

LA DIVERSITÉ DANS LES SIGNIFICATIONS DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE
LES SIGNIFICATIONS SOCIALES DE LA SANTÉ ET LA SANTÉ EN MUTATION:
UN REGARD RÉTROSPECTIF

CLAUDINE HERZLICH

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SCIENCES SOCIALES

L'étude des "conceptions profanes" dans le domaine de la santé, distinctes de celles des professionnels, constitue depuis plusieurs décennies un secteur important de la sociologie de la santé. En France, on emploie volontiers le terme de "représentations sociales de la santé et de la maladie"; les sociologues et psycho-sociologues anglo-saxons ont développé l'étude des "health beliefs"; les anthropologues se réfèrent aux "modèles explicatifs" de la maladie. En fait il s'agit, dans tous les cas, des relations qu'entretiennent les personnes avec leur santé et, plus largement, avec leurs états corporels. Il s'agit aussi, plus largement, de s'interroger sur la place de la notion de santé dans le discours des sociétés contemporaines et dans leurs productions symboliques. Il s'agit enfin de comprendre son rôle dans la formation de ce que l'on peut appeler, en utilisant un terme un peu désuet, nos "visions du monde". Il faut noter que si ce problème intéresse les sciences sociales, il est aussi un de ceux qui fondent notre rencontre avec les médecins, cliniciens ou spécialistes de santé publique. Ceux-ci se tournent vers nous pour "savoir ce que les gens pensent" afin de fonder leurs interventions. Sur cette base, des coopérations se sont nouées depuis longtemps mais aussi de nombreux malentendus se sont développés.

Certains d'entre vous savent que j'ai mené une des premières recherches dans ce domaine, portant sur "les représentations sociales de la santé et de la maladie" dans la population française au cours des années soixante¹. Depuis cette époque, de très nombreux travaux se sont développés, bien plus sophistiqués que le mien. C'est pourquoi je voudrais adopter aujourd'hui un regard rétrospectif sur cet ensemble de recherches, allant des années soixante à aujourd'hui, et me livrer à une relecture de ces travaux, incluant le mien, et à une analyse des contextes dans lesquels ils se

sont développés. Cette relecture risque d'apparaître narcissique et elle sera, d'autre part, rapide et, en conséquence, simplificatrice. Néanmoins je voudrais, à travers ce réexamen de mon propre travail et de ceux qui ont suivi, orienter la réflexion dans 2 directions:

- Une esquisse d'histoire de notre discipline: comment avons-nous évolué dans l'abord de ces phénomènes? Quels ont été les raisons, scientifiques mais aussi idéologiques, politiques, sociales, de cette évolution? Quel a été, d'autre part, le rôle des financements et des opportunités de recherche dans le développement de ces travaux?
- Une histoire plus générale des évolutions ayant marqué le champ de la santé et de la médecine dans les pays occidentaux au cours des dernières décennies.

Les deux aspects sont évidemment liés. Le développement de notre discipline, la sociologie de la santé, s'ancre dans la prise de conscience d'une évolution majeure de la société: sa médicalisation croissante. Au risque évident de schématiser un peu brutal, je distinguerai plusieurs périodes: la première va de la fin de la Deuxième guerre mondiale à la fin des années 60, la seconde nous mène à la 2ème moitié des années 80, moment de la prise de conscience du tournant que constitue l'épidémie de sida; enfin j'aborderai la période actuelle.

L'analyse débute donc à la fin de la Deuxième Guerre mondiale dans un contexte marqué par d'importantes avancées thérapeutiques (la découverte des antibiotiques) et le développement des États-providence, soutenu par la croissance économique. C'est le début d'une extraordinaire expansion des services de santé et des recours aux soins médicaux. En France, par exemple, le nombre des médecins double presque de 1945 à 1960. C'est aussi à cette époque que l'intérêt pour les problèmes de la santé et de la médecine commence à apparaître dans les sciences sociales: dans les années cinquante aux États-Unis, dans les années 60 en Angleterre. Il ne s'amorce que plus tard en France: au cours des années 70. Il faut donc le souligner: la construction scientifique de ce nouvel objet est inscrite d'abord dans les transformations du monde qui nous entoure.

Cependant je suivrai l'opinion du sociologue anglais Mike Bury² pour lequel, durant cette première période, l'intérêt pour les conceptions profanes est faible ou, du moins, doit-on souligner qu'il apparaît dans une perspective très particulière: les médecins et les pouvoirs publics attendent des sociologues qu'ils analysent les points de vue profanes en tant qu'obstacles culturels, "croyances" irrationnelles en particulier des groupes minoritaires qui, pensent-t-ils, font entrave à l'expansion des services médicaux. Face à eux, de nombreux sociologues commencent, après E. Freidson³, à dénoncer la "dominance professionnelle" du corps médical, l'autorité excessive des médecins concernant la santé. Pour les sociologues, la mise en

évidence d'un "système de référence profane" n'a donc pas tellement d'intérêt en elle-même. Elle est essentiellement destinée à faire contre-poids à l'autorité professionnelle et reste centrée essentiellement sur les malades. Elle demeure donc dans l'orbite d'une analyse sociologique de l'expansion médicale.

Mon étude des représentations sociales de la santé et de la maladie a débuté au cours des années soixante mais dans un contexte différent. Pour des raisons diverses, il n'y a pas, alors, en France, d'interrogation sur la santé et, malgré les écrits pionniers de Marcel Mauss sur les problèmes du corps au cours des années 20 et 30⁴, il n'y a pas de chemin menant des problèmes de santé aux sciences sociales renaissantes, en particulier à la sociologie. Ceux-ci ne se dessineront qu'une dizaine d'années plus tard.

C'est, en revanche, chez les philosophes et les historiens que s'amorce un intérêt pour le domaine biologique et médical. *"Histoire de la folie"* de Michel Foucault date de 1961 et *"Naissance de la clinique"* de 1963⁵. Lui-même était l'élève de G. Canguilhem dont on connaît le texte fondateur sur les conceptions du normal et du pathologique dans la pensée médicale⁶. En 1967, Philippe Ariès publie un article sur l'histoire de la mort qui aura un très grand retentissement: "la mort inversée". À partir des années soixante d'ailleurs, les objets de l'histoire se diversifient: les phénomènes biologiques, les épidémies, le corps, "l'homme malade et son histoire", pour reprendre le sous-titre d'un article de J.P. Peter et J. Revel paru dans le recueil "Faire de l'histoire" en 1974⁸, en font désormais partie. En 1969, La revue des Annales fait paraître un numéro spécial "Histoire biologique et société"⁹ où figurent les noms de Le Goff, Leroy-Ladurie, Flandrin, Vovelle, Grmek, Biraben, etc... La rédaction semble encore hésitante quant au statut à accorder à ces "nouveaux objets": dans la présentation du numéro, on entend *"effacer la césure scolastique entre l'homme physique et l'homme moral"* mais on parle aussi de *"défrichement d'une zone mal connue du domaine historique"*.

Ma propre tentative, cependant, ne s'est pas élaborée au contact de l'histoire mais au carrefour de la psychologie sociale et de l'anthropologie et, il faut le dire, dans une totale ignorance des problèmes empiriques de la maladie, de la santé et de la médecine. Je les ai choisis comme domaine d'étude par hasard — en fait le hasard d'un séminaire de C. Lévi-Strauss analysant des mythes d'origine des maladies dans des populations amérindiennes. En revanche, la notion de représentation sociale était alors, pour moi, centrale. Le terme de représentation sociale ou représentation collective a été proposé, on le sait, par Durkheim qui voulait mettre en évidence la spécificité et la primauté de la "pensée sociale" par rapport à la pensée individuelle. Je rappelle une formulation célèbre de Durkheim: *"Les manières collectives d'agir ou de penser ont une réalité en dehors des individus qui, à chaque moment du temps, s'y conforment. Ce sont des choses qui ont leur existence propre. L'individu les trouve toutes formées et il ne peut pas faire qu'elles ne soient pas ou qu'elles soient autrement qu'elles ne sont"*¹⁰.

En 1961, la publication de l'ouvrage de S. Moscovici, *La psychanalyse, son image et son public*¹¹ allait redonner vie à cette notion mais dans une autre orientation que strictement durkheimienne. Il y avait bien au départ de sa tentative l'hypothèse d'un rôle premier, d'un fait global de la société; pour Moscovici l'homme est un être social, modelé en particulier par la langue de la société à laquelle il appartient et donc par un univers cognitif et symbolique qui lui est préexistant. Son objectif était bien de réintroduire dans les travaux des psychologues sociaux cette "dimension sociale" au sens fort. Pourtant son intérêt principal allait moins vers la détermination sociale des phénomènes de représentation que vers la "construction sociale de la réalité" par les acteurs sociaux par le biais de leurs représentations. Il s'agissait, évidemment, du problème peut-être le plus banal des sciences sociales mais aussi le plus difficile: la part réciproque de la structure sociale et de l'acteur. La notion de représentation sociale constituait une tentative pour les articuler mais l'accent était mis par Moscovici sur le sujet actif construisant son monde à partir des "matériaux", des "répertoires" que la société lui fournit: on peut noter ici une certaine similitude de préoccupation avec les travaux de Berger et Luckman sur la "construction sociale de la réalité" qui seront publiés quelques années plus tard¹².

Il faut aussi situer ce travail dans son contexte de l'époque: celui d'une psychologie sociale à dominante strictement behavioriste. C'est par rapport à ces modèles très réducteurs que Moscovici souhaitait introduire une dimension simultanément cognitive, symbolique et culturelle organisant les conduites des individus et des groupes; celles-ci n'étant donc pas conçues comme de simples "réponses" à des "stimuli" dont la signification n'importe pas. Empiriquement, dans le cas de la psychanalyse, Moscovici voulait montrer comment, à travers leur assimilation des concepts psychanalytiques, les personnes construisaient une nouvelle réalité de la vie psychique, la leur et celle des autres, et lui donnaient sens. Il montrait aussi comment une communication se construisait, un accord s'édifiait autour d'un modèle abstrait qui se muait alors en expérience directe et commune à tous.

Dans mon propre travail entrepris à la suite de Moscovici, il ne s'agissait pas de partir, comme dans le cas de la psychanalyse, d'une théorie scientifique et d'étudier son intégration dans la conscience collective. Je souhaitais, tout au contraire, étudier les représentations sociales de la maladie et de la santé comme réalités *sui générés*, indépendantes des modèles médicaux. C'est à ce niveau que mon inspiration se situait dans la lignée des travaux anthropologiques — convergent d'ailleurs avec l'idée chère à Durkheim d'une pensée sociale. J'avais retenu de l'anthropologie l'idée de l'existence dans toute société d'un discours sur la maladie, solidaire de l'ensemble de ses constructions mentales, expression mais aussi voie d'accès privilégiée à ses valeurs et à ses rapports de sens. Il était donc important de montrer que, quelle que soit l'importance de la médecine scientifique moderne, la maladie est un phénomène qui la déborde et que la représentation n'est pas

assimilable à la formulation de savoirs ou de croyances mais quelle est une activité d'interprétation et de quête de sens. Dans ces interprétations, s'articulent ordre biologique et ordre social. Avec le recul du temps, il me semble toujours que tel a été l'apport principal de ce travail.

L'analyse de la genèse de la maladie, de ses causes, montrait que celle-ci était imputée à la société agressive et contraignante: la société exerçait son action nocive à travers un "mode de vie" urbain, "malsain", "non naturel" et imposé à l'individu, tandis que ce dernier s'identifiait à la santé. À l'individu sain faisait donc face l'environnement social pathogène. La double opposition "santé-maladie" et "individu-société" qui organisait la représentation donnait donc sens à la maladie. Réciproquement, à travers un discours sur les faits corporels nous avions accès à la perception de la société et de ses contraintes, à la perception des rapports noués avec elle. À travers ce modèle, s'exprimait donc une mise en relation de nos visions du biologique et de nos visions du social que l'on peut retrouver sous d'autres formes dans de nombreuses sociétés. À la même époque Mary Douglas, par exemple, analysait de quelle façon les conceptions de la pollution, les tabous et les rituels qui y sont associés correspondent eux aussi à une socialisation, voire une politisation du "naturel" dans les sociétés traditionnelles.

Cependant, cette étude laissait de nombreux problèmes irrésolus. En conséquence, malgré un écho généralement positif, les critiques adressées à ce travail furent de divers ordres et plusieurs d'entre elles étaient très justifiées. Certaines s'adressaient plutôt aux limites de ce travail. Il est vrai que cette étude portant uniquement sur des membres des classes moyennes et supérieures ignorait la possibilité de variations des représentations selon les groupes sociaux. Il est vrai aussi que ce travail laissait dans le flou le problème de l'articulation des représentations avec les conduites individuelles. De même, aurait-il été utile de mieux marquer l'enracinement social et historique de ces représentations. Elles doivent, à l'évidence, être reliées à l'histoire de l'idée de "nature" dans la pensée occidentale¹³: elles sont proches de la vision rousseauiste des rapports de l'homme et de la nature, de l'homme et de la ville, qui s'exprime à la fin du XVIII^e siècle. Tout récemment, l'historien américain Charles Rosenberg¹⁴ a noté la rémanence et aussi la stéréotypie de la thématique de la ville pathogène dans la pensée médicale anglo-saxonne des XVIII^e et XIX^e siècles. Plus largement, j'ai essayé par la suite dans un livre publié avec Janine Pierret¹⁵ de resituer ces conceptions de la maladie et des malades dans leur évolution historique.

D'autres critiques étaient plus fondamentales. Pour certains sociologues de l'école de P. Bourdieu, par exemple Luc Boltanski qui à la même époque s'est intéressé au problème des rapports au corps¹⁶, la critique portait sur la tentative même d'attribuer aux représentations une réalité et un rôle autonome. Ils y voyaient le danger du resurgissement de la "sociologie spontanée" dans la connaissance sociologique: on ne pouvait faire reposer l'explication de l'action ou du

fonctionnement d'un "champ" de la vie sociale sur le sens que leur donnent les acteurs individuels dans leur appréhension immédiate. Cependant, quelques années plus tard, l'expérience des sujets, le sens qu'ils donnent à leurs actions, sont redevenus des objets pleinement légitimes pour les sciences sociales. D'ailleurs, Bourdieu lui-même a élaboré un modèle d'analyse beaucoup plus complexe du fonctionnement des systèmes symboliques.

En revanche, on peut certainement adhérer aujourd'hui à la critique de la notion même de représentation sociale, de son caractère imprécis, assez "fourre-tout" d'une part, et trop global de l'autre. Au cours des récentes décennies, le mouvement intellectuel des sciences sociales nous a amenés à une méfiance justifiée vis à vis de ces catégories globalisantes et homogénéisantes, comme celles de "culture", d'"identité" ou de "représentation". Dans le cas de mon étude, l'adoption de cette notion avait sûrement poussée à réduire la richesse de l'analyse en occultant la diversité des discours tenus, la différenciation des expressions des informateurs, au profit de la recherche du code commun, donc le plus général, s'appliquant à tous ces discours. Même si ce niveau d'analyse garde une certaine pertinence, aujourd'hui il est évident que les chercheurs ne peuvent s'y limiter.

Cependant, ce travail a incontestablement contribué à éveiller, en France, l'intérêt des sciences sociales pour le domaine de la santé. Dans les pays anglo-saxons, il a été connu grâce à sa traduction anglaise en 1973¹⁷ ; il s'est donc inscrit dans un courant de recherche naissant au cours des années 70 et qui s'épanouira au début des années 80 en particulier en Angleterre: celui des "health beliefs research".

Pour parler de ces recherches, il nous faut revenir au contexte historique et donc retracer les orientations idéologiques et politiques dominantes, et en partie contradictoires, de ce qui m'apparaît comme constituant une deuxième période. Elles ont contribué à structurer les objectifs et le contenu des recherches. Au cours des années 70, la santé a été un des terrains où s'est exprimé le plus fortement le discours critique qui, dans les pays occidentaux, a affecté l'ensemble de la vie sociale. On dénonce alors la délégation excessive à la médecine des problèmes de la santé et du corps, la dépossession des profanes de tout savoir, et même de tout regard légitime concernant leurs corps et ses souffrances. Les groupes dominés, les classes populaires, les femmes, en sont considérés comme le meilleur exemple. Les études se préoccupant des croyances profanes concernant le corps et la santé dans la vie de tous les jours, portant le plus souvent sur les femmes des classes populaires, s'inscrivent donc, à mon avis, dans cette mouvance intellectuelle et dans ce contexte politique global.

En second lieu, il faut aussi noter que c'est en 1974 que la croissance économique s'interrompt dans la plupart des pays occidentaux, en particulier la France. Les certitudes antérieures sont alors ébranlées. Un débat politico-administratif s'engage. Dans ce nouveau contexte, on ne s'interroge pas seulement sur les coûts

en eux-mêmes mais aussi sur la possibilité de rendement décroissant des dépenses de santé: on prend conscience que davantage de médecine n'est pas, nécessairement, toujours positif. L'exigence d'optimisation des ressources et de gestion rationnelle s'amorce et, d'un autre côté, l'intérêt se renforce pour les politiques préventives au détriment de l'orientation curative dominante jusqu'alors. L'accent va être mis en particulier sur l'importance des comportements individuels (consommation de tabac et d'alcool, alimentation, exercice, sécurité dans les rapports sexuels) et des styles de vie dans la détermination des maladies. La recherche, qui s'était d'abord intéressée aux conceptions globales de la santé et de la maladie et à leurs causes, dans le but de montrer la spécificité du discours profane sur les phénomènes corporels, s'infléchit sous l'influence de cette nouvelle politique, fréquemment assortie d'offres de financements par les pouvoirs publics. Elle s'est donc de plus en plus clairement orientée vers l'étude de la prise de conscience de la responsabilité individuelle dans la conservation de la santé et vers l'analyse de l'adoption de "comportements sains", dans un univers culturel désormais marqué par la diffusion massive de l'information sur la santé.

Cette orientation de recherche a inspiré des travaux en France mais elle a surtout été développée en Angleterre à partir des années quatre-vingt. Je ne peux en rendre compte en détails mais je voudrais dire quels sont, à mes yeux, leurs acquis principaux. Il faut citer ici les noms de Mildred Blaxter, Roisin Pill, Jocelyn Cornwell, Michael Calnan, Kathryn Backett, Charley Davison, Rory Williams, etc...

Ces travaux ont, en premier lieu, exploré très finement la différenciation sociale des croyances et des représentations de la santé. Il est ainsi apparu que, si le modèle "environnemental" que j'avais analysé pouvait être assez généralement retrouvé dans d'autres populations, il était néanmoins typique des classes moyennes et supérieures et était moins fréquemment évoqué par les membres des classes populaires¹⁸. En outre, sous l'influence des campagnes de promotion de la santé, une conception "individualiste", l'idée d'une participation de l'individu au déclenchement de la maladie, se diffuse peu à peu dans tous les groupes sociaux. Elle n'est pourtant pas toujours dominante: au cours des années ultérieures, différents auteurs¹⁹ montreront que, d'une part, la représentation d'un rôle de l'environnement social dans le déclenchement des maladies perdure, en particulier dans les classes moyennes et supérieures; d'autre part, les travaux mettront en évidence la permanence d'attitudes "fatalistes", centrées sur les vieilles notions de "chance" et de "destinée" pour expliquer la survenue d'une pathologie.

Ces recherches ont par ailleurs bien éclairé les liens existant entre les croyances et les conduites. Certes, sur ce plan aussi, l'insistance mise par les experts à faire connaître l'importance d'un "style de vie sain" a, globalement, été opérante. Peut-être peut-on résumer l'impact des campagnes d'information sur les comportements par la formule suivante: aujourd'hui, dans les sociétés développées, personne ne "fait tout" pour sa santé, mais plus rares encore sont les personnes qui

"ne font rien" dans ce domaine. Mais, à partir de ce constat global, l'analyse se complexifie: d'abord il est apparu clairement qu'il n'y avait pas de lien univoque et direct entre l'univers des croyances et représentations et celui des conduites. Au contraire, il semble que, paradoxalement, ce sont souvent les personnes éprouvant des difficultés à adopter un "style de vie sain" qui sont les plus fortement persuadées de son importance pour la santé. Ensuite, lorsque l'on s'efforce d'analyser le poids respectif, dans la formation des "styles de vie", de l'information et des croyances d'une part, des "facteurs structurels", des ressources et contraintes liées à la position sociale dans le cadre de la vie quotidienne d'autre part, clairement les variables classiques d'origine sociale et de niveau d'éducation sont les plus influentes, de même que ce sont aussi ces facteurs structurels (notamment l'origine sociale et le niveau d'éducation) qui expliquent, plus que la modification des conduites individuelles, la différenciation des états de santé²⁰.

Ces études nous ont considérablement fait progresser sur tous ces plans. Mais, il convient de les envisager, en second lieu, à un niveau plus "sociétal". Sur ce plan, leur intérêt dépasse le cadre de la seule sociologie de la santé. Plus fondamentalement, ces recherches éclairent le rôle de la connaissance scientifique et sa réception dans les sociétés d'aujourd'hui. La très large diffusion de l'information (tous les auteurs, dans tous les pays, soulignent le bon niveau de connaissance des risques pour la santé révélé par les différentes enquêtes) est typique des sociétés modernes avancées dans laquelle le savoir joue désormais un rôle prépondérant. De ce point de vue, les "health beliefs", pas plus que d'autres univers cognitifs, ne peuvent être aujourd'hui étudiés isolément, comme je l'avais fait dans ma première étude, sans référence aux savoirs professionnels.

Mais de nombreuses recherches montrent aussi, d'abord, l'attitude active des personnes envers cette information qu'elles "travaillent", modèlent et utilisent en fonction de leurs perspectives propres, débouchant alors sur une véritable "épidémiologie profane"²¹ souvent extrêmement complexe. Une réflexivité continue, accompagnée parfois de doute, s'exerce à l'égard de ce savoir qui n'est d'ailleurs pas lui-même sans incertitudes et ambiguïtés. Aujourd'hui, on assiste d'ailleurs à des évolutions paradoxales: d'un côté le discours scientifique gagne chaque jour en complexité et paraît plus éloigné que jamais de la pensée profane; néanmoins les frontières entre discours experts et conceptions profanes, entre science et sens commun sont parfois mouvantes; les interrogations de sens commun nourrissent souvent celles des scientifiques et l'on peut repérer la présence de notions profanes à la base de discours savants et de recherches extrêmement sophistiqués.

Les recherches sur les "health beliefs" ont aussi mis en évidence que le modèle "rationnel", "socialement acceptable", diffusé par les messages informatifs, celui de l'individu préoccupé de sa santé et "responsable" à son égard, s'il peut être actualisé facilement en réponse aux questions des enquêteurs, n'est cependant pas toujours

présent et dominant dans la conscience des personnes interrogées. Les mêmes personnes qui se montrent parfaitement averties des modalités de la "vie saine" et déclarent s'en préoccuper, ne font aucune allusion à la santé, ou aux conduites nécessaires pour en prendre soin, lorsqu'elles sont simplement interrogées sur le déroulement de leur vie quotidienne. Une étude de M. Calnan et S. Williams²² le montre particulièrement clairement mais aussi les travaux de Davison ou d'autres écrits français, par exemple de Bastard et Cardia-Vonèche²³ ou de J. Pierret²⁴. Toutes ces études montrent l'erreur qu'il y a à considérer la santé comme une valeur autonome, dissociée de l'ensemble de la vie des personnes, de leurs stratégies, de leurs trajectoires, de leurs relations familiales et de leurs insertions sociales.

La recherche retrouve alors, à mon avis, l'inspiration qui avait été celle de l'étude des représentations sociales de la santé et de la maladie: montrer que celles-ci ne doivent pas seulement nous intéresser par leur contenu mais *en tant qu'elles constituent une mise en relation de l'ordre biologique et de l'ordre social et participent de visions du monde plus larges ainsi que de logiques plurielles*. J'interprète dans cet esprit les résultats de nombre des travaux concernant les "health beliefs". D'abord, ce que nous pensons de la santé peut varier selon les contextes et s'exprimer sur des registres différents. Ensuite, nos croyances ou nos "représentations", quel que soit le terme utilisé, ne nous renseignent pas seulement sur la relation que nous entretenons avec les phénomènes corporels et notre propre état de santé, mais sur les relations qu'à travers eux nous entretenons avec les autres et avec le monde et l'ordre social.

Il me paraît souhaitable que la recherche retrouve cette orientation plus largement anthropologique, de même qu'il me semble qu'elle gagnerait à adopter une perspective rompant en partie avec la tradition parfois trop instrumentale des études des "health beliefs". En effet, bien que la plupart des chercheurs travaillant sur ces problèmes se soient attachés à dénoncer dans leurs travaux le biais "individualiste" des politiques d'information et de prévention, on peut néanmoins se demander s'ils ne se sont pas, dans une certaine mesure, laissés piéger par cette orientation liée aux points de vue de la politique sanitaire. Ces "croyances" ont, en effet, été étudiées essentiellement du point de vue de leur contenu spécifique, en tant que croyances d'un individu à propos de sa propre santé, et dans leur rôle d'orientation de ses conduites et de son "style de vie". Cette perspective a trop souvent fait oublier que l'intérêt de l'étude des représentations sociales se situe probablement davantage au niveau de l'éclairage de phénomènes collectifs plutôt que de celui des seules conduites individuelles; leur étude nous permet de comprendre pourquoi certains problèmes deviennent saillants dans une société, en quoi ils se situent au centre de la communication sociale et de débats publics et parviennent à constituer des enjeux collectifs. De ce point de vue d'ailleurs, la santé constitue aujourd'hui pour les sciences sociales un objet exemplaire qui ne doit pas

seulement intéresser les spécialistes. Tous les chercheurs en sciences sociales doivent être concernés par le statut que nos sociétés accordent au malheur biologique et les réponses qu'elles y apportent.

Au cours des deux dernières décennies, d'ailleurs, les problèmes de la santé ont considérablement gagné en visibilité dans la vie sociale. La santé, longtemps conçue comme un problème technique du seul ressort du corps médical, est devenu un "problème public" faisant "la une" de nombreux médias, impliquant des intervenants multiples et interpellant fortement le pouvoir politique. En France, récemment, diverses "affaires" éclatant à propos de problèmes de santé, dont le "scandale du sang contaminé" est l'exemple le plus fort, expriment une perte de confiance qui s'adresse à la science et à la médecine mais atteint surtout le pouvoir politique. Dans ce contexte, le rôle de la maladie, de la santé, du corps, comme objets métaphoriques, supports du sens de notre rapport au social - que j'ai qualifié ailleurs de "signifiant social"²⁵ me semble aujourd'hui, simultanément, de plus en plus important et de plus en plus problématique.

Les problèmes de la santé et les interrogations qui s'y rattachent se posent d'ailleurs, sur tous les plans, de manière nouvelle que je ne peux qu'aborder très rapidement. Aujourd'hui, depuis environ une décennie, nous sommes entrés dans une autre période. Le contexte actuel n'est pas marqué seulement par le problème des coûts de la santé et la nécessité de rationalité, ou par une contestation d'ordre essentiellement culturel comme c'était le cas au cours des années soixante-dix. La crise est probablement plus profonde: notre vision de la santé est menacée simultanément par l'incertitude fondamentale engendrée par la réapparition inattendue de pathologies infectieuses et épidémiques, par la conception d'une "société à risques", selon le terme d'Ulrich Beck²⁶, en particulier sur le plan sanitaire, et par des interrogations portant sur le développement scientifique lui-même et son utilisation parfois problématique d'un point de vue éthique.

Le modèle "socio-environnementaliste" que j'avais mis en évidence dans ma première étude garde, dans ce contexte, sa fonction essentielle: il "met en cause" l'ordre social par le biais de ses effets supposés sur nos corps. Mais peut-être son contenu devient-il plus complexe. Il s'exprime d'abord sur un registre plus global que durant les années soixante: les maladies ne nous apparaissent plus seulement comme des maux de la société urbaine mais comme traduisant une réalité environnementale d'ensemble modifiée négativement et, sur le long terme, par l'évolution²⁷. On peut ensuite noter que le modèle que j'avais dégagé — celui de "l'individu sain" opposé à la "société malsaine" — s'est en quelque sorte étendu pour inclure la médecine elle-même: aujourd'hui la société et ses dangers paraît s'incarner aussi dans la médecine et ses interventions. La récente étude de S. Williams et M. Calnan montre clairement la grande ambivalence des perceptions collectives de la médecine moderne²⁸.

On peut alors se demander quel est l'impact potentiel de ces représentations sur la réception des messages "rationnels" de l'éducation pour la santé. N'est-il pas plus difficile à des individus, percevant leur environnement social comme de plus en plus menaçant et doutant de la légitimité et du caractère positif des interventions médicales, d'adhérer à la norme d'un individu demeurant en bonne santé grâce à la maîtrise de leur mode de vie, elle-même fondée sur les acquis de la connaissance scientifique?

Enfin, les représentations s'élaborent aujourd'hui sur un registre plus politique que par le passé, centré sur la responsabilité et les carences de l'État dans le déclenchement des maladies. On peut d'ailleurs souligner, de ce point de vue, le paradoxe de l'évolution actuelle. Dans certains cas, la santé non seulement apparaît comme le seul langage légitime du social mais, de plus, la référence à la santé parvient à autoriser l'action politique: en France, dans certains quartiers défavorisés où prévalent de nombreux problèmes de chômage, de pauvreté, de mauvaises conditions de vie et de logement, c'est la traduction sur le plan sanitaire de ces problèmes sociaux (l'apparition d'une pathologie) qui rend seule possible la tentative d'action réformatrice. La "santé" permet l'apparition d'un problème social dans l'espace public; elle est alors le signifiant des mauvaises conditions de vie en elles-mêmes inexprimables. Réciproquement, nous ne devons pas nous étonner de ce que le "scandale" dans le domaine sanitaire, lorsque le rôle protecteur de l'État en vient à être mis en doute, soit alors perçu comme symbolisant, plus que tout autre problème, la dégradation de la vie collective et de ses régulations.

Notas

¹ C. Herzlich, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton-EHESS, 1ère édition 1969, réédition 1992.

² M. Bury, *Health and Illness in a Changing Society*, London, Routledge, 1997.

³ E. Freidson, *Profession of Medicine*, New York, Dodd and Mead, 1970 et *Professional Dominance*, New York, Atherton, 1970.

⁴ M. Mauss, "Effets physiques chez l'individu de l'idée de mort suggérée par la collectivité", In: *Sociologie et Anthropologie*, Paris, PUF, 1968, pp. 311-330 (première édition 1926).

⁵ G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966 (première édition 1943).

⁶ M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961; *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 1963.

⁷ P. Ariès "La mort inversée", *Archives européennes de sociologie*, 1967, vol. VIII, p. 169-195.

⁸ J. P. Peter, J. Revel, "L'homme malade et son histoire" In: J. Le Goff, P. Nora, *Faire de l'histoire*, Paris, Gallimard, 1974.

⁹ "Histoire biologique et société" *Annales (Économies, Sociétés, Civilisations)*, 1969, n°6.

¹⁰ E. Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 13ème édition 1956, p. xxii.

¹¹ S. Moscovici, *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF, 1961, réédition 1976.

¹² P. Berger, T. Luckman, *The social Construction of Reality*, New York, Doubleday, 1966.

¹³ R. Lenoble, *Histoire de l'idée de Nature*, Paris Albin Michel, 1969.

¹⁴ C. Rosenberg, "Pathologies of progress: the idea of civilization as risk" *Bulletin of History of Medicine*, 1998, 72, pp.714-730.

¹⁵ C. Herzlich, J. Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*. Paris, Payot, 1984, nouvelle édition 1991.

¹⁶ L. Boltanski, "Les usages sociaux du corps", *Annales, Économies, Sociétés, Civilisations*, 1971, n°1, pp. 205-231.0

¹⁷ *Health and Illness, a Social Psychological Analysis*, Academic Press, 1971.

¹⁸ Voir par exemple: M. Blaxter, "The causes of disease: women talking", *Social Science and Medicine*, 1983, 17, pp.59-69 et R. Pill et N. Stott, "Concepts of illness causation and responsibility: some preliminary data from a sample of working-class mothers", *Social Science and Medicine*, 1982, 16, pp.43-52.

¹⁹ Voir, en particulier, C. Davison, S. Frankel et G. Davey-Smith, "The limits of popular life-style: reassessing "fatalism" in the popular culture of illness prevention", *Social Science and Medicine*, 1992, 34, pp. 675-685.

²⁰ Sur tous ces points voir en particulier: M. Blaxter, *Health and Lifestyles*, London, Routledge, 1990.

²¹ C. Davison, G. Davey-Smith, S. Frankel, "Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health promotion", *Sociology of Health and Illness*, 1991, 13, 1, pp.1-19.

²² M. Calnan, S. Williams, "Style of life and the salience of health.: an exploratory study of health-related practices in households from differing socio-economic circumstances", *Sociology of Health and Illness*, 1991, 13, pp. 506-529.

²³ L. Cardia-Vonèche, B. Bastard, "Préoccupations de santé et fonctionnement familial", *Sciences sociales et santé*, 1995, xiii, 1, pp.65-80.

²⁴ J. Pierret, *Cultures ou production de santé dans la famille: différenciations et inégalités sociales*, Paris, CERMES, multigraphié, 1996, 165 pages.

²⁵ C. Herzlich " Médecine moderne et quête de sens: la maladie "signifiant social", In: M. Augé, C. Herzlich, *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Archives contemporaines, 1985, pp. 189-215.

²⁶ U. Beck, *The Risk Society: Towards a New Modernity*, London, Sage, 1992.

²⁷ Voir C. Rosenberg, op. cit.

²⁸ S.J. Williams, M. Calnan, *Modern Medicine: Lay Perspectives and Experiences*, London, UCL Press, 1996.