudes and Informations toward Health and Illness. Blue Collar World: Studies of the American Worker (A.B. Shostal and W. Gomberg ed.). Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, pp.324-332.

de Senarclens M. et Fischer W. (1978): Aménorrhée: Féminité impossible? Masson, Paris.

Siegrist J. (1975): Lehrbuch der medizinischen Soziologie. 2. Auflage, Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

Straus R. (1957): The Nature and Status of Medical Sociology. American Sociological Review, 22, pp.200-204.

Weber M. (1920): Gesammelte Aufsätze der Religionssoziologie. J.C.B. Moor, Tübingen.

Zola I.K. (1966): Culture and Symptoms: An Analysis of Patient's Presenting Complaints. American Sociological Review, 31, pp.615-630.