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

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 10 (1984)

Heft: 1

Artikel: La prevention comme normalisation culturelle

Autor: Gillioz, Lucienne

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-814567

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: 12.07.2025

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

Schweiz. Z. Soziol. / Rev. suisse sociol. 1 (1984) 37–84

LA PREVENTION COMME NORMALISATION CULTURELLE

Lucienne Gillioz *
Unité d'Investigation sociologique
6, rue du 31-Décembre
CH–1207 Genève

Le questionnement sociologique de la médecine préventive présente sans doute un caractère trouble-fête, du simple fait qu'il prend pour objet d'interrogation un type de pratiques qui semblent recueillir l'adhésion de tous les milieux intéressés à promouvoir la santé: monde médical, pouvoirs publics, partis politiques, syndicats, etc.

Présentée par ses promoteurs sur fond d'opposition à la médecine curative, à ses difficultés et impasses, la médecine préventive, qui se veut aussi médecine sociale, fait figure de solution d'avenir permettant de servir au mieux les intérêts sanitaires des populations.

Ce regain d'intérêt, ces dernières années, pour une forme de médecine relativement ancienne [1] s'explique par la conjonction de plusieurs facteurs. Facteurs économiques tout d'abord. L'augmentation croissante des coûts médicaux et la crise économique qui, au milieu des années 70, a entraîné une restriction des dépenses publiques, ont contraint les milieux intéressés à envisager des solutions médicales moins onéreuses. La médecine préventive est censée être l'une d'elles.[2]

1) On peut la faire remonter au XIXe siècle avec le mouvement des hygiénistes.

2) L'importance accordée, au niveau du discours, à la médecine préventive n'implique évidemment pas un renversement des priorités budgétaires; la presque totalité des dépenses médicales continue d'être affectée à la médecine curative.

* *en collaboration avec D. Glauser pour la partie informatique*

Parallèlement la médecine s'est trouvée confrontée à un certain nombre de limites et de contradictions donnant lieu à de multiples critiques. [3] L'évolution qui s'est manifestée dans la configuration des maladies à traiter, soit la diminution des maladies infectieuses et l'augmentation des maladies chroniques et dégénératives, a mis la médecine dans une position de faible efficacité, voire d'impuissance. De plus, la logique propre de son développement qui va dans le sens d'une spécialisation et d'une technicité grandissantes a entraîné toute une série d'effets négatifs, fortement mis en évidence par les critiques: déshumanisation, production d'effets iatrogéniques, coûts croissants pour une rentabilité sanitaire de plus en plus faible, incapacité du modèle bio-médical à traiter des problèmes générés par les conditions d'existence, etc.

Dans ce contexte la médecine préventive apparaît comme la panacée. Ses principaux mérites seraient d'intervenir tôt, de s'attaquer aux causes plutôt qu'aux symptômes, d'élargir le cadre étroit de la relation médecin-malade pour faire une médecine aux dimensions de la collectivité, enfin de diminuer les coûts engendrés par le système de soins actuel. Bref, du fait qu'elle semble promettre à la collectivité la maîtrise de son capital santé et l'évitement des fatalités et des coûts liés à la maladie, elle apparaît comme une entreprise intrinsèquement progressiste.

Sous le label de médecine préventive se déploient en fait des stratégies d'évitement de la maladie qui se situent à des niveaux différents d'intervention. On peut les présenter succintement comme suit:

- interventions à caractère technique sur l'environnement (l'eau, l'air, etc.)
- surveillance de la sécurité et de l'hygiène des populations dans des domaines tels que le travail, l'habitat, les transports, etc.
- interventions sur l'être humain
    - action directe sur l'organisme (par exemple vaccinations systématiques)
    - dépistage systématique de certaines maladies (par exemple radiographies pulmonaires dans les écoles)

3) Parmi les nombreuses publications, cf. Dayan (1974), Dupuy et Karsenty (1974), Illich (1975), Cochrane (1977), Chauvenet (1978), Gorz et Bosquet (1978), Caro (1982).

- éducation pour la santé, notamment campagnes visant à promouvoir dans une population donnée des attitudes et comportements favorables à la santé.

C'est sur ce dernier aspect, qui prend une importance grandissante dans les politiques de prévention des pays industrialisés, que nous nous concentrerons.

L'analyse sociologique présentée ici a pour objet d'étude la campagne de prévention des maladies cardio-vasculaires qui s'est déroulée à Nyon entre 1977 et 1981 dans le cadre des programmes nationaux financés par le Fonds National de la Recherche scientifique. [4] La campagne étudiée nous a paru représentative des programmes de plus en plus nombreux [5] entrepris à l'échelle des collectivités dans le but de supprimer des comportements identifiés comme facteurs de risque. L'intérêt de son étude dépasse donc largement le cadre local où elle a été menée.

L'ambition de ce type de campagne va bien au-delà d'une simple opération technique de dépistage des facteurs de risque puisqu'il s'agit, rien de moins, de transformer les mentalités et les comportements touchant la santé de toute une population pour les rendre conformes à l'idée que s'en font les experts médicaux. C'est à ce titre qu'elle est particulièrement intéressante pour la sociologie.

En nous aidant des outils conceptuels forgés par la sociologie de la culture et de l'enseignement, nous l'analyserons comme une *entreprise de normalisation culturelle* visant à imposer comme légitime et à inculquer une certaine manière de se comporter par rapport au corps et aux enjeux de santé. En dégageant les liens d'affinité ou de distance entre le profil préventif idéal et le champ social, autrement dit, en mettant à jour le versant social des contenus inculqués et l'habitus qui le sous-tend, on entend mettre en évidence *l'arbitraire culturel qui est imposé sous couvert de rationalité médicale* et la violence symbolique qui en est le corollaire. On montrera, entre autres choses, les effets sociaux induits par l'imposition d'une normalité en matière de comportements corporels: la stigmatisation et l'indignité des individus qui, de

4) Pour une présentation de cette campagne et de ses résultats, cf. Groupe d'étude du Programme National de Recherche No 1 (1982).

5) L'OMS coordonne en Europe une série de 14 projets du type de celui étudié ici.

par leurs conditions sociales d'existence, sont les moins aptes à adopter le style préventif préconisé. On tentera ainsi d'établir que le champ de la prévention, loin d'être un terrain neutre, relaye et redouble les mécanismes externes de domination.

Le propre de tout arbitraire culturel étant de ne jamais se donner pour tel, mais toujours sous les dehors d'une légitimité, c'est la rationalité médicale invoquée pour fonder et légitimer l'entreprise qu'il faudra scruter dans un deuxième temps. Par rationalité médicale nous entendons l'ensemble des représentations, idées, conceptions, théories, connaissances ayant servi de cadre conceptuel de référence à l'action de prévention. On verra que dans celui-ci sont liées indissociablement des connaissances plus ou moins bien étayées scientifiquement et des représentations idéologiques induisant des choix arbitraires.

On mettra aussi l'accent sur les effets idéologiques produits par le modèle de pensée préventif: l'occultation des dimensions structurelles – économiques, sociales, politiques – des phénomènes de santé et de maladie et donc la neutralisation de toute une série d'enjeux socio-politiques retraduits en enjeux purement médicaux. Dans la même foulée, on sera amené à remettre en question la prétention de la médecine préventive à être une médecine sociale. Pour terminer, on tentera de dégager, au-delà des finalités officielles proclamées les intérêts spécifiques du corps médical à la promotion de ce genre d'entreprise.

1. L'INCULCATION D'UN ARBITRAIRE CULTUREL

L'éducation du public, telle qu'elle est conçue dans la campagne de prévention des maladies cardio-vasculaires, n'a pas pour fin principale de divulguer un ensemble de connaissances en vue d'accroître le niveau de compétence médicale et donc l'autonomie des individus par rapport à leur corps et à leur santé. Il s'agit d'une opération autre et autrement plus ambitieuse qui relève tout droit des visées de l'ingénierie sociale: *agir sur des populations pour en modifier, au moyen d'une action délibérée, les mentalités et les comportements.* En d'autres termes, produire une *action d'imposition et d'homogénéisation culturelles.* La campagne de prévention vise en effet à imposer comme légitime une certaine manière de se comporter envers le corps et les enjeux de santé et à disqualifier toutes les autres en les faisant apparaître sous le masque de l'indiginité culturelle. On cherche ainsi à faire intérioriser

les principes d'une morale sanitaire dans laquelle les attitudes et comportements se départagent selon les catégories du bon et du mauvais. Cette imposition d'un arbitraire culturel s'accompagne d'une action d'inculcation visant à faire adopter par l'ensemble d'une population les valeurs, représentations, règles de comportements dictées par les experts de la santé. En bref, il s'agit de substituer à la diversité des habitus – qui reflètent la diversité des positions occupées dans l'espace social – un habitus unique censé favoriser la santé.

Pour réaliser leurs objectifs, les initiateurs du programme de prévention ont misé sur la mobilisation de l'ensemble de la population. S'inspirant des travaux de la sociologie de la communication qui a montré l'importance des réseaux d'interaction et d'influence dans la transmission des messages, ils ont joué à fond la carte de la collectivité nyonnaise. Ils se sont ainsi assuré le concours de personnalités et institutions locales (corps médical, corps enseignant, ligues de santé, sociétés et associations, partis politiques, entreprises, etc.) chargées de relayer l'action auprès de la population, c'est-à-dire de servir à la fois de caution à l'opération et d'agents de mobilisation.

On peut distinguer deux grands types d'intervention sur la collectivité. Tout d'abord une opération de propagande de grande envergure visant à sensibiliser la population aux problèmes de maladie/santé cardio-vasculaire et à lui inculquer des attitudes et comportements censés favoriser la santé. Cela s'est fait principalement à travers les media et par la mise sur pied de différentes actions: ouverture d'un Centre de prévention au cœur de la ville, distribution d'un questionnaire sur l'état de santé et les pratiques qui lui sont liées, examens de santé gratuits, organisation de deux kermesses du cœur, etc. L'autre type d'intervention visait principalement l'encadrement et le soutien des individus porteurs de facteurs de risque. Divers groupes furent ainsi créés en fonction des facteurs de risque à combattre – tabac, alimentation, tension artérielle, stress – basés sur les techniques de la dynamique de groupe.

C'est donc une véritable croisade sanitaire qui a été mise sur pied – qui n'est pas sans rappeler en plus ambitieux les campagnes missionnaires mobilisant toute une population autour d'enjeux religieux et moraux – en vue de rallier les Nyonnais à la cause de la prévention.

1.1. LA DIMENSION SOCIALE DES VALEURS, REPRESENTATIONS ET ATTITUDES INCULQUEES

Parallèlement à l'objectif prioritaire – la modification des comportements à risque – la campagne de prévention vise à imposer et à inculquer certaines valeurs, représentations, attitudes concernant la santé, la maladie et le rapport de l'individu à celles-ci.

– *La santé comme valeur première et étalon des conduites*

Les messages émis durant la campagne véhiculent l'idée que la santé est une valeur centrale de la vie, qu'elle constitue la dimension essentielle du bien-être et par conséquent que la vie quotidienne doit être organisée en fonction des règles qu'elle implique. Cela suppose que dans l'ensemble des investissements – nécessairement limités – que les individus sont prêts à consentir pour améliorer la qualité de leur vie, la priorité revienne à la sphère de la santé (plutôt qu'à d'autres sphères: économique, travail, habitat, etc.) (Fischer, 1981, 32). Il s'agit là d'un premier arbitraire, correspondant aux intérêts de certains groupes (les professionnels de la santé, les milieux aisés), mais pas nécessairement à ceux de l'ensemble de la population. Si le discours tenu donne si facilement l'illusion que la santé est une valeur universelle, également désirable par tous, c'est bien parce que la chose est présentée de façon décontextualisée, indépendamment des conditions concrètes de sa réalisation. Ainsi, l'alternative proposée donne à choisir entre santé et maladie et jamais entre investissements de santé et autres investissements, ou entre coûts de santé et bénéfices de santé. L'équivalence "vivre sain/vivre mieux" présentée sur la couverture du dépliant de propagande diffusé à Nyon n'est plus aussi évidente dès qu'on la réfère aux coûts psychologiques et sociaux exigés par l'impératif de santé. Le bon vivant qui entreprend un régime amaigrissant lui supprimant non seulement ses nourritures préférées, mais encore des occasions de repas et de rencontres entre amis, vivra-t-il mieux ou moins bien? La même question peut être posée à propos du fumeur [6] à qui la cigarette apporte

6) L'on ne peut s'empêcher d'évoquer ici Paul Valéry qui, contraint à des privations matérielles, préférait se passer de nourriture plutôt que de tabac.

l'indispensable détente au milieu des tensions et frustrations de la vie quotidienne.

En même temps que valeur centrale à privilégier, la santé devient, dans l'optique de prévention, *l'étalon* unique par rapport auquel sont jugés les comportements impliquant le corps. L'on vise ainsi à introduire dans les conduites les plus quotidiennes et les plus prosaïques (boire, manger, se divertir, etc.) une référence constante à des enjeux de santé ; sont invalidées de la sorte toutes les autres significations et fonctions de ces conduites. En fait, c'est une véritable transformation des perceptions et jugements qui est ainsi tentée, pouvant aboutir à un complet renversement du sens que certains groupes confèrent habituellement à un des actes. Par exemple, la valeur positive associée dans les couches populaires au fait de manger abondamment ou gras, devient dans le discours de prévention, valeur négative signifiant risque et menace pour la santé.

– *La maladie comme potentiellement présente dans la santé et la nécessaire vigilance*

Parallèlement est propagée l'idée que la maladie est toujours potentiellement présente dans la santé, qu'elle guette chacun sournoisement et qu'en conséquence la vigilance, plus précisément l'écoute et l'observation constante du corps, ainsi que des pratiques de maintien et de renforcement de la santé s'imposent.

> "Nous savons que la vie actuelle, trépidante, exigeante, nous fait courir des *risques considérables.* Et pourtant nous nous contentons trop souvent d'attendre les apparitions de la maladie pour demander au médecin la guérison." [7]

> "Anxieux, pressé par le rythme de vie moderne: qui ne l'a jamais été et qui n'a alors perçu les battements accélérés de son cœur? Le sang circule plus vite dans les artères, la pression s'élève, ce qui, à l'occasion n'est pas un mal. Mais lorsque cela devient permanent, il y hypertension.

7) Brochure de propagande distribuée à Nyon pendant la campagne de prévention. (souligné par nous)

Sans que nous le remarquions notre cœur, cette pompe à sang, alors s'épuise et *risque fort de caler* comme un moteur trop poussé. Et cela ne *guette* pas seulement l'homme, mais aussi la femme, même la mère de famille." [7]

"Un baromètre est fait pour être consulté. *Prenez l'habitude de faire contrôler votre tension,* ce 'baromètre' de votre santé!" [7]

"Détente et relaxation ne sont plus un luxe, mais une *nécessité vitale."* [7]

– *La santé: affaire de résponsabilité individuelle*

Une des notions-clé que doit faire intérioriser une stratégie de prévention axée sur l'individu est celle de la responsabilité personnelle en matière de santé et de maladie. C'est par une vie quotidienne saine, équilibrée, sans abus, que l'on peut s'assurer une bonne santé.

"La santé n'est pas seulement un problème de spécialistes, c'est aussi *notre affaire à tous!"* [7]

"Le meilleur garant de votre santé est l'intérêt que vous lui portez *parce que c'est votre affaire."* [7]

"Les jeunes, eux surtout, ont droit à une information complète et réaliste des risques que le tabac, l'alcool, le manque d'hygiène leur font courir. Ainsi seront-ils à même de choisir leur mode de vie, de prendre leurs *responsabilités,* de contracter la meilleure assurance-vie: une vie *saine, équilibrée."* [7]

Bien que présentées sur la toile de fond d'une rationalité médicale, les valeurs, représentations et attitudes inculquées ne sont nullement déductibles d'une quelconque rationalité scientifique. En revanche, elles expriment parfaitement l'ethos de certaines couches sociales, les couches moyennes et supérieures auxquelles appartiennent précisément les membres du corps médical et desquelles ils détiennent par délégation leur pouvoir d'intervention sur autrui. Ainsi, l'importance primordiale assignée à la valeur santé et ses implications

concrètes – gérer sa vie à travers une discipline qui diffère les gratifications immédiates en vue d'un bien futur – n'a de sens que pour des milieux favorisés, dont les besoins les plus immédiats (avoir un travail et un travail gratifiant, gagner suffisamment, être logé convenablement, etc.) sont satisfaits et qui peuvent se payer le "luxe" d'un investissement à long terme dans la sphère de la santé. De même, le type d'habitus qu'exige une attitude préventive – conscience et écoute du corps, perception des signes avant-coureurs de la maladie, représentation de la maladie comme potentiellement présente dans la santé – est caractéristique d'un rapport réflexif à son corps, qui se rencontre principalement chez les non manuels et préférentiellement chez les femmes (Boltanski, 1971).

Enfin, il faut voir que l'aptitude à se tenir pour responsable de sa santé ou de sa maladie est directement fonction du degré de maîtrise que l'on peut exercer sur son corps, ou, si l'on préfère, du degré auquel le corps est protégé contre des risques et des menaces externes. Plus généralement, la motivation à jouer le jeu de la prévention dépend des chances objectives que l'on a d'y gagner, c'est-à-dire de la mesure dans laquelle les investissements consentis pourront être rentabilisés sous la forme d'un surplus de santé. Or, les risques objectifs menaçant la santé de certaines catégories de travailleurs, particulièrement des travailleurs manuels (multiples agressions contre le corps: bruit, fatigue musculaire, usure physique, sans parler des maladies et des accidents professionnels invalidants) et l'espérance de vie et de santé réduite qui les caractérise et qu'ils perçoivent à travers leur propre expérience et celle des membres de leur groupe, ne peuvent que décourager des investissements de santé qui risquent d'être faits en pure perte. Dans ces conditions, l'attitude qui consiste à jouir d'abord de la vie n'est pas la plus déraisonnable qui soit.

1.2. L'ENRACINEMENT SOCIAL DES "BONS" ET DES "MAUVAIS" COMPORTEMENTS SANITAIRES

Substituer aux comportements générateurs de maladies des comportements sains, tel est le point central et le volet le plus ambitieux du programme de prévention des maladies cardio-vasculaires. Cela implique d'imposer cer-

tains comportements comme bons et d'autres comme mauvais et en conséquence de faire adopter par le plus grand nombre possible les "bons" comportements. Cinq grandes sphères de conduites relatives au corps ont été prises pour cibles de l'action menée: la consommation de tabac, l'alimentation, l'activité physique, la tension artérielle et la réaction au stress. On résumera comme suit les principales règles et recommandations émises durant la campagne:

---

1) *consommation de tabac:* à supprimer

---

2) *alimentation*

- éviter l'excès de calories et surveiller son poids
- choisir des nourritures saines et légères (fruits, légumes, céréales complètes, viandes maigres, poisson, volaille)
- restreindre la consommation des graisses, surtout des graisses animales; donner la préférence aux corps gras riches en acides gras polyinsaturés. Soit concrètement:
  - limiter la consommation des saucisses, fromages gras, œufs
  - être très prudent avec le beurre; éventuellement le remplacer par de la margarine de haute qualité
  - choisir des laitages partiellement ou totalement écrémés
  - utiliser des huiles végétales, telles l'huile de tournesol, de maïs, de chardon
- limiter la consommation d'alcool et de sucre
- réduire la consommation de sel

---

3) *activité physique:* pratiquer un sport régulièrement

---

4) *réaction au stress:* apprendre à se détendre

---

5) *tension artérielle:* à contrôler

Ces règles de conduite sont censées pouvoir être adoptées par tout individu ayant un minimum de conscience des enjeux de santé et doué d'un peu de bonne volonté. Or, comme nous allons le voir, le type de conduites préconisées et l'habitus qu'elles impliquent sont loin d'être également compatibles avec les différents univers sociaux.

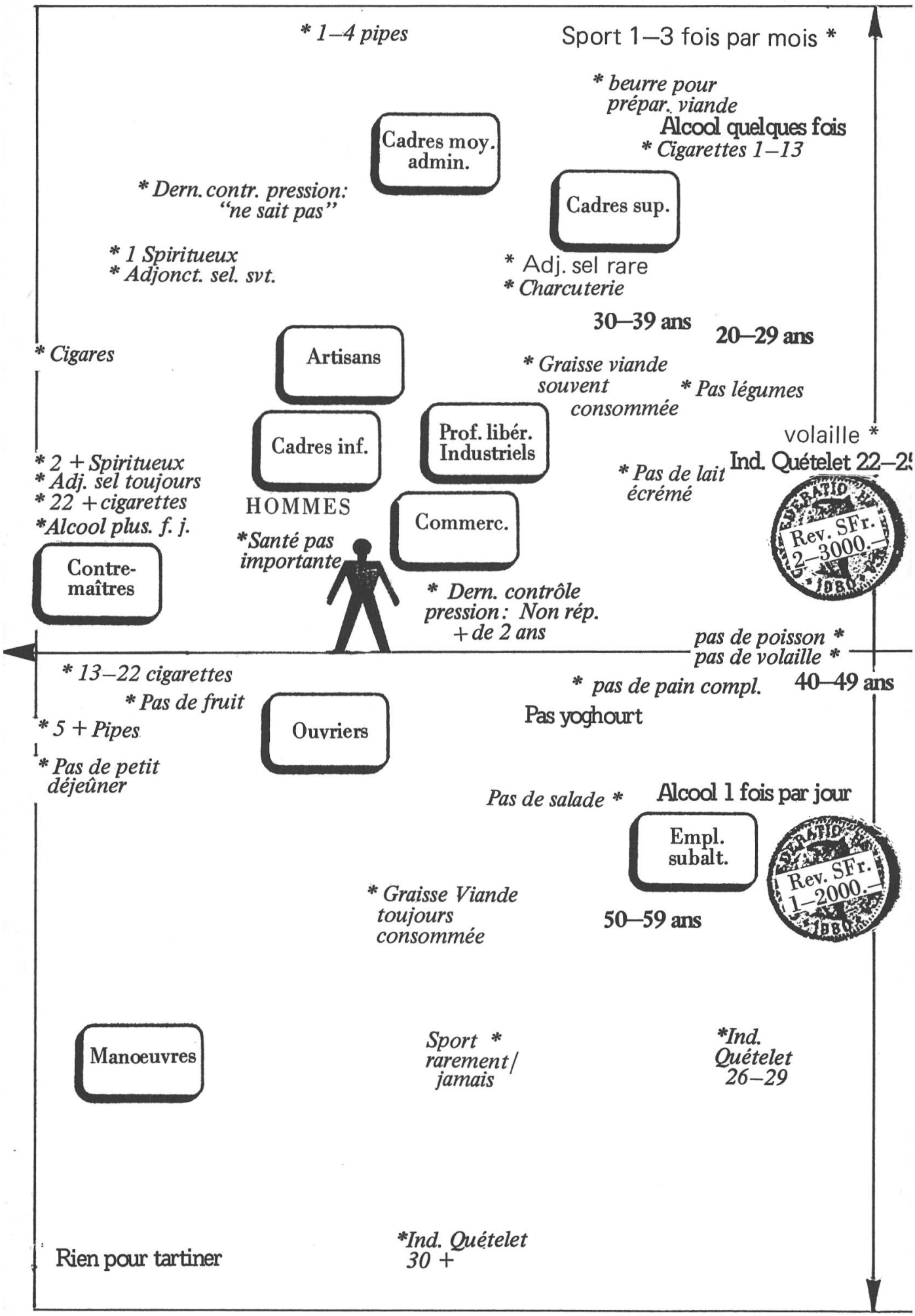
Grâce aux renseignements recueillis au moyen d'un questionnaire par les initiateurs du Programme de prévention auprès d'un quart de la population de Nyon, [8] il est possible de connaître les pratiques réelles relatives aux principales sphères évoquées [9] et les positions sociales qui leur correspondent. En confrontant les pratiques effectives et les comportements idéaux promus, on peut mettre en évidence les zones de recoupement et d'exclusion des deux ensembles et par là dégager l'arbitraire culturel inculqué sous forme de comportement préventif. Avant de présenter les résultats obtenus à l'aide de l'analyse en composantes multiples, il est nécessaire de faire deux remarques à propos du matériel empirique utilisé:

- les données récoltées l'ont été en fonction d'une problématique de prévention des maladies cardio-vasculaires. Les variables relatives aux pratiques constituent donc une sélection de l'ensemble des pratiques qui seraient pertinentes pour une analyse sociologique. Les résultats portent évidemment la marque de ce découpage.

- La population étudiée est constituée à 90 % de participants spontanés et à 10 % d'un échantillon prédéterminé. Elle n'est donc pas représentative de la population nyonnaise puisqu'y sont sur-représentés les individus les plus motivés à s'investir dans des enjeux de santé et de prévention, à savoir les membres des couches moyennes et supérieures (Gillioz, 1980).

8) Données recueillies dans le cadre du Programme national suisse de recherche No 1 A, placé sous la direction du Prof. W. Schweizer et que les responsables du programme ont bien voulu nous transmettre.

9) L'aptitude à se détendre n'a pas été investiguée en tant que telle, en revanche on a mesuré la sensibilité au stress.


* 1–4 pipes
Sport 1–3 fois par mois *
* beurre pour prépar. viande
Alcool quelques fois
* Cigarettes 1–13
Cadres moy. admin.
Cadres sup.
* Dern. contr. pression: "ne sait pas"
* 1 Spiritueux
* Adjonct. sel. svt.
* Adj. sel rare
* Charcuterie
30–39 ans
20–29 ans
* Cigares
Artisans
* Graisse viande souvent consommée
* Pas légumes
Cadres inf.
Prof. libér. Industriels
volaille *
Ind. Quételet 22–25
* 2 + Spiritueux
* Adj. sel toujours
* 22 + cigarettes
*Alcool plus. f. j.
* Pas de lait écrémé
HOMMES
Commerc.
*Santé pas importante
Contre-maîtres
* Dern. contrôle pression: Non rép. + de 2 ans
pas de poisson *
pas de volaille *
* 13–22 cigarettes
* Pas de fruit
* pas de pain compl.
40–49 ans
Pas yoghourt
* 5 + Pipes
Ouvriers
* Pas de petit déjeûner
Pas de salade *
Alcool 1 fois par jour
Empl. subalt.
* Graisse Viande toujours consommée
50–59 ans
Manoeuvres
Sport * rarement/ jamais
*Ind. Quételet 26–29
Rien pour tartiner
*Ind. Quételet 30 +

chocolat

* Sport 1 fois par semaine

Cadres moy. sect. médico-socio-pédag.

* Ind. Quételet 20–21

Empl. qual.

Beurre pour tartiner

* Ind. Quételet ≤ 19

* Sport plusieurs fois par semaine

* 1 Yoghourt

* Graisse viande rarement consommée

* Salade

* Poisson

* Pain complet

* Alcool rarement

Santé moy. importante

Petit-Déj. *

* Fruits

* Huile tournesol

Graphique 1

ESPACE DES PRATIQUES LIEES AU CORPS

* *comportements non conformes*
* comportements conformes

* Cigares: 0

* Pipes: 0

FEMMES

* Spiritueux: 0

* 0 Cigarette

* Légumes

* Graisse viande non consommée

ernier contrôle pression *
2 dern. mois

* Pas de charcuterie

Santé mauvaise

* 2 + yoghourts

Maladie longue durée

* Pas beurre pour préparation viande

* Santé très importante

Sans activité rémunérée

60–69 ans

* Lait écrémé

* Adjonct. de sel: non

Médicaments pour hypertension
70 ans +
Médicaments contre cholostérol

*Pas de graisse pour préparation de la viande

Margarine pour tartiner *

* Jamais d'alcool

L'analyse en composantes multiples a permis dans un premier temps de mettre en évidence *l'espace des pratiques relatives au corps* que découpent les deux premiers facteurs (cf. Graphique 1). Sur le premier facteur [10] s'opposent deux types de pratiques: à un pôle, la consommation de produits forts (alcool, tabac, sel, nourritures grasses), c'est-à-dire à fort effet sur le corps – effet immédiat au niveau de la sensation ou du goût, de l'énergie et de la stimulation procurée, mais aussi effet à long terme sur la forme et l'état du corps – à l'autre pôle la consommation de produits légers à faible effet sur le corps et l'évitement des produits forts. On remarquera que les oppositions signalées recoupent presque exactement celles faites entre comportements sains et comportements dommageables pour la santé.

De toutes les variables sociologiques, c'est le genre qui est le plus fortement corrélé avec le premier facteur. C'est par l'intermédiaire de la représentation qu'ont les individus de leur corps et des produits qui lui sont adaptés que s'engendrent les oppositions observées: d'une part corps masculin fort et solide qui demande et supporte des produits forts, d'autre part corps féminin plutôt fragile et délicat qui exige des produits légers (Bourdieu, 1979, 211). Ces représentations sont d'ailleurs cohérentes avec la définition sociale du sexe féminin comme faible et du sexe masculin comme fort.

10) Les modalités de variables saturant le plus le premier facteur sont, pour le pôle négatif: alcool souvent, pas de petit déjeûner, pas de fruits *, deux verres et plus de spiritueux *, plus de 22 cigarettes par jour, consommation de cigares, 13–22 cigarettes par jour, adjonction de sel au restaurant, 0 yoghourt *, 1 verre de spiritueux *.
Modalités de variables saturant le plus le pôle positif: yoghourts *, consommation rare d'alcool, fruits *, utilisation de lait maigre ou écrémé, utilisation de margarine pour tartiner, prise du petit déjeûner, pas d'adjonction de sel au restaurant, pas de consommation d'alcool, 0 cigarettes par jour, graisse de la viande non consommée.

* consommé(s) le jour précédent l'enquête

Le deuxième facteur [11] oppose des pratiques de restriction et de ménagement du corps – abstention ou faible consommation de graisses et notamment de graisses animales, de sel, d'alcool, mais aussi restriction en dépense physique – à des pratiques relevant de ce que l'on pourrait appeler un hédonisme modéré – consommation de graisses nobles (beurre), de chocolat, de charcuterie, consommation contrôlée d'alcool et de tabac, ainsi que pratique modérée d'un sport.

Sont le plus corrélés à ce deuxième facteur, l'âge, la possession de capitaux économiques, culturels, professionnels, ainsi que l'état du corps. C'est ainsi que les pratiques les plus restrictives sont liées à des âges avancés, à une pauvreté en capitaux et à un corps gros et/ou malade, alors que les pratiques hédonistes sont corrélées à des âges jeunes, à la possession de capitaux et à un corps en bonne forme (au sens physique et esthétique).

Le recours aux techniques de l'analyse discriminante a permis, dans un deuxième temps, d'approfondir et d'affiner l'analyse. On a ainsi établi une typologie des individus, selon leurs pratiques corporelles et dégagé la configuration des variables sociologiques qui lui correspond. En montrant à quels univers ils appartiennent, on entend mettre en lumière la logique à l'œuvre derrière la variété des pratiques, ainsi que l'arbitraire culturel inhérent à l'action de prévention. Dans la présentation des types, on se limitera aux profils les plus caractérisés – soit ceux qui se rapprochent et s'éloignent le plus

11) Les modalités saturant le plus le deuxième facteur sont, pour le pôle négatif: utilisation de margarine pour tartiner, pratique d'un sport: rare ou nulle, pas d'adjonction de sel au restaurant, pas de consommation d'alcool, pas d'utilisation de beurre pour préparer la viande, le poisson, les œufs, indice de Quételet * compris entre 26 et 29, pas de fromage, ** consommation de lait maigre ou écrémé, pas de graisse pour préparer la viande, le poisson, les œufs. Pour le pôle positif: utilisation de beurre pour préparer la viande, le poisson, les œufs, utilisation de beurre pour tartiner, chocolat, ** pratique d'un sport plusieurs fois par semaine, consommation d'alcool quelquefois, pas d'adjonction de sel au restaurant, consommation de charcuterie, ** indice de Quételet compris entre 20 et 21, un œuf, ** 1 à 12 cigarettes par jour, adjonction de sel au restaurant rare, pratique d'un sport 1 à 3 fois par mois.

* Indice de Quételet = Poids/(Taille)^2 La valeur idéale est 20.
L'obésité est définie, selon les normes médicales, par un excès de poids de plus de 20 % par rapport à la norme, soit un indice de Quételet supérieur à 24.

** consommé(s) le jour précédent l'enquête

des comportements sanitaires idéaux promus. On en a retenu 4 que l'on a désignés comme suit: les "prédestiné(e)s" à la prévention, les modéré(e)s, les ascètes par nécessité et les réfractaires à la prévention.

1) Les "prédestiné(e)s" à la prévention

Dans ce type (n = 107), le plus proche de l'idéal sanitaire des promoteurs de la campagne, sont sur-représentées les conduites considérées comme favorables à la santé. [12] Il regroupe des individus qui, majoritairement, se caractérisent comme suit:

- ne fument pas
- pratiquent un sport régulièrement
- ne consomment pas d'alcool ou peu fréquemment
- ont une alimentation conforme aux principes de la diététique:
  - tendent à éviter les nourritures grasses
  - choisissent des aliments sains et légers (ex. huile de tournesol, fruits, pain complet, poisson, volaille)
  - ne présentent pas d'excès calorique (cf. Indice de Quételet)
- ont fait contrôler leur tension artérielle au cours des 12 derniers mois.

Ce profil de comportements est lié à des positions précises dans l'espace social. En effet, les individus de ce type sont majoritairement de sexe féminin (3/4) et proviennent principalement des couches moyennes. [13] Plus de la moitié exercent une activité rémunérée. On observe une nette sur-représentation des employé(e)s et tout particulièrement des employé(e)s qualifié(e)s.

12) Les résultats chiffrés relatifs aux pratiques des différents types se trouvent dans le Tableau 1 en annexe.

13) Les résultats chiffrés relatifs aux caractéristiques sociologiques des différents types se trouvent dans le Tableau 2 en annexe.

La proximité de ce type par rapport au style de vie visant la santé cardiovasculaire ne doit pas être interprétée comme la conséquence d'un souci omniprésent de sa santé induisant un ascétisme de type volontariste. En effet, à la question de l'importance accordée à la santé, la majorité des individus de ce type choisissent une réponse moyenne. [14] La proximité relevée nous semble être bien plus l'expression "spontanée" d'un ethos de mesure et de retenue et d'un principe de bonne volonté culturelle, engendrés par la position occupée dans la division sexuelle et sociale du travail: celle de femme et de membre des couches moyennes.

2) *Les modéré(e)s*

Ce deuxième type, à effectif plus nombreux (n = 489), rassemble des individus dont les comportements, caractérisés par la modération, se situent dans la ligne des recommandations émises par les promoteurs de la campagne. Il se distingue toutefois du précédent par des taux plus bas de pratiques favorables à la santé (cf. Tableau 1 en annexe). Le profil sociologique de ce type est assez proche du précédent. Certaines différences peuvent néanmoins être observées:

- la part des hommes y est un peu plus élevée (38 % contre 24 % dans le type 1)
- les niveaux économiques, culturels et sociaux moyens y sont moins bien représentés, au profit des extrêmes
- la part des individus âgés est plus importante (35 % ont plus de 50 ans, contre 16 % dans le type précédent).

A relever que ce type n'est pas très différent de l'ensemble de la population étudiée (cf. Tableau 2 en annexe), bien qu'il soit un peu mieux pourvu en capitaux que la moyenne. Cela n'est pas étonnant, si l'on se rappelle que

14) 3 réponses étaient possibles: 1) Je vis à ma façon, sans tenir compte des répercussions possibles sur ma santé. 2) Je choisis mon mode de vie pour jouir d'une bonne santé (ou ne pas l'aggraver). 3) J'attache une grande importance à ma santé, c'est elle qui détermine mon mode de vie.
75 % des individus de ce type ont retenu la réponse No 2; 20 % la réponse No 3 et 6 % la réponse No 1.

notre population est formée à 90 % de participants spontanés, donc d'individus culturellement proches du profil idéal de prévention cardio-vasculaire.

3) Les ascètes par nécessité

Ce troisième type (n = 327) est relativement proche du profil idéal, sauf sur deux points:

- la pratique régulière d'un sport et
- la non-obésité.

En revanche, pour ce qui est de la consommation de tabac, d'alcool et l'évitement des graisses animales, il se montre plus restrictif que les précédents. C'est à son propos que l'on pourrait parler d'ascétisme obligé. En effet, les restrictions que les membres de ce type s'imposent – et qui touchent aussi à la dépense en énergie physique – semblent bien leur être imposées par un corps en mauvais état: obèse, vieux ou malade. Plus de 30 % des individus de ce type disent avoir un état de santé moyen ou mauvais; 20 % déclarent souffrir d'une maladie de longue durée et, fait à relever, près de la moitié est obèse.

Pour ce qui est des caractéristiques sociologiques, ce type rassemble principalement des individus de sexe féminin (71 %), plutôt âgé(e)s (une personne sur deux a 50 ans et plus), à faibles capitaux économiques, sociaux et culturels. La faiblesse en capitaux joue sans doute comme facteur renforçateur des restrictions que les membres de ce type s'imposent.

4) A l'opposé du profil idéal, on trouve le type des *réfractaires à la prévention* qui se caractérisent majoritairement comme suit:

- fument régulièrement (20 % fument plus d'un paquet par jour)
- ne font pas de sport ou seulement rarement
- consomment fréquemment de l'alcool
- ont une alimentation peu conforme aux principes de la diététique (cf. Tableau 1 en annexe)

A relever que pour un individu sur deux plus d'une année s'est écoulée depuis le dernier contrôle de tension artérielle. C'est aussi dans ce type que l'on trouve le plus fort pourcentage d'individus qui accordent une faible importance à la valeur santé: près de 30 % disent vivre à leur façon, sans tenir compte des répercussions possibles sur leur santé, contre respectivement 6 %, 7 % et 13 % dans les types précédents.

Ce type se différencie également du point de vue des caractéristiques sociologiques de ses membres. Il regroupe en effet une majorité d'hommes (2/3), d'individus appartenant le plus souvent aux couches populaires (59 %), à qualifications scolaires ou professionnelles soit nulles (54 % n'ont pas de diplôme ou certificat), soit de type apprentissage (c'est le cas de 60 % de ceux qui ont obtenu un diplôme). Un individu sur quatre est Italien ou Espagnol.

Soulignons que les écarts enregistrés entre types extrêmes sont certainement sous-estimés par rapport à ce que l'on observerait dans la totalité de la population nyonnaise puisque, de par ses mécanismes de constitution, la population étudiée n'inclut pas les individus les moins disposés à s'intéresser à leur corps, à la santé et à la prévention.

Les analyses faites mettent en évidence que les pratiques relatives au corps sont régies par deux grands types de logique: *une logique de genre et une logique de classe.* La logique de genre, produit de la division du travail entre les sexes, rend compte des oppositions dans les représentations entre corps féminin et corps masculin et des pratiques qui leur sont adaptées. Au corps féminin défini comme délicat et fragile par nature correspondent des pratiques d'attention et de ménagement du corps, alors que le corps masculin, vu comme essentiellement fort et solide, appelle des conduites plus audacieuses impliquant l'exposition à un certain nombre de risques (par exemple sports violents, consommation de tabac, d'alcool, etc.). De plus, les exigences normatives différentes selon le sexe – des femmes ont traditionnellement été exigés la mesure, la restriction, le sacrifice de soi, alors qu'un certain nombre de licences ont toujours été consenties aux comportements masculins – redoublent l'effet des déterminants signalés précédemment.

La logique de classe rend compte des rapports différents que les individus ont à leur corps en fonction de leur position dans l'espace social et de l'usage social et professionel du corps que celle-ci implique. A un habitus de non-écoute et d'oubli du corps, corrélatif d'un usage instrumental de ce dernier, qui se rencontre principalement dans les couches populaires, s'oppose un rapport réflexif au corps caractéristique des couches moyennes et supérieu-

res (Boltanski, 1968, 1971). Ce dernier qui va de pair avec un ethos de retenue et de mesure est à l'origine de tout un ensemble de comportements visant à maîtriser le corps, c'est-à-dire à le maintenir en forme et en santé. Le premier au contraire s'accompagne d'un ethos du "bien-vivre" et engendre des pratiques moins contraignantes et orientées davantage vers les gratifications immédiates (Bourdieu, 1979).

Les couches moyennes et supérieures, on l'a vu, sont relativement proches; on peut cependant observer certaines différences entre elles tant au niveau de l'ethos que des pratiques. Si les premières ont un rapport de maîtrise à leur corps, il s'agit d'une maîtrise dans l'aisance (Bourdieu, 1979) compatible avec un hédonisme modéré. En revanche, les couches moyennes, que leur bonne volonté culturelle porte à une observance relativement stricte des règles d'hygiène diffusées et qui transposent au niveau du corps les valeurs d'épargne et de restriction caractéristiques de leur comportement économique (Bourdieu, 1979), apparaissent comme les plus ascétiques. Rien d'étonnant donc que leurs pratiques soient les plus proches du modèle préventif promu.

A ces deux grands types de logique, s'en ajoute un troisième fortement liée à l'état du capital santé et donc à l'âge. [15] Un capital santé faible entraîne des pratiques prudentes visant à protéger et à économiser le corps, alors qu'un capital de santé élevé autorise des investissements plus intensifs et plus risqués du corps.

Les comportements idéaux inculqués durant la campagne de prévention, loin d'être neutres socialement, participent donc des différentes logiques évoquées et recoupent des zones bien précises de l'espace social. Ils apparaissent à l'analyse comme la *version médicalisée du modèle culturel propre aux femmes des couches moyennes et supérieures.* [16] D'ailleurs les caté-

15) S'il est évident que l'usure et la dégradation du corps sont fonction de l'âge, il ne faut cependant pas oublier que ce dernier n'a pas une signification univoque. A âge égal, les probabilités de survie ne sont pas identiques dans les différents milieux sociaux et témoignent donc d'une usure différente des corps.

16) Si, comme nous avons tenté d'en faire la démonstration, la médecine préventive loin d'être neutre, reproduit les rapports sociaux externes, on peut se demander pourquoi c'est un modèle de comportement féminin et non masculin qui est inculqué, puisque ce dernier serait en plus grande affinité avec les groupes et intérêts masculins dominants.
Répondre à cette question oblige tout d'abord à reconnaître qu'étant donné l'autonomie relative du champ de la médecine, les enjeux sociaux ne peuvent s'y exprimer que retraduits dans la logique de ce champ et

gories dans lesquelles sont pensés le sain et le malsain, notamment en matière alimentaire – soit la série

léger		
maigre		
mince		
délicat		
faible	à laquelle s'oppose	lourd
		gras
		gros
		grossier
		fort –

renvoient à des attributs sociaux qui fonctionnent précisément comme schèmes de perception sociale. C'est à travers eux que s'appréhendent et s'opposent les hexis corporelles et les façons d'être des classes non manuelles et manuelles, et aussi dans une certaine mesure des femmes et des hommes. De même *l'habitus de modération et de maîtrise* qu'impliquent les comportements inculqués – boire modérément, ne manger ni trop abondamment ni trop gras, s'abstenir de tabac – est caractéristique des femmes et des couches moyennes et supérieures. Ce qui est principalement visé comme malsain, et donc à modifier, dans l'action de prévention, paraît bien être le style de vie des couches populaires, et particulièrement des hommes. En cela la campagne préventive se situe dans la continuité de son ancêtre, le mouvement d'hygiène sociale, promu au siècle dernier dans le but de moraliser et d'éduquer les classes populaires (Boltanski, 1969).

On peut donc voir qu'il y a *homologie entre "bons" et "mauvais" comportements sanitaires et "bons" et "mauvais" comportements culturels,* homo-

dans les limites autorisées par celle-ci. Or, la valeur centrale privilégiée par la médecine étant la conservation et la longévité maximum du corps, les médecins se doivent de promouvoir un style de vie "sage" se gardant des excès et des abus qui usent prématurément. Il n'est pas étonnant dans ces conditions que le modèle féminin de comportement, traditionnellement défini par la modération, la restriction, la retenue serve de paradigme dans une campagne de promotion de la santé.
Il ne faut pas oublier non plus que le rapport au corps des couches supérieures a tendance à se placer sous la dominance des valeurs féminines (Boltanski, 1968).

logie qui est à rapporter à l'identité d'habitus impliqué dans ces conduites. Ainsi le style de pratiques qui est le plus conforme au modèle de prévention [17] – celui des femmes de couches moyennes –, nous semble être l'équivalent, au plan du rapport au corps et à la santé, de l'hypercorrection langagière, caractéristique précisément de ces mêmes groupes. C'est bien le même ethos d'ordre et de conformité qui pousse à surenchérir en matière de bonne conduite sanitaire ou linguistique.

Vouloir généraliser à l'ensemble de la population des comportements et attitudes qui ne sont adaptés qu'à des univers sociaux bien précis, relève d'une entreprise de *violence symbolique*. En effet, cette volonté d'homogénéisation, si elle réussissait, ne pourrait qu'introduire des hiatus et des incohérences dans le style de vie des groupes sociaux les moins en affinité avec les comportements et attitudes préconisés. Mais il y a plus, dans la mesure où les conduites relatives au corps remplissent une fonction d'affirmation de l'identité sexuelle et sociale, substituer certains comportements à d'autres, équivaut à dénier à certains groupes l'expression de leur identité propre. Imposer, par exemple, à une population d'hommes ouvriers, des comportements tels que boire peu, manger légèrement, ne pas fumer, qui sont typiques des femmes de couches moyennes ou supérieures, ne peut que les mettre en total décalage avec les pratiques de leur groupe et les aliéner doublement en tant qu'hommes et que membres des couches populaires. L'action de prévention, telle qu'elle est conçue, implique donc des coûts sociaux très inégaux de la part des différentes classes, les plus pénalisées étant celles qui économiquement et socialement sont déjà le plus défavorisées. En cela, elle reproduit et redouble les mécanismes sociaux externes de domination.

On pourrait cependant nous objecter que cette violence symbolique n'aura finalement pas lieu de s'exercer, les chances de réussite de l'inculcation étant faibles dans les milieux populaires. Il est vrai que la campagne a toutes chances de prêcher des convertis, c'est-à-dire de convaincre les groupes qui sont déjà le plus en affinité avec le style de vie préconisé. Cependant il ne faut

17) Il faut toutefois observer qu'une stricte et totale observance des recommandations émises pendant la campagne en matière de comportements semble peu probable, vu qu'elle suppose la rencontre de traits peu compatibles. Ainsi, l'exigence d'éviter les graisses animales – plus précisément de remplacer le beurre par de la margarine et d'utiliser du lait maigre ou écrémé – est principalement le fait d'individus dont le corps est vieux, obèse ou malade. Par ailleurs, l'exigence de faire du sport suppose un corps relativement vigoureux et bien-portant.

pas sous-estimer les effets sociaux induits par ce genre d'entreprise. En inculquant l'idée que chacun est responsable de sa santé et que l'inobservance des préceptes émis par l'autorité médicale entraîne tôt ou tard une santé déficiente, on contribue à culpabiliser et à stigmatiser les groupes dont le profil sociologique ne correspond pas à celui qui sous-tend l'attitude préventive. En effet, la méconnaissance des déterminants sociaux à la base des comportements, ne peut qu'amener à penser la non-observance des règles émises dans les catégories moralisantes de la mauvaise volonté, de la négligence, du laisser-aller, et a toutes chances de déboucher sur une idéologie du blâme à la victime (Crawford, 1977). Cette idéologie peut avoir des conséquences matérielles très réelles dans la vie des individus. Ainsi la tendance se fait jour dans le monde des assurances à pénaliser les malades dont la conduite sanitaire n'est pas au-dessus de tout soupçon. Dans le canton de Zurich, par exemple, un homme, devenu invalide à la suite d'un infarctus du myocarde et qui avait été fumeur sa vie durant, a vu son assurance réduire la pension due de 20 % pour cause de "grande négligence". Dans la même logique, il faut citer le cas des fonctionnaires entrant dans l'administration danoise qui voient leur salaire réduit de 4 % s'ils dépassent les normes de poids prévues.

2. L'IDEOLOGIE INHERENTE AU MODELE MEDICAL DE REFERENCE

C'est le propre de tout arbitraire culturel inculqué de ne jamais apparaître comme tel, mais sous les apparences de la légitimité (Bourdieu, Passeron, 1970). C'est donc une rationalité de type médical qui est invoquée pour fonder et cautionner l'action de prévention. Initiée par des médecins dans le cadre des programmes nationaux du Fonds National de la Recherche scientifique, la campagne se déroule en effet sur la toile de fond d'une légitimité de type médico-scientifique. Ainsi l'on pourra toujours opposer à la démonstration que nous avons tenté de faire précédemment, une raison médicale supérieure qui fonde et justifie les contenus inculqués. C'est pourquoi il faut maintenant interroger cette rationalité, telle qu'elle s'exprime dans le modèle conceptuel sous-jacent au programme de prévention. Ce qui importe ici, ce n'est pas tant de poser la question limitée du bien-fondé médical et scientifique des règles inculquées; après tout il est probable que boire et manger modérément, s'abstenir de fumer, pratiquer un sport soient excellents pour la santé. C'est à un niveau plus global qu'il est nécessaire de se placer pour apercevoir *l'idéologie médicale* dans toute sa cohérence et comprendre l'arbitraire qu'elle induit: choisir dans l'ensemble des stratégies possibles de promo-

tion de la santé, celle qui reproduit les mécanismes sociaux de domination. On ne saurait voir en effet dans le modèle de référence qui a inspiré le programme de prévention des maladies cardio-vasculaires une somme de connaissances neutres et objectives, pas plus que dans la stratégie d'action choisie l'expression concrétisée d'une pure rationalité médicale.

Un tel programme, qui implique des choix qui ne sont pas neutres, est bâti à partir d'une certaine conception qu'a la médecine de la santé, de la maladie, de leurs déterminants et conséquemment des actions à entreprendre pour promouvoir le bien-être sanitaire. Dans cette conception sont liés indissociablement des savoirs plus ou moins fondés scientifiquement et des représentations idéologiques inhérentes à la façon de découper et d'envisager les objets étudiés. On tentera donc de débusquer l'idéologie et les partis pris inhérents au modèle de référence à tous les niveaux où ceux-ci sont repérables:

- dans les représentations de la santé, de la maladie et de leurs déterminants
- dans la centration de l'épidémologie sur des facteurs de risque isolés et décontextualisés et dans la sélection faite, parmi l'ensemble des facteurs de risque identifiables, de ceux à combattre
- dans la stratégie d'intervention choisie

et de montrer les effets de cette idéologie.

2.1. UNE CONCEPTION MEDICALISEE, FRAGMENTEE ET ABSTRAITE DE LA SANTE

La campagne de prévention étudiée est pensée en fonction d'une notion centrale: la pathologie cardio-vasculaire, le but visé étant de diminuer les facteurs de risque liés à l'apparition de ce type de maladies. Au point de départ donc une catégorie de la nosographie médicale. Il s'ensuit que la santé, loin d'être envisagée comme "un phénomène multidimensionnel impliquant des aspects physiques, psychologiques et sociaux interdépendants" (Capra, 1982, 306) est conçue en termes purement négatifs, comme envers de la maladie, et de façon abstraite, c'est-à-dire décontextualisée par rapport aux conditions de vie – travail, habitat, transports, etc. – dont elle dépend. De plus, la logique médicale analytique aboutit à morceler le concept même de santé, puisque celui-ci est limité à sa dimension cardio-vasculaire. Dans l'optique de cette conception strictement médicalisée une promotion globale de la santé tou-

cherait vite à l'absurde puisqu'elle impliquerait la multiplication indéfinie de programmes sanitaires ayant chacun pour cible un type de pathologies déterminées: maladies cancéreuses, rhumatismales, mentales, etc..

2.2. REPRESENTATIONS MEDICALES DE L'ETIOLOGIE DES MALADIES CARDIO–VASCULAIRES

L'évolution qui s'est manifestée dans l'éventail des pathologies traitées, où les maladies dites dégénératives ont pris le pas sur les maladies infectieuses prépondérantes au siècle passé, a mis le modèle médical classique en difficulté. Les pathologies actuelles ne se laissant pas réduire à une cause externe aisément repérable et éradicable, la médecine s'est trouvée confrontée au difficile problème d'une causalité éclatée et multifactorielle.

Il est devenu banal, dans le discours médical, de dire que les maladies cardio-vasculaires sont des maladies de civilisation, liées à notre environnement et à notre mode de vie. [18] Cependant, la conceptualisation de cet environnement reste floue et générale. Celui-ci est généralement présenté comme un tout vague et indifférencié, créateur de stress et de nuisances.

> "Nous savons que la *vie actuelle, trépidante, exigeante,* nous fait courir des risques considérables".
> "Anxieux, pressé par le *rythme de la vie moderne,* qui ne l'a jamais été . . . ?"
> "Circulation, bruit, tension nerveuse: stress". [19]

En revanche, sont rarement mis en cause des facteurs précis comme les conditions de travail par exemple – notamment les horaires, cadences, pénibilité, stress, risques d'accident – dont on sait pourtant qu'elles constituent un

18) Cf. par exemple Sendrail (1980, 437): "Ces facteurs de risque (cardio-vasculaires) sont ceux qui caractérisent précisément les temps modernes et surtout ceux de la vie urbaine: la pollution et avant tout le tabac, l'alimentation trop riche. . ., la sédentarité, l'obésité, le stress psychique. . . Ces facteurs de risque ne sont pas nouveaux, mais très spécifiques de la vie moderne et de la vie urbaine."

19) Brochure de propagande "Vivons de bon cœur", distribuée aux habitants de Nyon durant la campagne.

des déterminants fondamentaux de la santé et de la maladie. [20] Le côté stressant et hostile de l'environnement apparaît généralement comme la conséquence inéluctable du progrès, de la modernisation et de l'urbanisation de notre société et jamais comme la résultante de rapports sociaux organisés en fonction des intérêts dominants. Perçu comme une donnée quasi naturelle, donc intangible, l'environnement social n'est pas remis en cause et la promotion de la santé n'apparaît jamais liée à des changements structurels fondamentaux. Il n'est donc pas question d'adapter les conditions de vie aux individus, mais bien les individus aux conditions de vie.

> "Il n'y a pas d'âge pour prendre conscience de son corps et *l'adapter* aux conditions de vie actuelles". [21]

Dans la même veine, l'on trouve de plus en plus fréquemment mentionnée dans la littérature médicale préventive la notion de style de vie, comme étant à la base des comportements dommageables pour la santé. Conçus comme problèmes caractéristiques de nos sociétés d'abondance – voir par exemple la dénonciation de la nourriture trop riche et trop abondante, de l'excès de consommation de tabac, de l'absence d'efforts physiques, etc. – les styles de vie sont envisagés sur fond d'une vision moralisante, comme excès, absence de mesure, laisser-aller à la facilité. D'où l'insistance mise sur la correction des comportements *individuels.* La connotation morale des conseils donnés apparaît clairement dans la brochure de propagande diffusée à Nyon:

> "Faites de l'exercice, sur des chemins balisés, en individualiste ou en compagnie d'autres personnes qui, comme vous, ont besoin de se *ressaisir".* [21]

> "Prendre conscience de faits précis et réels, tels que l'influence sur la santé d'une alimentation déséquilibrée et des *abus de tous genres:* c'est un premier pas. Important". [21]

Ainsi l'on assiste à un curieux retournement des choses. Partant d'une constatation apparemment sociologique – c'est la civilisation actuelle qui est à l'origine des principales maladies de notre époque – on en arrive finalement à imputer la responsabilité de la santé et le poids de l'effort de prévention à l'individu uniquement. En fait, tout se passe comme si ce dernier devait compenser par un surcroît d'efforts et de discipline personnelle les aspects pathogènes de ses conditions d'existence. On peut voir dans ce parti-pris l'expression d'un *néo-moralisme médical,* pour lequel la santé/maladie re-

20) Cf. Guyot (1982) et particulièrement le chapitre 1: Les maladies du travail.

21) Brochure de propagande "Vivons de bon cœur". (souligné par nous)

présente la récompense/sanction d'une bonne/mauvaise conduite (Davis, 1979). Même si les promoteurs du programme de prévention se défendent de recourir à la culpabilisation comme technique de persuasion, il n'en reste pas moins que ce type d'idéologie blâmant la victime renferme implicitement une culpabilisation des déviants.

Il est intéressant de constater que ce n'est pas par hasard que cette tendance moralisante de la médecine préventive a refleuri ces dernières années, parallèlement à la crise économique et à l'inflation croissante des coûts médicaux. Le transfert des responsabilités des causes structurelles externes vers l'individu nous semble représenter l'équivalent idéologique d'un phénomène économique et social qui s'observe dans de nombreux pays: la restriction des dépenses publiques et le transfert d'une partie des coûts sociaux de la collectivité vers l'individu.

2.3. LA NOTION DE FACTEUR DE RISQUE OU LA DECONSTRUCTION DU SUJET CONCRET

La notion de facteur de risque représente la version opérationnalisée et fragmentée du discours sur le caractère pathogène de l'environnement et des styles de vie. Ce concept qui désigne tout élément rendant statistiquement probable l'apparition d'une maladie, est au cœur des théories de prévention primaire et s'est imposé au cours des 20 dernières années, avec le développement de l'épidémiologie et l'éclatement du concept classique de causalité. Etant donné la référence constante qui y est faite dans la campagne de prévention cardio-vasculaire, il vaut la peine d'examiner cette notion, la façon dont elle fonctionne, le statut qui lui est assigné dans la théorie épidémiologique et dans le modèle de prévention, et l'arbitraire qui entraîne la sélection de certains facteurs au détriment d'autres.

La première chose qui frappe l'observateur est que les facteurs de risque sont envisagés de façon isolée et fragmentée sans que soit construit le *système des risques d'un groupe social donné.* [22] Les seules associations faites sont

22) On parle certes en épidémiologie de population à risque, mais ce qui est ainsi désigné ne constitue nullement un groupe au sens sociologique du terme, mais un simple aggrégat d'individus rassemblés à partir d'une caractéristique définie extérieurement. Cela n'est pas sans conséquence sur l'action concrète de prévention et ses chances d'efficacité.

de nature quantitative et considèrent les conséquences de l'additivité de deux ou plusieurs risques. Il s'agit là d'une façon de procéder caractéristique de l'épidémiologie, discipline visant à établir des corrélations statistiques terme à terme entre des facteurs de risque atomisés et des pathologies, sans visée théorique intégratrice. Le positivisme de la méthode entraîne une absence d'articulation logique et de hiérarchisation entre les facteurs en fonction du type de relation qu'ils entretiennent avec la variable à expliquer – rapport de causalité directe, indirecte ou médiatisée, de concomitance, etc. – et du niveau de détermination auquel ils opèrent. Les seuls hiérarchisations faites sont de nature quantitative et fonction de l'intensité de la corrélation observée. Cela revient à attribuer un statut épistémologique identique à des facteurs situés à des niveaux de détermination très différents (niveau biologique, comportemental, environnemental, économique, social, etc.).

Qu'on en juge par la liste plutôt hétéroclite qui suit:

LISTE ALPHABETIQUE DE FACTEURS DE RISQUE DES MALADIES CORONARIENNES *

Acides gras	Non-dureté de l'eau
Acide urique dans le sérum	Obésité, poids excessif
Anomalies de l'E.C.G.	Oligoéléments
Carboxyhémoglobine	Pectine (p)
Carence en chrome	Personnalité (Type A)
Cholestérol	Profession
Climat	Radioactivité α de l'eau
Consommation nationale d'énergie	Repas lourds
Diabète, tolérance aux glucides	Revenu, niveau de vie
Disulfure de carbone	Rythme cardiaque au repos
Education, niveau	Sexe masculin
Facteurs génétiques	Son (céréales) (p)
Fractions lipidiques, lipoprotéines sériques	Stress
	Sucre
Graisses	Triglycérides
Groupe sanguin autre que 0	Troubles de la coagulation
Hypertension	Troubles respiratoires
Hypothyroïdisme latent	Usage du tabac
Inactivité physique	Valeurs de l'hématocrite

p = effet protecteur

*) cité in: Groupe d'étude du programme national suisse de recherche No 1A., 1979, 100.

Etant donné l'impossibilité de maîtriser *tous* les facteurs de risque associés à une pathologie, sont généralement sélectionnés ceux qui présentent une *pertinence médicale* immédiatement saisissable. Les facteurs de risque à contenu économique, social, culturel, s'ils sont cités dans la littérature, ne sont cependant pas retenus. [23] Dans l'exemple qui nous intéresse, on a pris comme cibles principales les facteurs de risque considérés comme classiques en matière de pathologie cardio-vasculaire:

- le tabagisme
- l'hypertension artérielle
- l'excès de cholestérol
- la sédentarité
- l'obésité
- le stress.

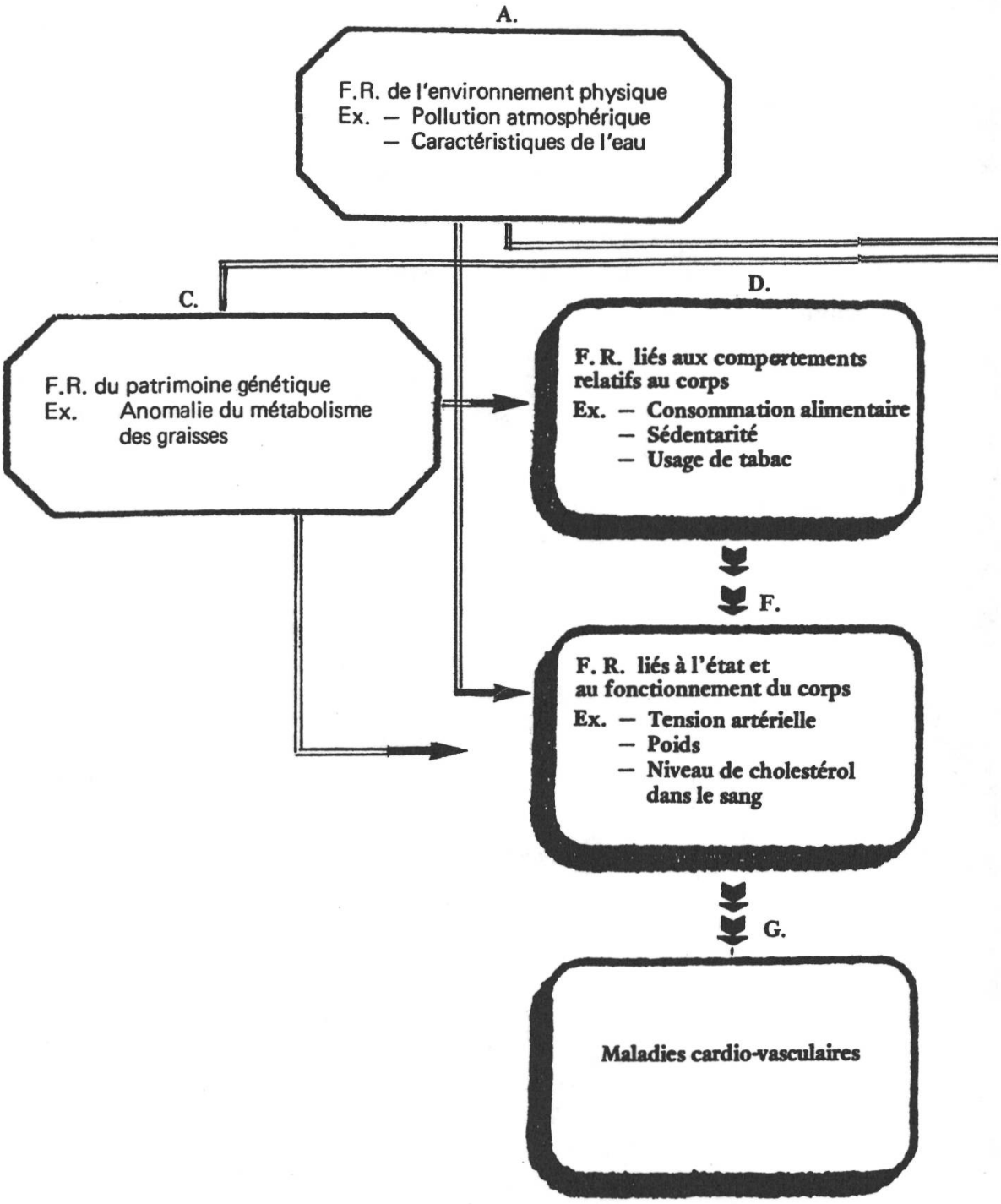
Ainsi, dans l'ensemble des relations théoriquement possibles entre maladies cardio-vasculaires et facteurs de risque, le modèle théorique sous-jacent au programme de prévention isole une certaine filière de déterminations (cf. Graphique 2). Il s'agit là d'une manifestation de l'arbitraire médical dont les implications sociales ne sont pas négligeables.

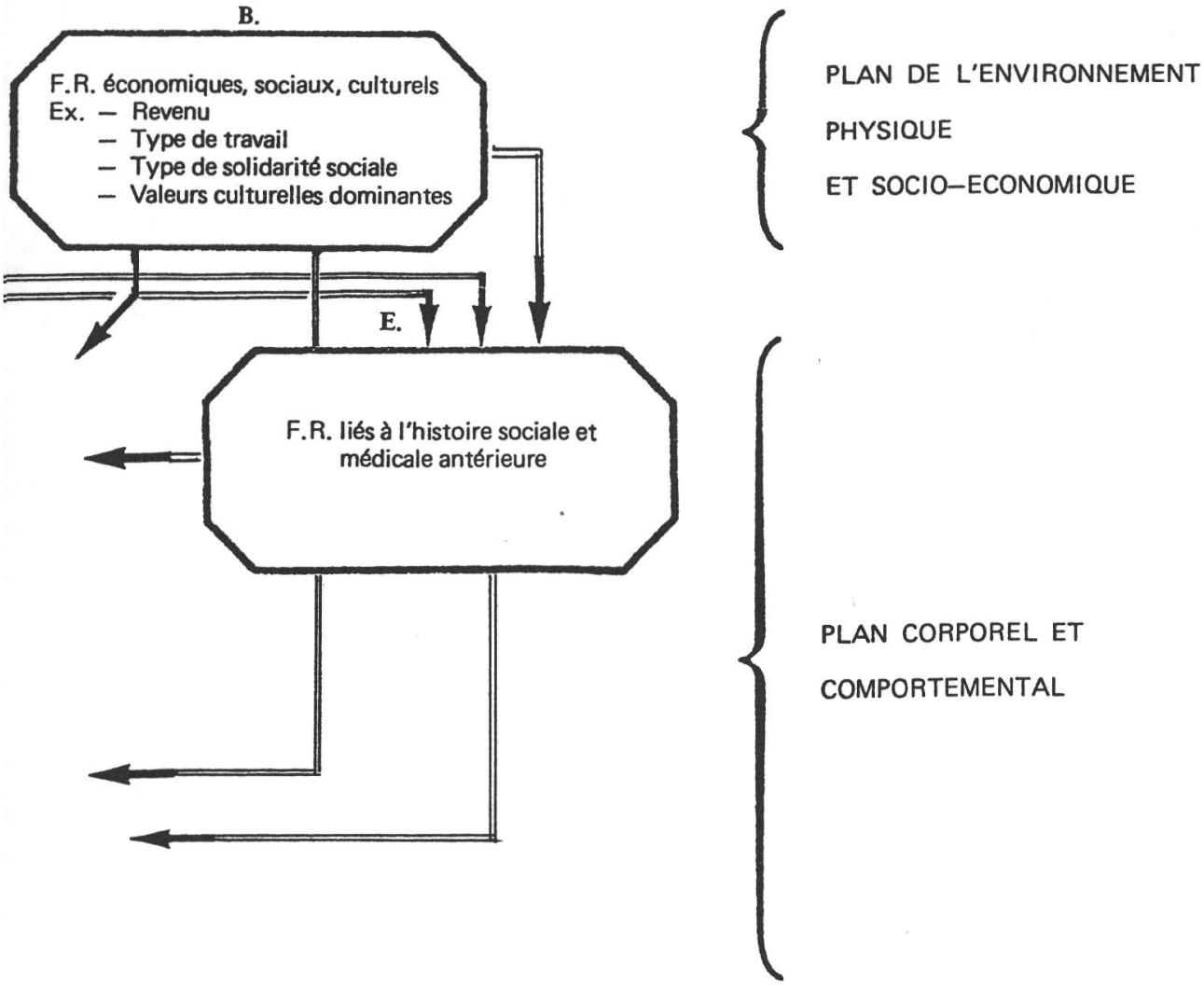
Ce n'est pas le lieu ici de discuter du bien-fondé scientifique des facteurs de risque retenus. Signalons simplement que les processus physiologiques précis à l'œuvre dans les maladies cardio-vasculaires sont loin d'avoir été

23) Une autre difficulté théorique tenant au fait que le modèle médical privilégie certains aspects des phénomènes au détriment d'autres doit être signalée. Il s'agit de l'identification correcte du facteur de risque réellemeent agissant parmi l'ensemble des facteurs de risque corrélés avec une pathologie donnée; l'erreur possible consistant à prendre une variable écran, sans efficacité propre, mais fortement corrélée avec la variable agissante comme variable déterminante. Ainsi, un article récent (Sterling, 1978) remet en cause, pour certaines catégories de la population, la relation de causalité qui semblait bien établie entre consommation de tabac et cancer du poumon. Selon l'auteur, il se pourrait bien que ce soient les nuisances liées au poste de travail (inhalations de fumées polluantes) dans certains emplois manuels de l'industrie, plutôt que le tabac qui soient à l'origine des morts par cancer du poumon. Etant donné que ces deux variables sont fortement corrélées — la consommation de tabac étant plus forte dans les catégories inférieures de l'échelle socio-professionnelle — et que la variable socio-professionnelle n'est jamais contrôlée dans ce type d'étude, l'auteur pense devoir remettre en question le rapport de causalité établi tant que des investigations plus poussées n'auront pas été faites.

Graphique 2

SYSTEME DES RELATIONS
THEORIQUEMENT POSSIBLES ENTRE MALADIES
CARDIO–VASCULAIRES ET
FACTEURS DE RISQUE ASSOCIES





F.R. = **Facteur de risque**

= **Filière de relations prise en compte dans le programme de prévention**

complètement élucidés et que le rôle joué par un facteur de risque isolé dans le déclenchement de la maladie reste controversé dans le milieu médical. [24]

Les facteurs de risque retenus ont le statut de *causes premières,* au-delà desquelles on ne remonte pas (Gottraux, 1980). Par conséquent, n'est pas envisagée la question des déterminations économiques, sociales, culturelles, psychologiques des comportements ou des états physiologiques à risque (cf. Graphique 2 et les relations envisageables entre les niveaux D et F et les autres niveaux). A titre d'illustration, on citera un exemple révélateur de la limitation du point de vue adopté. Dans le cadre de la campagne de prévention nyonnaise, l'on a introduit chez Zyma, entreprise de produits pharmaceutiques, des cours de relaxation pour lutter contre le stress. Mais l'on ne s'est pas interrogé sur les causes possibles du stress chez ces travailleurs: rythme et horaires de travail, contenu des tâches, rapports hiérachiques, double journée de travail pour les femmes mariées, etc.

Les comportements à risque sont donc *décontextualisés* par rapport aux conditions concrètes d'existence. Envisagés de façon abstraite et réduits à leur seule pertinence médicale (risques pour la santé), ils sont coupés de leur enracinement, de leur fonction et de leur signification sociales.

24) Pour donner une idée du débat qui a lieu autour des graisses et du cholestérol nous citerons les propos de H. Mohler rapportés dans le numéro de "Documenta" Geigy, 1980, 1 consacré à l'artériosclérose: "nos connaissances actuelles permettent d'affirmer avec une quasi certitude que l'hypothèse graisse – cholestérol sanguin – infarctus est erronnée". "... il est hors de doute qu'on a insisté de façon bien trop exclusive sur le cholestérol dans le mécanisme de l'infarctus. Et ainsi s'est répandue dans notre société du bien-être une hystérie ou une névrose du cholestérol."
Cf. également à ce sujet Bensaïd (1981) et particulièrement la 3e partie intitulée: Des fondements scientifiques.

2.4. LE CHOIX DU TYPE DE STRATEGIE

La vision analytique et morcelée de la santé/maladie et de leurs déterminants, inhérente à l'épidémiologie et à la médecine préventive ne peut engendrer qu'une stratégie ponctuelle, partielle et individualisante de promotion de la santé.

Parmi les divers types de stratégies possibles de prévention, les promoteurs du programme ont retenu celle qui consiste à agir sur les comportements à risque (consommation de tabac, alimentation, sédentarité, etc.). Le risque est donc situé et traqué *dans l'individu et son comportement* et non au plan des conditions objectives définissant l'usage et l'usure des corps.

L'évacuation des dimensions collectives du problème et la centration sur l'individu est clairement affirmée par les promoteurs du programme:

> "Les problèmes collectifs liés à la publicité pour le tabac et l'alcool, à certains intérêts financiers et à la production alimentaire devraient être abordés dans le cadre d'une prévention globale; mais les conditions de temps et les moyens impartis au Programme National de Recherche impliquent une approche partant du *comportement individuel* (en *italiques* par nous) avant de déboucher sur d'éventuelles décisions collectives plus générales". (Groupe d'étude du Programme National suisse de Recherche No 1 – 1979, 105).

Si ce sont des impératifs de temps et de moyens qui sont invoqués ici pour se détourner des problèmes collectifs, c'est pourtant à un autre argument que l'on recourt en général en médecine pour justifier le parti pris d'agir exclusivement sur l'individu: le caractère supposé modifiable des variables liées à la santé/maladie. Ainsi on avance qu'il est plus facile d'agir sur les comportements individuels que sur les conditions objectives d'existence. Cet argument, s'il n'est pas dénué de toute pertinence – encore que la modification durable des comportements par une action précise soit extrêmement difficile à réaliser – en dissimule cependant un autre, tellement intériorisé en médecine qu'il en est oublié: l'exigence de non-conflictualité par rapport aux groupes et intérêts dominants. Si la médecine s'est vu déléguer de la part des instances dominantes d'importants pouvoirs sociaux, c'est bien au prix de la reconnaissance tacite de ce principe.

Paradoxalement, c'est parce que les promoteurs de la campagne préventive s'inspirent d'un modèle de pensée centré sur les seules dimensions biologiques et corporelles des phénomènes que, sans parti pris conscient, c'est-à-dire sous les apparences de la neutralité, ils contribuent à conforter l'ordre social existant et les intérêts qui lui sont liés. En effet, une stratégie d'intervention qui opère exclusivement au niveau individuel a pour effet idéologique d'occulter les déterminants structurels de la santé/maladie et d'éviter ainsi toute remise en question de l'ordre (économique, social, politique) existant. [25]

Le type de stratégie retenu repose sur le postulat central que les comportements sont modifiables, dans le sens que de bonnes habitudes sanitaires peuvent être substituées aux mauvaises. La croyance centrale qui sous-tend toute l'action de prévention peut s'énoncer comme suit: l'individu, une fois informé, prendra conscience de ses erreurs, des dangers qu'elles font courir à sa santé et s'amendera.

> "*PRENDRE CONSCIENCE* de faits précis et réels, tels que l'influence sur la santé d'une alimentation déséquilibrée et des abus de tous genres: c'est un premier pas. Important."
>
> "*DECIDER D'AGIR* librement, parce que vous savez ce qui est indispensable pour vous-même et pour vos proches: c'est le second pas. Logique". [26]

C'est donc toute une philosophie implicite de l'être humain et de l'action qui est engagée, et c'est bien la vieille idéologie de l'acteur rationnel que l'on retrouve ici. Procédant par abstraction des conditions concrètes dans lesquelles

25) Le déplacement des responsabilités, des structures vers l'individu constitue depuis longtemps l'arme idéologique favorite des groupes dominants. Ainsi les échecs scolaires dont on sait qu'ils croissent avec la pauvreté culturelle du milieu d'origine, sont imputés, par le système scolaire au manque d'intelligence ou à la paresse des élèves. Dans la même logique, on peut citer certaines théories de travail social qui voient dans la pauvreté de certains groupes la conséquence de carences situées au niveau personnel – inadaptation, mauvaise gestion, imprévoyance – et non le résultat des mécanismes d'exploitation économique.

26) Brochure de propagande "Vivons de bon cœur". (souligné par nous)

s'engendrent les conduites, celle-ci met à l'origine de l'action la raison et la volonté.

> "De la mesure, de bonnes *raisons,* un peu de *volonté* et cette habitude (fumer) peut devenir souvenir d'une époque où vos doigts devenaient jaunes et où votre toux était le réveil-matin de la maison". [26]

Cet oubli des déterminations qui pèsent sur les actes humains et opposent une inertie considérable au changement doit sans doute être imputé pour une large part au cadre médical de référence dans lequel est pensé le programme. Mais on peut également y voir l'expression de l'ethnocentrisme de classe des promoteurs du projet. En effet, la représentation de soi comme être libre et de sa vie comme chose maîtrisable par la volonté et la raison sont d'autant plus probables que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale (Bourdieu, 1979), c'est-à-dire que s'accroît le pouvoir d'agir sur les choses.

2.5. L'ENTREPRISE DE PERSUASION DERRIERE LA FAÇADE D'UNE APPROCHE COMMUNAUTAIRE

Les moyens utilisés pour agir sur les comportements individuels relèvent des techniques de persuasion et de manipulation visant à induire des modifications chez un public cible.

Les promoteurs de l'action de prévention disent cependant se référer à une approche communautaire et faire de la prévention dans la collectivité. (Groupe d'étude du Programme National suisse de Recherche No 1 A – 1979). Mais que signifie ici approche communautaire? Est-ce à dire que l'on assigne à la communauté ou plus exactement aux communautés un statut de participants à part entière à l'entreprise, c'est-à-dire qu'on leur reconnaît la capacité de déterminer leurs objectifs propres en matière de santé et le choix des moyens pour les atteindre? En fait, ce n'est pas le cas. On n'assiste à aucune remise en question du monopole d'expertise détenu par la profession médicale dans ces domaines. Comme le laisse clairement entendre le texte qui suit, ce qui est appelé approche communautaire consiste en l'utilisation des institutions et réseaux sociaux d'une collectivité, afin d'ancrer dans la population un programme conçu par des experts et de lui garantir ainsi un maximun d'efficacité.

"On sait bien qu'une collectivité représente plus que la somme des individus qui constituent la population d'une ville ou d'un village: elle comprend non seulement les personnes qui la composent, mais tous les réseaux sociaux qui déterminent dans une large mesure les fonctions et les actions des citoyens, y compris leurs habitudes et leur comportement vis-à-vis de la santé. Ainsi, *influencer* [27] le comportement individuel en vue d'acquérir des habitudes de vie judicieuses signifie davantage qu'un contrat individuel avec les membres de la collectivité: cela implique de travailler avec les structures et institutions de cette collectivité". (Groupe d'étude du Programme National suisse de Recherche No 1 A – 1979, 138).

Il est de fait que les organisateurs ont investi beaucoup d'efforts pour trouver des relais locaux (notables de la place, clubs, sociétés et institutions) fonctionnant comme médiateurs et caution de l'entreprise.

La dimension communautaire se situe donc au simple plan *tactique* et vise à éviter l'échec qu'aurait inévitablement rencontré une action parachutée de l'extérieur sans l'appui d'intermédiaires locaux. Il n'en demeure pas moins que les communautés locales font, malgré les apparences, figures d'exclues dans un projet qui reproduit le clivage experts-profanes, les uns pensant pour les autres ce qui est censé être dans leur intérêt. L'on est bien, comme le dit Sendrail (1980, 438) au niveau de "la manipulation des masses pour leur bien". [28]

L'analyse qui vient d'être faite a mis en relief trois traits caractéristiques du *réductionnisme* du modèle conceptuel de référence qui produisent les effets sociaux les plus patents. La *fragmentation* des problèmes qui empêche une approche globale intégrant les différentes dimensions des phénomènes étudiés et la *centration sur les seuls aspects corporels et individuels* entraînent la mise entre parenthèse et donc l'occultation des déterminants économiques et sociaux à l'œuvre dans la santé et la maladie et évitent toute remise en question de l'ordre structurel existant.

27) souligné par nous

28) "C'est par des mesures diététiques, par la diminution drastique de l'alcoolisme et du tabagisme, par des modifications profondes des habitudes alimentaires que passe un contrôle vrai de ces affections (cardio-vasculaires). Education, information, propagande, nous sommes au niveau de la *'manipulation des masses pour leur bien'*." (souligné par nous)

Par ailleurs, la *décontextualisation* des facteurs de risque par rapport aux conditions concrètes d'existence occulte la violence symbolique de l'action de prévention et permet de penser celle-ci comme neutre et objective. Ainsi, sans option explicite, par la simple application des postulats inhérents à son modèle de référence, la médecine préventive est amenée à prendre parti dans les enjeux socio-politiques de notre société et à sauvgarder les intérêts dominants.

Or, ce modèle de référence, à y regarder de près, n'est pas autre chose que le modèle de pensée bio-médical, classique en médecine depuis deux siècles. [29] C'est pour cela que, malgré sa prétention à être une médecine sociale, la médecine préventive ne peut intégrer à son approche les dimensions sociales des phénomènes.

L'étonnant est précisément qu'ayant pour ambition de dépasser les limites de la médecine curative, elle se calque sur son schéma le plus classique, alors même que cette dernière commence à s'interroger sur les dimensions absentes de son modèle de référence et tente de les y inclure (Engel, 1977).

Ainsi il semble bien que ce que l'on nous présente sous le label de médecine préventive n'est autre que l'habillage modernisé du modèle bio-médical et son extension à des catégories élargies d'individus – les bien-portants – et à de nouveaux domaines – les comportements quotidiens.

* * *

C'est évidemment au nom de l'intérêt général – plus spécifiquement de l'amélioration de l'état de santé de la population – qu'a été lancée la campagne de prévention nyonnaise, les médecins promoteurs faisant figure de serviteurs éclairés de cet intérêt général. L'analyse faite dans cet article vise précisément à faire éclater cette notion et à montrer que les différents groupes

29) Selon Vuori (1980), le modèle bio-médical peut se caractériser comme suit:
1. Les maladies sont des entités spécifiques qui constituent des problèmes spécifiques et exigent des solutions spécifiques.
2. Les maladies représentent essentiellement des problèmes biologiques.
3. La connaissance biologique est neutre et ne dépend d'aucune valeur.
4. Les problèmes biologiques se situent essentiellement au niveau de l'individu.

sociaux ont des intérêts très inégaux à s'investir dans ce type de prévention. Reste maintenant à examiner les intérêts spécifiques du corps médical à promouvoir ce genre d'action de grande envergure. Nous en avons recensé de trois sortes:

– *L'accroissement du marché potentiel de la médecine*

La mobilisation de toute une population autour d'enjeux de santé, envisagés sous leur forme médicalisée, et le rappel constant de la maladie qui se cache derrière l'apparente santé contribuent à faire des bien-portants des malades potentiels, dans la droite ligne des ambitions du Dr Knock. En incitant les individus à se faire surveiller, contrôler, c'est-à-dire prendre en charge médicalement déjà au stade précédant la maladie, on travaille indirectement à accroître le marché de la médecine. [30] Cela n'est pas un enjeu négligeable à une époque de forte croissance de la densité médicale et de concurrence accrue sur le marché des biens de santé.

– *Le desamorçage des critiques externes*

Le monde médical ne pouvait rester sans réagir aux vives critiques dont il a été l'objet ces dernières années, ni laisser le monopole des solutions alternatives à des courants externes. Dans ce contexte, la médecine préventive présente un double avantage: elle apparaît comme intervenant en amont de la médecine curative – c'est-à-dire s'attaquant à la racine des problèmes – et comme une médecine peu technicisée, donc douce et respectueuse des individus. Développer ce courant permet au monde médical de se dédouaner à bon compte, en promouvant un type de médecine qui, sans remettre en cause son modèle médical de référence, se présente néanmoins comme une médecine sociale et témoigne du souci du corps médical de dépasser les contradictions de la médecine curative.

30) Selon les résultats de l'enquête faite à Nyon, 1 hypertendu sur 2 connaît son "affection" et 1 sur 5 seulement reçoit un traitement adéquat. (Groupe d'étude du Programme National de Recherche No 1, 1982, 21).

– *L'extension du champ d'application de la médecine comme stratégie de concurrence*

Parallèlement aux critiques visant la médecine, se sont développés ces dernières années des courants promouvant des formes douces et "naturelles" de médecines et mettant l'accent sur des pratiques de prévention de la santé: groupes de self-help, self-care, réflexologie, conseils de santé offerts par des non médecins, résurgence des pratiques de médecines populaires, etc. Face à ces courants nombreux, la médecine s'est vue contrainte à des stratégies de défense et de riposte (Fischer, 1979, 1980). L'une d'elles consiste précisément à s'approprier un nouveau domaine, la santé, et les conduites quotidiennes qui lui sont liées.

En médicalisant des sphères de plus en plus nombreuses de la vie sociale, la médecine fait d'une pierre deux coups: elle étend son pouvoir et son influence et invalide par la même occasion les aspects économiques, sociaux, politiques des phénomènes de santé et de maladie. C'est là que ses intérêts spécifiques rejoignent ceux des groupes dominants.

BIBLIOGRAPHIE

BENSAÏD, N. (1981), "La lumière médicale. Les illusions de la prévention" (Le Seuil, Paris).

BOLTANSKI, L. (1968), "La découverte de la maladie" (Centre de sociologie européenne, Maison des Sciences de l'homme, Paris) (ronéotypé).

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

BOLTANSKI, L. (1971), Les usages sociaux du corps, *Annales,* **26**/1 (1971) 205–233.

BOURDIEU, P. (1979), "La Distinction" (Minuit, Paris).

BOURDIEU, P. et PASSERON, J.-Cl. (1970), "La Reproduction" (Minuit, Paris).

CAPRA, F. (1983), "Le temps du changement. Science – société – nouvelle culture" (Le Rocher, Monaco).

CARO, G. (1982), "La médecine en question" (Maspero, Paris).

CHAUVENET, A. (1978), "Médecines au choix, médecine de classe" (PUF, Paris).

COCHRANE, A. L. (1977), "L'inflation médicale. Réflexions sur l'efficacité de la médecine" (Galilée, Paris).

CRAWFORD, R. (1977), You are Dangerous to Your Health: the Ideology and Politics of Victim Blaming, *International Journal of Health Services,* **7**/4 (1977) 663–679.

DAVIS, A. G. (1979), An Unequivocal Change of Policy: Prevention, Health and Medical Sociology, *Social Science and Medicine,* **13 A** (1979) 129–147.

DAYANT, M. (1974), "Plaidoyer pour une anti-médecine" (Presses de la Cité, Paris).

DUPUY, J.-P. et KARSENTY, S. (1974), "L'invasion pharmaceutique" (Le Seuil, Paris).

ENGEL, G. L. (1977), The Need for a New Medical Model: a Challenge for Bio-medicine, *Science,* **196**/4286 (April 1977) 129–136.

FISCHER, W. (1979), Les self-care, la santé et le champ médical, *Les Cahiers médico-sociaux,* **23**/4 (1979) 229–239.

FISCHER, W. (1980), Le self-help mécanisme de la transmission culturelle, *Les Cahiers médico-sociaux,* **24**/4 (1980) 239–250.

FISCHER, W. (1981), "Education pour la santé et 'self-care'" (OCDE, Paris) (ronéotypé).

GILLIOZ, L. (1980), Campagne pour la prévention des maladies cardio-vasculaires: les déterminants sociaux de la participation à l'examen de santé initial, *Médecine Sociale et Préventive,* **25** (Nov. 1980) 250–257.

GORZ, A. et BOSQUET, M. (1978), Médecine, santé et société, *Ecologie et politique* (Gorz, A. et Bosquet, M., Ed.) (Le Seuil, Paris) 169–223.

GOTTRAUX, M. (1980), La logique sociale de la prévention, *Santé et politique sociale* (Fragnière, J.-P. et Gilliand, P., Ed.) (Delta S. A., Yverdon) 26–53.

GROUPE D'ETUDE DU PROGRAMME NATIONAL DE RECHERCHE NO 1 (1982), "Prévention des maladies cardio-vasculaires en Suisse" (Georgi, St-Saphorin).

GROUPE D'ETUDE DU PROGRAMME NATIONAL DE RECHERCHE NO 1 (1979), Les maladies coronariennes et leur prévention, *Les Cahiers médico-sociaux*, **23**/2 (1979) 100 et 138.

GUYOT, J.-Cl. (1982), "Quelle médecine pour quelle société?" (Privat, Toulouse).

ILLICH, I. (1975), "Némésis médicale" (Le Seuil, Paris).

SENDRAIL, M. (1980), "Histoire culturelle de la maladie" (Privat, Toulouse).

STERLING, Th. D. (1978), Does Smoking kill Workers or Working kill Smokers? Or the Mutual Relationship between Smoking, Occupation and Respiratory Disease, *International Journal of Health Services*, **8**/3 (1978) 437–452.

VUORI, H. (1980), Le modèle médical et les objectifs de l'éducation pour la santé, *RIES*, **23**/2 (1980) 62–70.

ANNEXES

Tableau 1

PRATIQUES RELATIVES AU CORPS SELON LES TYPES

en %

	Les "prédestiné(e)s" à la prévention	*Les modéré(e)s*	*Les ascètes par nécessité*	*Les réfractaires*	*Ensemble de la population étudiée*
	N=107	N=489	N=327	N=294	N=2750
CONSOMMATION DE TABAC					
Cigarettes: . . . . . oui	26,2	17,4	14,1	58,2	30,6
Cigares . . . . . oui	–	2,0	–	2,7	3,9
Pipes. . . . . oui	–	3,5	–	2,7	4,0
PRATIQUE SPORTIVE					
Au moins 1x par semaine	73,8	58,5	28,5	25,3	46,1
1–3 fois par mois	12,1	6,5	3,9	3,9	7,2
Rare ou nulle	14,0	31,7	67,6	70,8	46,6

en %

	Les "prédestiné(e)s" à la prévention	*Les modéré(e)s*	*Les ascètes par nécessité*	*Les réfractaires*	*Ensemble de la population étudiée*
	N=107	N=489	N=327	N=294	N=2750
CONSOMMATION D'ALCOOL					
Fréquence:					
Rare ou nulle	71,0	48,7	69,1	27,9	43,4
Plusieurs fois par semaine . (quelquefois)	17,7	20,2	4,9	11,6	16,0
1 fois par jour.	4,7	22,7	16,5	19,0	22,8
Plusieurs fois par jour. . . .	6,5	8,4	9,5	41,5	17,8
Consommation d'apéritifs ou de spiritueux le jour précédant l'enquête	8,4	11,5	4,0	24,1	14,9
ALIMENTATION					
Evitement des graisses animales					
Pas de graisse pour la préparation de viandes, poissons, œufs	0,9	0,4	6,7	2,4	2,1
Graisse entourant viande non consommée	72,9	68,1	67,0	50,0	55,7
Utilisation de lait écrémé .	28,0	26,8	44,3	15,7	22,8
Utilisation de margarine pour tartiner.	17,7	18,8	41,9	20,7	17,8

	en %				
	Les "prédestiné(e)s" à la prévention	*Les modéré(e)s*	*Les ascètes par nécessité*	*Les réfractaires*	*Ensemble de la population étudiée*
	N=107	N=489	N=327	N=294	N=2750
Consommation de graisses animales					
Charcuterie	19,6	4,5	24,5	38,4	31,6
Beurre pour la préparation de viandes, poissons, œufs	22,4	35,1	12,2	13,3	34,8
Beurre pour tartiner.	79,4	78,1	36,1	44,2	69,9
Consommation de produits sains et légers					
Fruits *	88,8	82,4	79,8	35,0	69,3
Légumes *.	41,1	84,7	70,9	66,3	70,5
Salade.	94,4	79,5	64,5	43,5	64,0
Pain complet *.	56,1	58,7	57,2	31,3	50,6
Yoghourts	58,9	40,5	35,5	13,9	32,2
Huile de tournesol.	66,3	72,2	53,2	45,9	57,3
Volaille *	34,6	0,8	14,4	7,1	10,5
Poisson *	33,6	2,4	21,7	3,4	11,7
Habitudes conformes aux règles diététiques					
Prise du petit déjeuner . . .	88,8	93,7	80,7	33,0	74,3
Pas d'ajonction de sel lors de repas au restaurant. . . .	92,5	95,9	96,0	66,3	86,8

* *consommés le jour précédant l'enquête*

en %

	Les "prédestiné(e)s" à la prévention	*Les modéré(e)s*	*Les ascètes par nécessité*	*Les réfractaires*	*Ensemble de la population étudiée*
	N=107	N=489	N=327	N=294	N=2750
INDICE DE QUETELET					
25 + (obésité).	8,4	20,6	48,6	29,6	30,4
DERNIER CONTROLE DE LA PRESSION ARTERIELLE					
au cours des 12 derniers mois.	61,7	67,3	72,5	49,6	63,1
il y a plus d'un an	20,5	29,2	18,0	27,6	25,4
ne sait pas ou non réponses	17,7	3,4	9,5	22,8	11,6
IMPORTANCE ACCORDEE A LA SANTE					
Faible	5,6	7,0	13,1	29,0	16,0
Moyenne	74,8	70,1	58,6	50,9	63,3
Grande	19,6	23,0	28,4	20,1	20,7

Tableau 2

CARACTERISTIQUES SOCIOLOGIQUES SELON LES TYPES

en %

	Les "prédestiné(e)s" à la prévention	*Les modéré(e)s*	*Les ascètes par nécessité*	*Les réfractaires*	*Ensemble de la population étudiée*
	N=107	N=489	N=327	N=294	N=2750
SEXE					
Hommes	24,3	37,8	29,1	65,0	45,4
Femmes	75,7	62,2	70,9	35,0	54,6
AGE					
29 ans et moins	30,8	18,6	12,2	24,8	21,6
30–49 ans	53,3	46,2	39,1	52,7	45,7
50–59 ans	7,5	15,7	20,5	17,7	15,2
60 ans et plus	8,4	19,4	28,1	4,8	17,6
NIVEAU SCOLAIRE OBTENU					
– Aucun	31,8	40,7	58,7	53,7	45,8
– C. F. C.	33,6	19,8	20,8	27,2	24,9
– Maturité, diplôme d'un technicum, diplôme universitaire	12,1	22,7	7,1	11,6	16,1
– Autres écoles (dont école de commerce)	22,4	16,8	13,4	7,5	13,2

en %

	Les "prédestiné(e)s" à la prévention	*Les modéré(e)s*	*Les ascètes par nécessité*	*Les réfractaires*	*Ensemble de la population étudiée*
	N=107	N=489	N=327	N=294	N=2750
REVENUS					
Non réponses	4,7	10,0	11,3	9,5	9,6
2 000 FrS. et moins par mois	29,9	21,9	38,5	27,5	26,8
2 000 – 3 000	33,6	26,0	26,9	33,0	29,0
3 000 – 4 000	19,6	22,3	13,1	20,1	18,8
4 000 et plus	12,1	19,8	10,1	9,9	15,8
ACTIFS SUR LE MARCHE DU TRAVAIL	57,0	53,2	50,2	81,0	62,2
Profession exercée *					
– Manœuvres.	9,8	9,2	30,5	26,0	18,5
– Ouvriers qualifiés. . .	4,9	12,7	8,5	17,2	13,8
– Employés subalternes	22,9	15,8	18,9	16,0	15,1
– Petits indépendants .	8,2	7,7	9,1	8,4	7,7
– Employés qualifiés. .	32,8	20,4	14,6	14,3	18,5
– Cadres moyens	13,1	17,7	10,4	11,3	15,0
– Cadres supérieurs, Professions libérales .	8,2	16,5	7,9	6,7	11,3

* Les % sont calculés sur le total des actifs sur le marché du travail