

Pour situer ce qu'est la **sociologie de la santé**, nous proposons, en un premier temps, de décrire les effectifs recensés et les activités répertoriées sous cette rubrique "en France et en Europe" (§ 1); en un second temps, de "définir" le champ propre que représente cette discipline particulière dans le territoire plus vaste du savoir et de la recherche (§ 2), puis dans celui des sciences médicales (§ 3), enfin dans la pratique des professionnels de la santé (§ 4).

Il n'est assurément pas question de tenter d'être exhaustif même dans ce champ restreint qui, en Europe, a déjà pris de l'essor, mais de dresser un **inventaire succinct** de ce qui s'est déjà fait, puis de ce qui, à notre avis, pourrait également se faire.

Sur le premier point, nous disposons de "deux ouvrages" relativement récents, l'un qui est un **annuaire** des sociologues médicaux européens (1), l'autre qui cherche à décrire le **Développement de la Sociologie Médicale en Europe** (2), tous deux du même auteur et publiés à l'Université Catholique de Louvain à la suite d'une enquête auprès des individus et des institutions concernés.

Sur les points suivants, nous partirons "d'un article" que nous avons publié il y a dix ans (3), en l'enrichissant de nouvelles réflexions.

ORIENTATIONS EN SOCIOLOGIE DE LA SANTÉ

A. D'HOUTAUD
Directeur de recherche
à PU.115 de l'INSERM,
Faculté de Médecine,
B.P. 184
54505
Vandœuvre-lès-Nancy
Cedex

par **A. D'HOUTAUD**

1 - Effectifs et activités en Europe dans le champ de la sociologie médicale

1) Aux origines de la sociologie médicale

Nous aurons plus loin à situer la **Sociologie de la Santé** par rapport à la **Sociologie Médicale** (§ 2).

Pour présenter la sociologie médicale, le plus commode est de partir de la distinction de l'américain Robert STRAUS (4) entre la sociologie de la médecine et la sociologie dans la médecine :

— la **sociologie de la médecine** (*sociology of medicine*) s'intéresse aux institutions médico-sanitaires, aux rôles, aux rites, aux valeurs, aux conduites qui s'y déploient. En particulier, elle étudie les institutions de soins et les professionnels de la santé ; c'est une approche sociologique dont l'objet plus restreint est les **personnels et les activités** rattachés à la sphère de la santé ;

— la **sociologie dans la médecine** (*sociology in medicine*) est une démarche où **des sociologues collaborent avec des médecins**, par exemple pour l'étude des processus pathologiques et thérapeutiques et des facteurs qui les déterminent, ce qui implique en quelque sorte leur relative intégration aux personnels, aux techniques et aux conceptualisations propres à la médecine.

Il faut remonter au XIX^{ème} siècle pour rencontrer les *origines lointaines* de la sociologie médicale, quand, par exemple, les sciences médicales se sont intéressées aux aspects sociaux de la médecine ou quand en 1894 est paru un article sur *l'importance de l'étude de la sociologie médicale* (5) ou quand en 1902 ont été édités des *essais de sociologie médicale* (6). Plusieurs *textbooks* ont, depuis lors, décrit les développements de la **sociologie médicale nord-américaine** suivant ses propres voies.

2) Le développement de la sociologie médicale en Europe

En Europe, les développements principaux de la sociologie médicale sont postérieurs à la seconde guerre mondiale et se sont d'emblée *différenciés* d'un pays à l'autre selon les contextes culturels et politiques, selon les traditions universitaires et selon les systèmes de soin de chacun d'eux.

Dans *l'enquête* de L.M. CLAUS (2), 1.581 praticiens de la sociologie médicale ont été sollicités parmi un nombre plus grand (inconnu) de personnes concernées dans 27 pays européens : 646 ont répondu, soit 40,9 %, ce pourcentage atteignant :

- 90,9 % en Norvège (10 sur 11),
- 52,7 % aux Pays-Bas (128 sur 243),
- 50,0 % en Tchécoslovaquie (2 sur 4),
- 26,7 % en France (68 sur 255),
- 26,3 % au Danemark (5 sur 19), etc...

et plusieurs pays (l'Union Soviétique, la D.D.R., la Roumanie, la Turquie) n'ayant donné aucune réponse. Parmi ceux qui disent mener des recherches de sociologie médicale, on rencontre aussi bien des *psychologues* et des *médecins* que des *sociologues* à proprement parler : « *La médecine sociale et la santé publique ont précédé la sociologie dans l'étude scientifique des aspects sociaux de la santé et de la maladie* » (p. 23). On ne trouve en tout cas **aucune définition précise** ni de la sociologie médicale, ni du praticien de la sociologie médicale, ce champ de la connaissance restant en pleine évolution et se différenciant selon les lieux où il est implanté.

Parmi les répondants à l'enquête européenne, 2 *exerçaient déjà* leurs activités de sociologie médicale en 1949, auxquels se sont adjoints :

- 13 autres de 1950 à 1959
- 117 autres de 1960 à 1969
- 466 autres de 1970 à 1979
- 19 autres en 1979, l'année de l'enquête, soit le total de 617 réponses à cette question sur les 646 répondants (parmi les 1.581 sollicités).

Sur les 641 qui ont donné leur *principale affectation* :

- 145 relèvent d'une Faculté de Médecine (22,6 %),
- 127 d'un département universitaire de sociologie (19,8 %),
- 108 d'un centre ou institut de recherche (16,9 %),
- 51 d'un organisme gouvernemental (8,4 %),

les 210 autres se répartissant dans des hôpitaux, des écoles d'infirmières, des écoles de santé publique, des organismes privés, etc.

Parmi eux, 272 ont un *doctorat*, dont 151 en sociologie, 48 en médecine, etc... ; 323 se consacrent à **temps plein** à la sociologie médicale (dont 26,8 % dans une école ou Faculté de Médecine, 20,3 % dans un centre de recherche, 18,1 % dans un département de sociologie, etc.), 291 à **temps partiel** (dont 22,4 % dans un département de sociologie médicale, 19,7 % dans une école ou Faculté de Médecine, 14,5 % dans un centre de recherche, etc.).

De même, 218 signalent *une seule activité*, 247 deux, 111 trois, 67 quatre et plus. Les 1.326 activités ainsi cumulées concernent :

- 43,5 % la recherche,
- 27,1 % l'enseignement,
- 13,9 % l'administration,
- 9,2 % la politique,
- 6,3 % un autre service.

Mais la *principale activité* déclarée est :

- pour 68,2 % la recherche,
- pour 21,4 % l'enseignement, etc.

L'enseignement de la sociologie médicale donné concerne :

- des étudiants en médecine (34,4 %),
- des élèves infirmiers (13,4 %),
- des étudiants en sociologie (13,2 %), etc.

Les 1.631 **thèmes** de recherche signalés en sociologie médicale peuvent être répartis dans les secteurs suivants :

- sociologie de la maladie (20,7 %),
- distribution des soins de santé (19,7 %),
- sociologie des activités de soin (14,2 %),
- environnement social de la maladie (12,4 %),
- maladies mentales, toxicomanies (12 %),
- sociologie des institutions de soin (6,5 %),
- systèmes de soin, politique et programme (5,3 %),
- orientations générales (4,7 %),
- travaux de disciplines associées (4,5 %).

Les 1.539 **projets de recherche** s'étalent

- sur un an (30,4 %),
- sur deux ans (15 %),
- sur trois ans (12,6 %), etc...

Des données précédentes, il ressort que la sociologie médicale européenne comporte de faibles proportions de praticiens :

- ayant le niveau du doctorat,
- étant sociologues,
- ayant eu une formation initiale spécifique.

Autrement dit, leur compétence relève davantage de **l'expérience** acquise ; leur champ d'activité est plus la **recherche** que l'enseignement et reste plus souvent rattaché aux écoles ou Facultés de Médecine qu'aux départements universitaires de sociologie. Les barrières culturelles et linguistiques en Europe empêchent le développement des échanges scientifiques.

Au total, il s'agit plutôt d'une discipline encore jeune et en plein développement, comportant des spécialistes venant d'une **pluralité de disciplines** et exerçant dans une grande **variété d'activités**.

3) Le développement de la sociologie médicale en France

En France, aussi, on peut remonter au rôle joué par le médecin et philosophe CABANIS (1757-1808) dans le développement de l'anthropologie, puis par DE VILLERME (1782-1865) dans les observations sur les ouvriers du textile et sur les statistiques de mortalité, par BUCHEZ (1796-1865) dans son "Précis Elémentaire d'Hygiène". De même, les travaux d'Emile DURKHEIM sur le suicide, de Marcel MAUSS sur les techniques du corps, de Georges CANGUILHEM sur le normal et l'anormal ont préparé l'approche des phénomènes biologiques par les sciences humaines et sociales.

Jean STOETZEL réalise en 1956 une enquête sur l'image des médecins français et publie en 1960 une étude sur la maladie, le malade et le médecin. A leur tour, J.P. REYNAUD et A. TOURAINE réalisent une autre enquête sur les étudiants en médecine.

Au sein de l'Association Internationale de Sociologie se développe un **Comité de recherche en sociologie médicale** dans les années **cinquante**. C'est l'époque où la génération des sociologues d'après la seconde guerre mondiale se mettent à voyager aux U.S.A. et à prendre connaissance des développements de la sociologie médicale nord-américaine.

Les années **soixante** sont marquées par les travaux de H. HATZFELD (Le grand tournant de la Médecine Libérale, 1963), d'H. JAMOIS (Sociologie de la décision, la Réforme des Etudes Médicales et des Structures Hospitalières, 1969), de Cl. HERZLICH (Santé et Maladie : Analyse d'une Représentation Sociale, 1969), de R. BASTIDE (Sociologie des Maladies Mentales, 1965), de M. FOUCAULT (Folie et Déraison - Histoire de la Folie de l'âge classique, 1961 ; Naissance de la clinique, Une archéologie du Regard Médical, 1963).

Dans les années **soixante-dix**, on ne peut signaler toutes les innovations. Renvoyons à un numéro spécial de la *Revue Française de Sociologie* de 1973

et au Séminaire de l'I.N.S.E.R.M. et du C.N.R.S. en 1976 sur "*Santé, Médecine et Sociologie*" (dont les actes ont été publiés en 1978). Avec le mouvement de mai 1968, des étudiants en médecine réclament une sensibilisation aux dimensions psychologiques et sociologiques de la médecine et de la maladie. Peu à peu, les équipes de sociologie médicale se diversifient, non seulement à PARIS, mais dans beaucoup de villes de PROVINCE, sur des thèmes de recherche appliquée de plus en plus différenciés.

Ce mouvement se poursuit, bien sûr, dans les années *quatre-vingts* : il serait trop long de l'évoquer. Signalons seulement qu'une *nouvelle enquête* vient d'être entreprise (en 1986) auprès des praticiens européens de la sociologie médicale par l'Institut de Philosophie et de Sociologie de VARSOVIE (Pologne).

2 - Sociologie médicale ou sociologie de la santé

1) Une évolution de la sociologie médicale vers la sociologie de la santé

La précédente description de l'état récent de la sociologie médicale en Europe et en France est nécessairement limitée, soit du côté de ses origines, soit du côté de ses développements en toute direction dans la période la plus récente, sur laquelle nos informations sont restées étroitement dépendantes de l'enquête ponctuelle de 1980 (L.M. CLAUS).

Elle suffit néanmoins à soulever le *problème méthodologique* du contenu et des *frontières* de cette discipline restreinte qu'est la sociologie médicale au sein de la sociologie générale. Les nombreuses contributions de psychologues, de psychiatres et de médecins de santé publique accentuent ces incertitudes méthodologiques. L'extension des recherches à des domaines de plus en plus différenciés ajoute à la confusion, qu'entretiennent, faut-il le relever, les oppositions et les tensions au sein même des sociologues, parisiens et provinciaux, exerçant dans ce secteur.

Si nous avons pu énumérer des titres de publications, des thèmes de projets de recherche encore plus récents, nous aurions observé que *l'expression de sociologie de la santé tendait à se substituer de plus en plus à celle de sociologie médicale* (au double sens de sociologie de la médecine et de sociologie dans la médecine). S'agit-il d'une nouvelle désignation d'un contenu similaire ? De nouveaux champs d'activité ? D'un affinement de la méthodologie ? D'une mode ?

Une telle évolution des initiés pourrait déjà s'expliquer partiellement par les *voisinages* et les *interférences* de l'économie de la santé, de la médecine de santé publique, des actions et de l'éducation pour la santé, des programmes de politique de la santé, des institutions de santé.

En outre, il n'est pas inexact de *reconsidérer les approches sociologiques* des maladies, des thérapeutes, plus encore celle de la prévention, et de les mettre en relation avec la santé : autrement dit, la santé qui a été compromise chez les uns, qui est susceptible d'être restaurée chez d'autres, se comprend mieux par référence à la santé qui s'est maintenue chez les gens n'étant pas actuellement atteints d'une affection, ni objets de traitement de la part de professionnels de la santé.

Surtout, tant le développement des *aspirations à la santé* dans la population que les préoccupations *d'actions préventives et éducatives en faveur de la santé* dans les programmes des partis politiques, des syndicats, de nombreuses associations publiques ou privées, obligent les Pouvoirs Publics à proposer des réponses en faveur de la santé. Ces dernières, à leur tour, réactivent les aspirations et les préoccupations pour la santé à tous les niveaux des sociétés industrielles et urbaines, spécialement quand elles sont gérées sur la base d'élections démocratiques et comportent l'exercice des libertés publiques et privées.

A la limite, la sociologie de la santé est susceptible d'englober à tout le moins la sociologie de la médecine (*sociology of medicine*) définie ci-dessus, voire la sociologie dans la médecine (*sociology in medicine*).

La question se pose alors de savoir s'il est possible, dans une perspective

épidémiologique, de donner à la sociologie de la santé un *contenu* à la fois plus restreint et différent de celui que l'on vient de décrire pour la sociologie médicale telle qu'elle est devenue classique aux U.S.A. et en Europe.

2) Sociologie de la santé et sociologie médicale

Notons que l'extension de la **sociologie médicale** à la sociologie de la santé n'est pas une exclusivité dans ce secteur particulier de la santé. En effet, la **médecine** elle-même est passée peu à peu de l'art de soigner ou de guérir les malades à la fonction de *maintenir en santé les bien portants*. Parallèlement l'**épidémiologie** a fini par déborder le champ rigoureux des connaissances et des techniques concernant les maladies infectieuses pour se vouer également à l'étude des autres malades et plus généralement à la *recherche de l'ensemble des facteurs de risques* pour la santé individuelle et collective. Cette *dérive des termes* depuis le secteur de la morbidité jusqu'à celui de la santé n'est pas non plus unilatérale, puisque le terme lui-même de **santé** comme ses adjectifs sont devenus parfois des *euphémismes* destinés à dissimuler des réalités moins agréables.

Rien d'étonnant à ce que, en sens inverse, la **sociologie de la santé** ait, à son tour, servi à désigner, par-delà les maladies et les thérapeutiques, les approches scientifiques de la prévention, puis de la santé elle-même.

Après tous les changements sémantiques ne se décrètent pas : ils résultent de l'usage le plus répandu, auquel les locuteurs les plus marginaux doivent bien, tôt ou tard, se rallier sous peine de s'exclure complètement des communautés linguistiques auxquelles ils appartiennent.

Tel est le réalisme qui doit prévaloir chez les chercheurs et les enseignants de toute discipline, en particulier chez ceux qui, anciens ou nouveaux venus, œuvrent dans le secteur de l'actuelle **sociologie de la santé**.

Toutefois, un tel conformisme n'empêche pas de soulever le **problème épistémologique** d'un *secteur plus réduit* qui serait *spécifique* à la sociologie de la santé entendue en son sens restreint par différenciation de la sociologie médicale de naguère.

3) Pour une sociologie de la santé à proprement parler

Pour délimiter le **contenu d'une sociologie de la santé** au sens *restreint* du terme, nous proposons de nous écarter des champs de la morbidité et de la thérapeutique qui font l'objet des activités de la plupart des sociologues médicaux. De nous écarter également de la fonction de préservation ou de protection, qui fait la véritable originalité de la démarche de la médecine préventive classique : en effet, procurer à un handicapé les conditions les plus acceptables d'existence, compte tenu de ses détériorations physiologiques et psychosociales, dépister à temps des manifestations infectieuses pour en limiter les incidences chez l'individu et la contagion dans le groupe, mettre en lumière les processus dégénératifs et l'usure prématurée, voilà des exemples typiques d'une **prévention** classique à ses stades tertiaire, secondaire et primaire.

Notre propos ici est de nous écarter davantage de ces perspectives, qui toutes relèvent encore, en définitive, de la morbidité et de la pathologie, pour nous intéresser, aux confins de la prévention médicale, à la fonction résiduelle qui, antérieurement à toute altération ou dégradation, vise à *cultiver la santé*, à la promouvoir, en somme à *lui assigner ses limites* et à *lui assurer ses chances*. Ce faisant nous venons de délimiter, aux frontières du domaine de la sociologie de la médecine usuelle, le **territoire qui pourrait spécifier une sociologie de la santé** en un sens encore plus précis et plus novateur que celui qui a accompagné la prévention classique.

C'est d'emblée aux spécialistes de **santé publique** que normalement il incombe de déboucher ainsi dans la cité des hommes et de cheminer du dépistage de la prévention classique à la prise en considération des facteurs sociaux de la santé, c'est-à-dire aux réalités collectives de la vie des groupes et des sociétés.

En effet, dans les **milieux** de vie, de formation, de travail, se manifestent

des tendances plus ou moins saines pour les gens qui s'y meuvent.

Les développements morbides, qui s'inscrivent dans les tissus et dans les systèmes fonctionnels des organismes individuels, trouvent des racines jusque dans les profondeurs psychosociales des groupements humains. Il s'agit là d'une interdépendance reliant le développement psychophysiologique à l'environnement social proche ou lointain. En conséquence, une fois engagé dans les avenues acheminant à la santé pour elle-même, l'observateur débouche peu à peu dans la cité humaine imaginée comme étant elle-même une sorte d'organisme supérieur, ayant ses propres lois de développement, ses chances de réussites, ses risques de pathologies sociales, dont chacun de ses membres paraît plus ou moins un miroir fidèle.

N'est-ce pas, pour les praticiens de la prévention, une orientation d'autant plus fructueuse que leurs diagnostics sur les *individus* s'intégreront dans des diagnostics sur les *groupes* humains dont ceux-ci font partie et que leurs connaissances des conditionnements sociaux les achemineront vers des *prognostics* plus fiables. Tel paraît bien devenir, en effet, le sort de toute approche authentiquement préventive : devenir une analyse, puis une *prédiction* des relations de l'homme à son environnement naturel et social.

3 - Place et rôle d'une sociologie de la santé dans le développement des sciences médicales de la santé

1) Dimensions sociologiques de la santé

D'après une façon traditionnelle de procéder chez les *cliniciens*, il n'y aurait de santé que des *individus* : un peu comme, pour certains *philosophes*, il n'y a d'existence que du particulier. D'où l'approche individualiste de la plupart des praticiens de la *médecine* et de la *psychologie*, qu'adoptent, inconsciemment peut-être, maints *sociologues* médicaux conventionnels. Il est vrai que, indéniablement, toutes leurs observations se prêtent actuellement à une interprétation cohérente à partir des individus, tout comme beaucoup de leurs interventions se réalisent sur eux seuls.

Néanmoins, comme nous l'avons déjà souligné, la réalité de la santé apparaît aussi comme étant *communautaire* à bien des titres. Par exemple, l'hérédité présente sa double dimension : *diachronique* (les filiations de caractères à travers les générations successives) et *synchronique* (les individus au sein de leurs familles ou parentés et au sein de leurs ethnies ou groupes de vie).

De là résultent les *constitutions individuelles* présentant plus ou moins de résistance ou de vulnérabilité aux diverses agressions des milieux de vie (maladies infectieuses, professionnelles, etc...). Certaines *maladies dégénératives*, elles aussi, sont véhiculées par voie héréditaire : elles connaissent donc une diffusion spatiale ou géographique en rapport avec les traits caractéristiques de l'environnement des groupes. En tous cas, les *maladies infectieuses* se perpétuent par des contagions de proche en proche là où les complexions organiques présentent les fragilités correspondantes.

Toutefois *terrains internes* et *milieux externes* ne sont pas les seules composantes de la santé et de la morbidité : les *coutumes* alimentaires, les *habitudes* hygiéniques soit se transmettent par mode quasi héréditaire de parents à enfants, d'éducateurs à jeunes, soit se diffusent par mode quasi épidémique au niveau des individus et au niveau des collectivités par le truchement des mass media. A cet égard, soulignons l'importance des *rites* et des *rythmes* dans l'exécution des activités de travail et de loisir (détente, jeux, sports, voyages).

Une autre incidence des groupes sociaux sur les individus humains s'exprime tout naturellement dans les systèmes d'*attitudes* et de *motivation*, d'*opinion* et de *croyances*. Tel est le cas des représentations plus ou moins stéréotypées ou fluides ayant pour objet l'univers ou l'homme, les autres ou soi-même, la vie ou la mort, la santé ou la morbidité elles-mêmes, ces dernières témoignant tout particulièrement de la *réalité collective de la santé* et conditionnant ses progrès ou ses altérations.

A ce titre, rien d'étonnant à ce que l'observation des variations des *représentations relatives à la santé* joue un rôle privilégié dans les démarches d'une

sociologie de la santé (au sens restreint), qui les analysent en relation avec celles qui ont trait aux maladies, à leurs traitements et aux professionnels de la santé et en rapport avec celles qui concernant la vie et la mort, l'homme et l'univers.

L'intérêt des recherches précédentes se perçoit d'autant mieux que l'on conçoit **la santé comme un équilibre** à renouveler constamment entre l'organisme biologique et son milieu de vie. Cet équilibre est assuré *de l'intérieur* par des systèmes complexes d'adaptation des individus à *l'environnement extérieur*. Or, si les **paramètres biochimiques et psychomédicaux** définissent les systèmes fonctionnels susceptibles de réguler cette adaptation, à leur tour les **paramètres sociologiques** fournissent un cadre pour la description des éléments variables qu'offre tout environnement naturel et surtout social. La disparité des réactions individuelles aux mêmes éléments d'environnement signale des degrés divers de l'adaptation et donc de la santé.

De la sorte, les analyses sociologiques proposent une contribution décisive pour l'appréciation des **facteurs de santé**. Là précisément résident les vraies bases d'une **sociologie de la santé au sens rigoureux** de l'expression.

2) Dimensions probabilistes de la santé

La même approche sociologique livre accès aux dimensions *statistiques* des phénomènes de santé et de morbidité, dont le maniement et le contrôle sont hautement facilités par *l'informatisation* des données. Il s'agit notamment de recherches globales sur des populations et sur les groupes particuliers qui les constituent. Par delà les multiples mesures sur les individus, il est possible d'organiser des recherches *étiologiques*, susceptibles de mettre en valeur les **facteurs de leur santé et de leur morbidité**; puis de dégager des *indicateurs* nouveaux en rapport avec les connaissances scientifiques et les possibilités techniques de chaque époque.

A ce sujet, insistons sur deux points. D'une part, envisagés dans l'optique précédente, les *diagnostics* individuels sortent renouvelés et approfondis, puisque l'état de chaque personne est mesuré et apprécié en référence à de nombreuses catégories (sexe, âge, niveaux socioprofessionnels et d'études, origine géographique, échanges sociaux et culturels, etc...). D'autre part, les diagnostics, formulés en relation à de telles analyses statistiques de populations spécifiques, paraissent de mieux en mieux aptes à acquérir une **dimension prospective**, en fondant un *pronostic*, lequel va en se perfectionnant avec les décennies. On voit dès lors en quels sens rigoureux la sociologie peut contribuer à une approche *prédictive* de la santé, dont les progrès dépendront de l'organisation pertinente des banques de données et de références.

A l'échelle collective, et non plus individuelle, cette **approche probabiliste** sera en mesure de détecter et définir des groupes sociaux à plus grande *chance de santé ou à plus haut risque de morbidité*. A son tour, cette détermination des groupes en fonction des chances et des risques servira de base à une pratique plus efficace de la santé publique et à une politique plus adéquate de l'environnement naturel et social des populations.

4 - Conséquences pour les professions de la santé

1) Perspectives nouvelles dans la pratique des professionnels de la santé

L'accès informatisé à des **banques de données et de références** va contribuer à modifier non seulement l'utilisation des connaissances scientifiques de chaque profession de la santé, mais aussi leur mise en œuvre en présence de chaque individu. D'une part, pour peu qu'un *carnet de santé informatisé* soit mis à la disposition du praticien par l'intéressé, toute intervention ponctuelle pourra être restituée dans la chaîne de ses antécédents personnels et familiaux et dans la continuité et la cohérence des interventions antérieures ou en cours des autres praticiens. Survindra ensuite, d'autre part, la référence aux précédentes banques de données constituées en fonction des chances et des risques des *groupe d'appartenance*.

Dès lors, une fois rassemblés les résultats épars des analyses individuelles et collectives, le praticien sera en mesure de les intégrer dans une **interprétation**

synthétique afin de donner à chacune de ses interventions spécialisées son rôle et son poids dans une vue d'ensemble qui soit adéquate à la structure unifiée de l'organisme par delà la diversité de ses fonctions, organes ou tissus. Ce faisant, il mettra fin à l'anarchie des interventions ponctuelles hautement qualifiées, mais trop souvent aveugles et parfois nocives pour telle autre fonction ou région ou pour l'ensemble de l'organisme. En somme, il pourra exercer le rôle d'arbitre et de coordinateur auquel sans aucun doute il aspire dans la pratique de ses fonctions.

2) A la recherche d'une pédagogie de la santé

Une autre mutation des professions de la santé concerne la *pédagogie sanitaire* dans la mesure où leur rôle commun consiste à promouvoir la santé et à répondre ainsi aux aspirations les plus universelles des humains, pour qui parvenir à une plus grande longévité va de pair avec le fait de rester *bien portant* dans l'immédiat tout comme à échéance plus lointaine. Ce qui implique d'emblée de se refuser aux mises en conditions auxquelles, plus ou moins inconsciemment, tout praticien a tendance à pousser ses patients, en s'appuyant sur son statut social encore relativement privilégié et en suscitant chez eux des conduites de dépendance, celles d'être assistés qui attendent parfois superstitieusement leur guérison de l'intervention magique du thérapeute.

Du reste, toute relation valable requiert les avantages préconisés par les nouvelles techniques d'aide, qui visent à la conquête de l'autonomie par l'assisté, à son *émancipation*. Elle devrait même se fonder sur la recherche par le professionnel de la santé d'une *communication valable* avec son client. Ce qui suppose de sa part davantage de savoir et une pédagogie : *savoir* parfois irrégulièrement remis à jour au milieu d'occupations immédiates souvent accaparantes ; *pédagogie* peu cultivée au cours de la formation initiale, mais d'autant plus indispensable que les gens, au sortir de l'école primaire et du collège, voire du lycée, disposent de notions d'anatomie et de physiologie trop sommaires, en tout cas trop théoriques, pour être préparés à la gestion de leur santé et de celle de leur famille.

De plus, en *éducation pour la santé*, la nécessaire diffusion des connaissances et des modèles d'action par l'imprimé, par les ondes, à l'école ou à la maison, n'atteint complètement son objectif que s'il y a *le catalyseur d'une présence directe auprès de chaque individu*, notamment celle du professionnel de la santé.

En fin de compte, seule une telle intervention *personnalisée* peut aboutir à ce que l'éducation pour la santé atteigne également ceux dont les *besoins* sont souvent les plus criants en ce domaine comme dans ceux des revenus et de l'école.

Bibliographie

- (1) CLAUS L.M.
European Medical Sociologists. A Directory of People Active in the Sociology of Health, Illness and Health Care.
Louvain, 1981, 238 pages.
- (2) CLAUS L.M.
The Growth of a Sociological Discipline. On the development of Medical Sociology in Europe.
Louvain, 1982, 2 volumes, 199 et 167 pages.
- (3) D'HOUTAUD A.
Sociologie de la Médecine et Sociologie de la Santé.
Cahiers internationaux de sociologie, 1974, 145-160.
- (4) STRAUS R.
The Nature and Status of Medical Sociology.
American Sociological Review, 1957, 22, 200-204.

- (5) INTIVE C. Mc
The Importance of the study of Medical Sociology.
Bulletin of the American Academy of Medicine.
1894, 1, 425-434.
- (6) BLACKWELL E.
Essays in Medical Sociology.
Ernest Bell, London, 1902.

N.B. : Dans la référence (2) ci-dessus, le lecteur pourra trouver les éléments bibliographiques principaux sur la sociologie médicale.



Je m'abonne pour un an (5 numéros) à Glossa, les cahiers de l'unadrio
et joins un chèque bancaire ou postal de :

210 F (tarif ordinaire)

105 F (tarif étudiant)

Joindre photocopie de la carte universitaire

Je désire que Glossa me soit servi à l'adresse suivante : (écrire très lisiblement)

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphone _____

Bulletin à photocopier et à renvoyer avec le paiement à :

GLOSSA — Service Abonnement — Administration
175, rue du Faubourg Poissonnière — 75009 PARIS