

MÉDECINE
MALADIE ET SOCIÉTÉ

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES - SORBONNE
VI^e SECTION : SCIENCES ÉCONOMIQUES ET SOCIALES

LES TEXTES SOCIOLOGIQUES

IV

MOUTON

CLAUDINE HERZLICH

MÉDECINE
MALADIE ET SOCIÉTÉ

*Recueil de textes
présentés et commentés*

MOUTON

Diffusion en France par la Librairie MALOINE S.A. Éditeur :

Librairie de la Nouvelle Faculté
30, rue des Saints-Pères,
75 — PARIS 7^e

Librairie Maloine S.A.
8, rue Dupuytren,
75 — PARIS 6^e

Diffusion en dehors de la France :

Mouton & Co
5, Herderstraat
LA HAYE

AVANT-PROPOS

Ce livre est destiné à ceux — chercheurs ou étudiants en sociologie ou psychologie, mais aussi étudiants en médecine ou médecins — qui s'intéressent aux relations entre sciences sociales, médecine et maladie.

Nous nous proposons, plus particulièrement, de présenter un courant de recherches qui s'est développé, surtout aux États-Unis, durant les dernières décennies : la sociologie — ou la psychosociologie — médicale. Il ne s'agit donc pas d'une investigation exhaustive des rapports entre maladie, médecine et société. Celle-ci ne devrait négliger ni le riche domaine des études anthropologiques des médecines primitives, ni l'histoire des maladies et de la médecine de nos sociétés, ni, bien sûr, d'importants secteurs de la recherche épidémiologique qui, de longue date, s'est efforcée d'établir des relations entre caractéristiques sociales, ou comportements socialement déterminés, et apparition de diverses maladies ¹.

La sociologie médicale, telle que nous la présentons ici, nous paraît cependant avoir son but propre : l'étude des *définitions sociales de la maladie, des pratiques qui s'y rapportent et des institutions qui la prennent en charge, du statut social et des comportements du malade*. Elle a aussi son histoire, certes assez récente : les premiers écrits théoriques de Parsons, dont l'influence est encore aujourd'hui marquante, datent de

1. Certes, de nombreux sociologues effectuent ou participent à des recherches épidémiologiques. Nous avons cependant exclu cet aspect de notre recueil. D'abord parce qu'à lui seul il exigerait un ou plusieurs ouvrages; ensuite parce qu'il nous semble, pour reprendre la distinction de Robert Strauss (cf. STRAUSS R. The nature and status of medical sociology. *Amer. Sociol. Rev.*, 1957, 22, 200-204), que l'épidémiologie sociale constitue davantage une application de la sociologie *dans* la médecine qu'une branche de la sociologie *de* la médecine. Historiquement, la filiation de la sociologie médicale par rapport à la médecine sociale et à l'épidémiologie n'en demeure pas moins évidente.

1951¹. Mais le développement sera ensuite rapide : en 1955, l'American Sociological Association crée une section de sociologie médicale. Aujourd'hui, il s'agit, aux États-Unis, d'un des domaines les plus florissants de l'investigation sociologique. En France, malgré l'intérêt qu'ont suscité chez certains auteurs médecine et maladie², ce secteur de recherche fut longtemps négligé mais l'on peut penser qu'il a maintenant cessé d'en être ainsi.

A l'origine de ce type d'études, on trouve sans doute l'évolution médicale elle-même et ses conséquences économiques et sociales. *La transformation des institutions* fut sans doute déterminante : celle de l'hôpital, d'asile destiné aux indigents en lieu de traitement utilisé par toutes les couches de la société, la diversification des formes de la pratique médicale, l'introduction de diverses instances — des différents systèmes d'assurance-maladie, par exemple — dans ce qui était considéré jusqu'alors comme le colloque singulier du médecin et du malade. Tous ces faits ont sans doute rendu la recherche tout à la fois possible et nécessaire; le coût toujours croissant des soins médicaux n'ayant fait qu'augmenter l'urgence de la « demande ». Mais, sur le plan théorique, le développement d'une sociologie médicale est aussi solidaire d'une évolution des *conceptions de la maladie* : du renouveau d'intérêt, après le règne des théories microbiennes, pour les facteurs d'environnement et les conditions sociales et, plus largement, pour les aspects émotionnels et psychosociaux de la maladie.

Pour le spécialiste des sciences sociales, les institutions et professions médicales, les comportements de soins, ont souvent représenté — à une époque où la recherche était centrée d'abord (pour le sociologue) sur l'entreprise et le

1. PARSONS T. Social structure and dynamic process : the case of modern medical practice. In : *The social system*. Glencoe, Illinois, The Free Press, 1951, ch. x. Voir dans ce recueil, texte n° 10.

2. Voir, par exemple, les travaux suivants (qui appartiennent à des domaines et courants théoriques fort divers) : BASTIDE R. *Sociologie des maladies mentales*. Paris, Flammarion, 1965; DAGOGNET F. *La raison et les remèdes*, Paris, P.U.F., 1965; FOUCAULT M. *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris, Plon, 1961, et *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris, P.U.F., 1963; HERZLICH C. *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Paris, La Haye, Mouton, 1969; JAMOUS H. *Contribution à une sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*. Paris, C.N.R.S., 1968. LÉVY A. *Les paradoxes de la liberté dans un hôpital psychiatrique*. Paris, Éditions de l'Épi, 1969; MAUCORPS P. H., COURCHET J. L. *Le vide social*. Paris, La Haye, Mouton, 1966; VALABREGA J. P. *La relation thérapeutique. Maladie et médecin*. Paris, Flammarion, 1962.

travailleur industriel et (pour le psychosociologue) sur l'étude clinique ou expérimentale des petits groupes — un nouveau terrain à défricher, riche de possibilités, entre autres, financières. Cependant, on n'en a perçu que peu à peu l'originalité propre. Ainsi n'est-on passé que progressivement — et souvent incomplètement — d'une simple transposition ou application des concepts utilisés ailleurs à une problématique propre et pourtant articulable dans des théories plus générales. C'est à montrer ce double aspect : ce que les sciences sociales peuvent apporter à la compréhension de la maladie et du champ médical, ce que l'étude du champ médical peut apporter aux sciences sociales, que nous souhaiterions que ce livre puisse servir.

Mais le développement d'un courant de recherche n'implique pas sa maturité. On mesurera, en lisant ces textes, l'hétérogénéité des problèmes abordés et des concepts utilisés. Ainsi, les études sur l'hôpital n'ont-elles souvent en commun que le cadre écologique dans lequel elles se situent. De même, on ne peut qu'être sensible à la faiblesse méthodologique de certains travaux, à la multiplicité, d'autre part, d'études de cas peu comparables, rendant difficile toute cumulativité du savoir. Dans ce recueil, nous ne prétendons donc pas présenter les pointes avancées d'un domaine scientifique sûr de ses acquits, mais plutôt constituer un inventaire assez large — quoique sans doute incomplet — de thèmes ayant préoccupé les chercheurs. Autant qu'à la valeur des réponses apportées par la recherche, nous souhaitons sensibiliser le lecteur à des questions qui se posent ou se sont posées. On ne s'étonnera donc pas de trouver dans ce recueil des textes déjà anciens. Certains sont devenus des « classiques ». D'autres, qui n'échappent pas toujours aux critiques que nous formulons ci-dessus, ont par la suite donné lieu à controverses et critiques. Ils n'en sont pas moins représentatifs du mouvement d'une réflexion et d'une recherche ¹.

1. Le lecteur intéressé par ce domaine peut se reporter utilement aux manuels et recueils suivants : APPLE D. *Sociological studies of health and sickness*. New York, McGraw-Hill, 1960; COE R. M. *Sociology of medicine*. New York, McGraw-Hill, 1970. FREEMAN H. *et al.* *Handbook of medical sociology*. Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, 1963; FREIDSON E. *The sociology of medicine : a trend report and bibliography*. *Current Sociol.*, 1961-62, n° 3; FREIDSON E. *The hospital in modern society*. New York, The Free Press, 1963; GARTLY JACO E. *Patients, physicians and illness*. New York, The Free Press, 1958; MECHANIC D. *Medical sociology : a selective view*. New York, The Free Press, 1968; SCOTT W. R., VOLKART E. H. *Medical care*. New York, John Wiley and Sons, 1966.

Nous voudrions remercier Marie Moscovici qui nous a donné l'idée de ce livre ainsi que Jacqueline Wesselius et Maryse Khordok qui ont aidé à sa réalisation; l'une dans le choix des textes et l'autre dans sa préparation matérielle.

PREMIÈRE PARTIE

MALADIE ET SOCIÉTÉ

INTRODUCTION

Vouloir établir les rapports existant entre société et maladie implique que l'on conçoive celle-ci comme un événement qui se produit dans un contexte social et qui reflète, de quelque manière, les liens de l'individu et de son entourage. Cette conception, si elle fut un temps reléguée au second plan par la prééminence des idées de Pasteur, n'est pas absolument nouvelle. Pour les hygiénistes du XVIII^e et du XIX^e siècle¹, la maladie découlait, plus encore que de facteurs de l'environnement physique, des conditions sociales du monde industriel à son début. Dans de nombreuses campagnes d'opinion, ils réclamèrent et obtinrent certains assainissements de l'entourage urbain. Pourtant leur ignorance des processus microbiens, de leur rôle dans le développement des maladies infectieuses, était totale. Plus généralement, leur manquait toute idée précise des liens éventuels entre conditions sociales et maladies, de la suite d'événements par lesquels s'établit, dans un entourage donné, la relation entre l'agent spécifique et l'individu qui en sera la victime.

Les études épidémiologiques, qui se sont développées dans le cadre du grand mouvement de la médecine sociale du XIX^e siècle², se sont attachées précisément à établir de tels liens. Et certains exemples classiques — ainsi l'étude, par Sir Percival Pott, du cancer scrotal chez les ramoneurs en l'année 1775 — nous montrent clairement la chaîne causale qui relie un groupe professionnel (celui des ramoneurs), un comportement (le nettoyage des cheminées), un agent (la suie) et l'état pathologique final. Mais dans de nombreux

1. Cf., par exemple, VIREY P. *L'hygiène philosophique*. Paris, 1820.

2. On peut lire à ce sujet le chapitre de G. ROSEN : The evolution of social medicine. In : FREEMAN H. E., LEVINE S., REEDER L. G. *Handbook of medical sociology*. Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, 1963, p. 17-61.

cas, les choses ne sont pas aussi claires. Saxon Graham ¹, par exemple, analyse les difficultés de l'étude épidémiologique des maladies chroniques. Les catégories socio-économiques apparaissent toujours comme des catégories trop larges, hétérogènes. Les résultats obtenus à partir d'elles devant toujours être confirmés par des études en laboratoire ou affinés sur des groupes plus restreints, homogènes d'un point de vue culturel ou comportemental. Même dans ce dernier cas, il est toujours difficile de déterminer la nature exacte de la variable intermédiaire — comportement ou condition d'environnement — réellement opérante.

Les études épidémiologiques posent directement le problème des rapports entre maladies et facteurs sociaux. C'est à leur propos qu'a été prononcé pour la première fois le terme de « sociologie médicale » ². Pourtant, la part du sociologue n'y a souvent été, à tort ou à raison, qu'auxiliaire. Il semble y avoir joué un plus grand rôle par sa compétence technique en matière d'enquête que par l'introduction d'une problématique originale ou d'outils conceptuels nouveaux. L'épidémiologie demeure une branche de la médecine sociale plutôt qu'elle n'est devenue un domaine de la sociologie. L'apport du sociologue s'est situé, en fait, sur d'autres plans, parmi lesquels figure au premier rang l'étude des « comportements de maladie » ³.

La voie fut ouverte par l'anthropologie. A travers l'étude des médecines primitives, de leurs liens avec l'ensemble du contexte culturel, apparaît clairement la variété des croyances, attitudes, pratiques entourant la maladie dans diverses sociétés. Variété des pratiques médicales, mais aussi du statut du malade et du médecin, du sens donné à l'expérience de la maladie et enfin de la nature même des états considérés comme normaux ou pathologiques. On trouve avec abondance l'exemple de ces troubles ignorés ou même considérés comme signes de bonne santé (la présence de vers intestinaux par exemple) par tel ou tel groupe. En revanche, les cultures primitives reconnaissent, craignent et traitent maints syndromes ignorés de la médecine moderne ⁴. Par là, l'étude

1. S. GRAHAM. Social factors in relation to the chronic illnesses. In : FREEMAN H. E., LEVINE S., REEDER L. G. *op. cit.*, p. 65-98.

2. Voir ROSEN G. *op. cit.*

3. Cf. MECHANIC D. The concept of illness behavior. *J. Chron. Dis.*, 1960, 11, 189-194.

4. Voir les exemples cités par L. Saunders (texte n° 2).

des sociétés primitives montre bien les décalages entre la maladie, état physique, et la maladie socialement reconnue. D'ailleurs, la plus simple réflexion suggère que de nombreuses et graves maladies peuvent rester longtemps peu visibles et que le « symptôme » est souvent un facteur insuffisant de la reconnaissance d'une maladie. De cette ambiguïté de l'état, et de sa gravité, procède l'intervention du sociologue : la « maladie », telle que nous la connaissons, représente toujours *l'articulation d'une certaine réalité physique avec une définition et une conduite sociale*. Ce sont ces dernières qui sont devenues l'objet d'étude privilégié du sociologue tandis que, par un renversement de perspective, *la maladie se définissait alors comme toute « cause », ou tout « symptôme », donnant lieu aux comportements « du malade »*. Parmi ceux-ci, les plus étudiés ont été les diverses réponses à la douleur et surtout la recherche de soins médicaux.

Des raisons pratiques ont influé sur ce choix. Connaître les facteurs sociaux intervenant dans les comportements de soins peut être important tant pour le succès des campagnes de prévention que pour l'évolution des institutions médicales. Pour le sociologue, l'extension de son champ d'étude aux relations entre les conduites face à la maladie et diverses variables (type global de « culture », appartenance ethnique ou religieuse, classe sociale) a été un succès : dans l'ensemble, *le contexte social apparaît comme aussi important pour prédire le comportement d'un individu que la nature ou la gravité de son état*.

★

L'étude de Zborowski¹, qui porte sur des malades hospitalisés appartenant à différents groupes ethniques, fut l'une des premières études où *les différences dans les réactions à la douleur sont rapportées à l'ensemble de la « culture »*. Tandis que Juifs et Italiens répondent à la douleur de manière très émotionnelle, les « vieux Américains » (c'est-à-dire d'origine anglo-saxonne) la supportent avec plus de stoïcisme et les Irlandais tendent à la nier. Zborowski analyse encore la signification qu'a l'expérience de la douleur pour les Italiens et les Juifs : pour les premiers, l'expérience a

1. ZBOROWSKI M. Cultural components in responses to pain. *J. Soc. Issues*, 1952, 8, 16-30.

surtout un sens immédiat, où l'idée de futur n'est pas impliquée, tandis que les préoccupations des Juifs concernent surtout ses conséquences à long terme. Selon l'auteur, ces variations s'expliquent par les différentes relations avec la mère des enfants juifs et italiens. Les observations de Zborowski ont été fréquemment citées, répétées avec un certain succès; elles semblent même avoir reçu quelque confirmation sur le plan physiologique : ainsi les femmes italiennes auraient une plus faible tolérance à l'administration de chocs électriques que celles d'autres groupes ethniques ¹.

Plus récemment **I.K. Zola** a utilisé la variable groupe ethnique dans l'étude de la discrimination des symptômes organiques par le patient (cf. texte n° 1). Les Italiens tendent à percevoir leurs symptômes de façon diffuse et douloureuse, à en dramatiser l'importance; chez les Irlandais, en revanche, un symptôme identique a plus de chance d'être perçu comme un dysfonctionnement localisé dont on niéra le caractère douloureux. Les résultats sont donc consistants : les réactions à la douleur, et plus largement, la perception de symptômes organiques, la façon d'y répondre, semblent, de quelque manière, culturellement apprises à l'intérieur du groupe ethnique. Pourtant de tels faits ne servent guère qu'à susciter d'autres questions : quelle est la signification d'une variable aussi globale que la « culture » ou le « groupe ethnique » ? L'intérêt du livre — assez ancien — de **Saunders** (cf. texte n° 2), qui analyse l'origine des pratiques médicales des populations hispano-américaines du Sud-Ouest des États-Unis, réside, nous semble-t-il, en ce qu'il montre la co-existence dans un même groupe de pratiques et de croyances d'origines diverses et apparemment incompatibles. En fait, l'Espagnol du Sud-Ouest américain dispose, pour chaque situation, de différents « registres » de comportement qu'il adopte simultanément ou successivement; y compris d'ailleurs le recours aux techniques médicales les plus modernes des « anglo-américains ». Bref, si des sous-cultures existent au sein de la société américaine — et c'est sans doute aussi le cas pour la société française — on ne peut cependant, croyons-nous, les concevoir comme fermées sur elles-mêmes ou imperméables.

1. Cf. STERNBACH R., TURSKY B. Ethnic differences among housewives in psychophysical and skin potential responses to electric shock. *Psychophysiology*, 1965, 1, 241-246.

En outre, au-delà d'explications telles que celles proposées par Zola (en termes de négation ou de dramatisation de l'expérience de la maladie), quels sont les processus réellement à l'œuvre dans un tel apprentissage culturel? Il paraît raisonnable de supposer (c'est ce que font plusieurs auteurs, en particulier Zborowski) que de tels conditionnements s'opèrent chez l'enfant très jeune, au sein du groupe familial, et que la relation avec la mère y joue un rôle important. Pourtant, dans une étude précisément consacrée à ce problème, Mechanic ne trouve aucune relation entre les attitudes de la mère, son propre comportement face à la maladie et le comportement de l'enfant¹. C'est le même auteur qui souligne, de manière plus générale, que les variations de comportement à l'intérieur d'un même groupe sont généralement plus importantes que les variations entre groupes². De telles études trouvent là leur limite.



Dans l'étude des *attitudes et comportements face aux soins médicaux*, la classe sociale, mesurée par différents indices (revenu, niveau d'éducation, type de profession), s'est révélée être une des variables les plus importantes. Globalement, les résultats vont tous dans le même sens : les membres des « classes inférieures », les travailleurs manuels, répugnent davantage à se percevoir comme « malades » que les membres des classes « supérieures ». Ils prêtent donc moins d'attention à leur différents symptômes, sont moins informés à leur égard ainsi que des soins médicaux accessibles, ils font preuve d'un certain scepticisme envers la médecine et se font soigner plus tardivement et pour des symptômes plus graves³. Sans doute peut-on reprocher à certaines études de n'avoir pas toujours su distinguer dans la variable « classe sociale » la part éventuelle des différents facteurs — économiques, par exemple — responsables de ces différences de comportement. Cependant, il ressort assez clairement que

1. MECHANIC D. The influence of mothers on their children's health attitudes and behavior. *Pediatrics*, 1964, 33, 444-453.

2. Tel semble être le cas dans l'étude de Zola.

3. Pour tous ces points, cf. par exemple : KING S. *Perceptions of illness and medical practice*. New York, Russel Sage Foundation, 1962; KOOS E. *The health of Regionville : what the people thought and did about it*. New York, Columbia University Press, 1954.

la plus grande « résistance » des membres des classes inférieures ne s'explique pas seulement en termes de différences de revenus face au coût des soins médicaux ¹. Pour reprendre la terminologie fréquemment employée, et en particulier par **Rosenblatt** et **Suchman** (texte n° 3), le travailleur manuel répugne à « *assumer le rôle de malade* ». Pour ces deux auteurs, comme pour d'autres ², cette répugnance exprime une plus grande distance d'avec les valeurs de la société globale, en particulier d'avec les valeurs scientifiques et universalistes de la médecine moderne. Les différences de comportement avec les membres des classes moyennes s'accroissent en effet en fonction de l'attachement au style de vie et aux valeurs du groupe des travailleurs manuels, avec « l'esprit de clocher ».

Comme nous l'avons souligné à propos de l'étude comparative de différents groupes ethniques, la mise en évidence de l'effet d'une variable ne constitue pas, en soi, une explication. L'introduction de la notion de « rôle de malade », empruntée à l'analyse de **Parsons** ³, fait-elle progresser l'analyse ? Son intérêt essentiel consiste dans le fait qu'elle réunit en un schéma cohérent les divers éléments de la *situation* du malade (l'abandon des responsabilités sociales, le caractère involontaire de son état et le droit à l'aide) et de son *comportement* (le recours au médecin, la collaboration et l'obéissance à son égard). Sans doute, cette notion répond-elle aussi à la constatation qu'à coup sûr, des exigences normatives se développent dans toute société quant au fait qu'un malade doit se conduire d'une certaine façon. Son propre comportement apparaît donc complémentaire de celui de

1. Ainsi, dans une étude assez ancienne, Clausen *et al.* trouvaient des différences selon le niveau socio-économique et l'éducation dans la participation à une vaccination antipoliomyélitique *gratuite*. Cf. CLAUSEN J., SEIDENFELD M., DEASY L. Parent attitudes toward participation of their children in polio vaccine trials. In : GARTLY JACO E. *Patients, physicians and illness*. Glencoe, Ill., The Free Press, 1958, p. 119-129. Dans l'ensemble, ce fait est d'ailleurs confirmé par les analyses de la consommation médicale.

2. Voir, par exemple, l'article de Rosengren qui porte également sur l'adoption du rôle de malade dans les couches populaires. Mais on notera que, dans le cas particulier qu'il étudie (la grossesse), les résultats vont en sens contraire de ceux généralement admis : ce sont les femmes des classes inférieures qui tendent davantage à se percevoir comme « malades » lorsqu'elles sont enceintes. ROSENGREN W. Social class and becoming ill. In : SHOSTAK A. B., GOMBERG W. *Blue collar world*. Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, 1964, p. 333-340.

3. Cf., dans le présent recueil, **Parsons T.** Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne (texte n° 10).

son entourage; il répond à ses exigences et, en particulier, à celles de son médecin. De là vient, sans doute, l'importance centrale qu'a prise la notion de « rôle de malade » et son utilisation extensive¹. On ne peut cependant manquer de souligner sa faible valeur descriptive. Le rôle de malade, conçu par **Parsons** comme un type idéal, ne correspond guère, et encore très globalement, qu'à certains types de maladies, à certaines de leurs étapes (celles du recours au médecin). Il serait à tout le moins nécessaire de distinguer *des rôles de malade ou d'handicapé*. L'utilisation qui en est parfois faite comme variable intermédiaire, explicative du comportement, nous paraît encore plus problématique : la tendance moindre des membres des classes inférieures à assumer le rôle de malade n'apparaît guère que comme une redondance tautologique du « pattern » général de résistance à l'information et aux soins médicaux.

Peut-être cette critique doit-elle être étendue à la notion de rôle en général. Qu'il existe, dans la société, de grandes régularités de comportement liées à un statut professionnel ou familial, par exemple; que celles-ci correspondent à des systèmes de valeurs et engendrent des attentes chez autrui ne fait guère de doute. Cependant, dans l'étude d'un comportement spécifique — celui du malade en est un — on peut dire du concept de rôle, ou encore de prise de rôle, de conformité ou déviance par rapport au rôle, ce que l'on a pu dire du concept d'attitude² : qu'il n'apporte d'explication que dans la mesure où il est lui-même explicite.



La notion de « rôle de malade » fait partie chez **Parsons** d'une conception générale de la maladie dans les sociétés occidentales. Non volontaire — ou du moins présumée telle — la maladie n'en constitue pas moins une forme particulière de déviance sociale empêchant l'individu de

1. Ainsi, dans le présent recueil, la notion de rôle de malade est utilisée — outre l'analyse de **Parsons** lui-même — par **Rosenblatt** et **Suchman** (texte n° 3), **Coser** (texte n° 4), **Freeman** et **Simmons** (texte n° 6), **Scheff** (texte n° 15). Voir aussi, entre autres, **MECHANIC D.**, **VOLKART E. H.** Stress, illness behavior and the sick role. *Amer. Sociol. Rev.*, 1961, 26, 51-58; et **PHILLIPS D.** Selfreliance and the inclination to adopt the sick role. *Social Forces*, 1965, 43, 555-563.

2. Cf. **MOSCOVICI S.** *La psychanalyse, son image et son public*. Paris, Presses Universitaires de France, 1961, p. 267.

remplir les tâches qui lui sont assignées et menaçant, par là, les valeurs dominantes des classes moyennes américaines que sont « l'accomplissement »¹, la rationalité et la maîtrise de l'environnement. Le « rôle de malade » tout à la fois limite les situations dans lesquelles l'individu pourra légitimement se déclarer malade, mais aussi lui prescrit une conduite « rationnelle » — rechercher les soins médicaux — par laquelle il pourra restaurer la maîtrise de son environnement et ses propres capacités « d'accomplissement ». Le « rôle de malade » représente donc un ajustement qui permet à l'individu des classes moyennes de préserver son insertion sociale, en accord avec ses propres valeurs.

Mais son adoption ne va pas toujours sans contradictions. La description de R.L. Coser (texte n° 4) des différentes attitudes du malade envers l'hôpital le montre assez bien. La centration de l'individu sur ses besoins élémentaires, la dépendance et la conformité passive aux règles de l'institution (définies par R. Coser comme attitude « primaire » de l'individu hospitalisé) représente certes, pour l'hôpital, la manière la plus adéquate d'assumer le rôle du malade. Mais elle ne permettra pas à l'individu de sortir de ce rôle et de reprendre ses activités de bien-portant. En revanche, le malade peut aussi considérer l'hôpital dans une perspective purement « instrumentale », comme un lieu destiné à lui procurer la guérison. Mais il crée alors des problèmes à l'institution, par le fait même qu'il cherche à conserver l'autonomie qui lui permettra de reprendre rapidement son rôle de bien portant.

Cependant, on a noté, à juste titre, combien le contexte idéologique des classes moyennes a influencé la nature même des problèmes posés par le sociologue². Si accomplissement et rationalité sont pris comme valeurs de référence, toute conduite divergente par rapport à eux ne peut apparaître que comme négative, comme « résistance » à adopter un comportement dont la valeur est posée comme universelle. L'explication ne réside alors — comme pour l'étude des groupes ethniques — que dans l'invocation d'un système de valeurs radicalement hétérogène, jouant le rôle « d'obstacle », par rapport à celui du groupe de référence. Une autre

1. Traduction de *achievement*.

2. Cf., par exemple, ZOLA I. K. *Illness behavior of the working class : implications and recommendations*. In : SHOSTAK A. B., GOMBERG W. *op. cit.*, p. 350-61.

solution exige peut-être, au contraire, que l'on renonce à concevoir *a priori* des « rôles » correspondant à des situations définies de manière univoque, pour analyser les processus par lesquels s'édifient *différentes représentations de la maladie*, liées à différents schémas de comportement. Elle demande que l'on étudie comment, pour chaque groupe, à partir de sa position dans l'univers social, la situation de maladie se définit au double niveau cognitif et comportemental comme résultat des processus sociaux.



La concentration de la recherche sur le « rôle du malade » nous paraît avoir eu un autre effet obnubilant : *ayant découvert que la maladie est un comportement, le sociologue a quelque peu oublié qu'elle est un état du corps*. Pourtant, dans le comportement de maladie sont impliqués — autant que des processus de « prise de rôle » — des mécanismes plus proches du physiologique, perceptifs par exemple. C'est d'ailleurs comme phénomène de perception sélective que Zola analyse la manière dont les Italiens et les Irlandais rapportent différemment les symptômes d'une maladie. Ces processus, où les sensations corporelles sont différemment perçues et transmises à autrui, sont constitutifs de l'expérience même de la maladie pour ces sujets. Dans cette perspective, l'article de Becker (texte n° 5) va plus loin : le plaisir que procure l'usage de la marijuana n'est pas, comme on pourrait le croire, une sensation spontanée mais le résultat d'un apprentissage qui se fait avec l'aide de fumeurs plus expérimentés. Le novice apprend d'abord à reconnaître une série d'indices sensoriels souvent peu perceptibles, à les attribuer au fait d'avoir fumé, enfin à les trouver agréables. Cette intégration de phénomènes sensoriels et cognitifs en une représentation de la drogue comme « objet de plaisir » ne se fait que dans l'interaction sociale. Le comportement, à son tour, s'établit en accord avec une telle représentation.

Ces idées ne sont pas sans liens avec la suite d'expériences conduites par S. Schachter sur la détermination des états émotionnels ¹. Il nous montre qu'un état d'activation physiologique, provoqué par une substance chimique et pour lequel

1. Cf. SCHACHTER S., SINGER J. Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychol. Rev.*, 1962, 69, 379-399.

le sujet ne dispose pas d'information adéquate, détermine un état subjectif et un comportement totalement différent selon les indices extérieurs — et plus précisément les modèles sociaux — dont dispose l'individu. Celui-ci désignera son état comme euphorie ou colère, l'éprouvera et se conduira en conséquence, selon qu'il a été mis en présence d'un autre sujet coléreux ou euphorique, lui ayant ainsi fourni des indices grâce auxquels il peut interpréter son état. Ce type d'étude ouvre un nouveau champ, celui des phénomènes organiques, du corps, à l'investigation psychosociologique. Mais, réciproquement, la compréhension de la maladie, des mécanismes thérapeutiques¹ et éventuellement des processus étiologiques eux-mêmes, devrait pouvoir profiter de l'analyse de l'interaction des phénomènes physiologiques, cognitifs et sociaux.



Malgré des résultats certains, et la mise en évidence de l'effet de quelques variables générales, ces recherches centrées sur la détermination socio-culturelle des comportements de maladie semblent parfois tourner court. Le comportement du malade est devenu le fondement de la réalité sociologique de la maladie, mais il demeure peu expliqué dans ses processus mêmes.

La maladie est, a-t-on dit, une déviance sociale; un taux de maladie trop élevé étant, selon Parsons, « dysfonctionnel » pour le système social. Or, on doit reconnaître tout d'abord que « déviance » et « maladie » ne coïncident pas. Les enquêtes épidémiologiques² montrent à l'évidence la fréquence et l'extension de symptômes pathologiques ignorés dans une population « normale »; ceux-ci représentent en fait non l'exception mais la norme statistique de toute population. Mais une faible partie seulement sera reconnue et traitée comme maladie, donc identifiée comme déviance. Au niveau général d'une population, comme dans le comportement individuel, un processus sélectif est ainsi à l'œuvre qui, dans

1. Voir, à ce sujet, la discussion par D. MECHANIC des « effets placebo ». *Medical Sociology. A selective view*. New York, The Free Press, 1968, p. 184 et suiv.

2. Voir par exemple, dans le présent recueil, les exemples cités par Scheff (texte n° 15).

certains cas seulement, « fait » du signe clinique une maladie. Tout se passe comme si la société déterminait la part et le type de maladie qu'elle souhaite reconnaître et désignait ainsi à ses membres les cas où ils peuvent se déclarer malades ¹. Ne voir dans ce « filtrage » que la résultante des biais culturels et socio-économiques qui affectent le comportement individuel nous ramène, en fait, aux problèmes déjà rencontrés. Peut-être est-il plus fécond de réfléchir *au processus même de définition sociale de la maladie*. L'attention se détourne alors du malade, de ses caractéristiques et conduites individuelles, pour se tourner vers le processus, complexe et souvent conflictuel, par lequel il est socialement constitué comme tel.

En général, l'identification d'un état comme « maladie » implique l'exigence de traitement par le recours aux soins médicaux. *L'attitude thérapeutique* — la nécessité de soigner — est le corollaire immédiat de la reconnaissance d'une maladie. On a souvent souligné la dépendance de cette « étiquette » ² de maladie par rapport aux idéologies sociales dominantes, son évolution historique ainsi que l'indifférenciation, encore partiellement subsistante, entre notions médicales, morales et légales. Ainsi, de nos jours, diagnostique-t-on davantage comme maladies des états naguère considérés comme crimes ou péchés. Pourtant, Th. Szasz ³, loin d'y voir un progrès de la science n'y voit, dans le cas de la maladie mentale, qu'une confusion toujours durable. Le fait que, comme le crime, la maladie soit un état à *éliminer* — qu'il faille « s'en défendre » — ne peut que renforcer la confusion. Et si l'attitude thérapeutique tend à remplacer l'attitude punitive, cela ne signifie pas qu'elles soient, dans tous les cas, clairement distinctes l'une de l'autre.

Socialement, la maladie s'identifie à la *maladie traitée*, prise en charge par un agent ou une institution sociale, un système de soins. Qui soignera-t-on, comment, par quelles voies? Et, par là même, qui définira-t-on comme malade, quelle en sera la condition? Telles sont alors les questions pertinentes. La réponse passe par *l'étude de l'institutionnalisation*

1. Ceci est bien mis en évidence par des études comme celles de Field concernant le rôle du médecin en Union Soviétique. Il montre de quelle façon la définition de la maladie est affectée par les pressions sociales concernant le travail et les conflits que cette situation entraîne. FIELD M. Structured strain in the role of the Soviet physician. *Amer. J. Sociol.*, 1953, 58, 493-502.

2. Nous traduisons ainsi le terme anglais *label*.

3. Cf. SZASZ Th. The myth of mental illness. *Amer. Psychologist*, 1960, 15, 113-118, et *Law, liberty and psychiatry*. New York, Macmillan, 1963.

de la maladie, du fonctionnement des agents et institutions sociales dans leur rapport avec la maladie et le malade.

La maladie mentale surtout a été étudiée dans cette perspective. Le premier pas consiste à identifier le malade mental, à l'étiqueter comme tel, ce qui entraînera sa prise en charge par l'institution médicale. J. Clausen et M. Yarrow¹, les premiers, ont analysé les étapes de ce processus au sein du groupe familial. Comment une femme « répond »-elle à la conduite de son époux, et l'interprète-t-elle, lorsque celle-ci dévie de ce qu'elle était habituellement? Comment, au terme d'un long processus, après diverses tentatives pour s'ajuster à la situation, vient-elle à la conception qu'il s'agit d'une maladie mentale qui ne peut plus être tolérée à l'intérieur du groupe familial.

La tolérance différentielle à la maladie mentale forme également le thème de l'étude de **Freeman** et **Simmons**² (texte n° 6). Le facteur qui détermine le « succès » d'un malade à sa sortie de l'hôpital (c'est-à-dire le fait qu'il parvient à rester dans la communauté) est moins, constatent-ils, son comportement que le fait que celui-ci est jugé acceptable par le groupe familial. De cette acceptabilité différentielle dépend le destin du malade; sa réhospitalisation signifie moins une « rechute » qu'une moindre tolérance de certaines familles à son égard. En effet, tout se passe comme si les familles de type conjugal posaient, en pratique, une définition plus exigeante de la santé mentale que ne le font les familles parentales. Cette différence reflète un trait caractéristique de nos structures familiales : les exigences plus grandes envers l'individu qui doit remplir un rôle d'époux qu'envers celui qui doit remplir un rôle de fils. C'est donc à partir du fonctionnement d'une institution sociale — ici la famille — que nous pouvons rendre compte des jugements et conduites par lesquels le malade est véritablement constitué et pris en charge comme tel.

De tels mécanismes sont également mis en évidence par les études du système de soins lui-même. Selon **Hollingshead** et **Redlich**, dans leur analyse devenue classique du rôle des facteurs sociaux dans la maladie mentale, le système de soins

1. Cf. CLAUSEN J., YARROW M. The impact of mental illness on the family. *J. Soc. Issues*, 1955, 11, numéro spécial.

2. Les auteurs ont, outre le texte publié dans ce recueil, publié de nombreux articles sur ces problèmes ainsi qu'un livre : *The mental patient comes home*. New York, John Wiley and Sons, 1963.

psychiatriques aux États-Unis reproduit le système de classes de la société américaine. La variable « classe sociale » affecte non seulement l'incidence et la répartition des troubles mais aussi la distribution des soins. Elle différencie les modes de traitement dans leurs moindres détails (texte n° 7) : non seulement le lieu et le type d'organisme où le malade est traité mais aussi, à diagnostic identique, le type de thérapeutique et le temps qui lui sera consacré. La variable « classe sociale » n'apparaît donc plus ici comme le déterminant d'une série de comportements individuels mais comme l'un des facteurs centraux du fonctionnement des institutions médicales ¹ qui définit la réalité sociale de la maladie. C'est dans ce contexte que le destin individuel du malade et son comportement (le recours aux soins notamment) pourraient être analysés ².



Cette importance attachée à l'institutionnalisation de la maladie, comme le processus par lequel elle se définit et prend forme dans la société mais aussi comme le facteur déterminant du destin individuel du malade, a été poussée à son point extrême dans certains travaux dont nous donnons, avec le texte de **Stanton** et **Schwartz** (texte n° 8), l'un des exemples les plus connus. En même temps qu'une recherche, menée parallèlement par un psychiatre et un sociologue, cet ouvrage, comme maints autres du même type, se voulait une arme de combat. Il se rattache au courant d'idées — dont on fait parfois remonter l'origine à Pinel — selon lequel il faut remplacer la structure répressive de l'hôpital psychiatrique par celle d'un « hôpital ouvert », d'une « communauté thérapeutique ». Quelles que soient les nombreuses nuances qui les séparent ³, tous les auteurs affirment au départ que l'état du malade est lié au fonctionnement de l'institution. Améliorer celui-ci peut contribuer à guérir celui-là. D'autre

1. Le problème du fonctionnement des institutions médicales sera repris dans la seconde partie de cet ouvrage.

2. L'article de R. Coser (cf. texte n° 4) montrait déjà que les attitudes et comportements du malade ne peuvent être analysés isolément des exigences du système institutionnel.

3. Il n'entre pas dans notre propos d'exposer ici les différents courants se rattachant à l'idée de « communauté thérapeutique » ou de psychothérapie institutionnelle. Pour un exposé en français voir, par exemple, le livre d'A. Lévy. *Les paradoxes de la liberté dans un hôpital psychiatrique*, Paris, Éditions de l'Épi, 1969, p. 145 et suiv.

part — et c'est ce que veulent montrer **Stanton** et **Schwartz** — les dysfonctionnements institutionnels peuvent être parmi les causes directes du comportement pathologique : selon eux, le milieu social hospitalier peut « causer un symptôme ».

Leur perspective, pourtant, demeure strictement médicale : leur description de « l'état d'excitation pathologique » est, ils le soulignent eux-mêmes, une description psychiatrique classique. Le point de vue nouveau consiste seulement dans l'affirmation de sa dépendance par rapport aux conflits du milieu social environnant ¹. **E. Goffman** qui s'intéresse au même problème, celui des effets de la vie en institution sur le « moi » du malade, réussit, au contraire, le paradoxe de « mettre entre parenthèses » la maladie mentale. Il analyse le comportement du malade, non en termes de symptômes, mais comme des essais d'ajustement à « l'institution totalitaire » que représente l'hôpital psychiatrique. La « carrière » du malade mental, et ses avatars, en est l'analyse minutieuse (cf. texte n° 9). La maladie est entièrement conçue ici à partir du fait sociologique de l'hospitalisation, comme condition sociale faite au malade, résultat de processus et d'idéologies complexes.

On peut souligner le caractère extrême de ce parti pris. On peut penser qu'il ne s'applique à l'hôpital psychiatrique qu'en raison de son statut particulier, moins « médical » que celui des autres institutions de soins. On ne peut pourtant méconnaître la valeur révélatrice des analyses de **Goffman** : c'est en mettant en question le caractère médical de l'institution que l'on révèle le mieux sa fonction sociale; c'est à travers le refus d'envisager l'interné comme un « malade » que la condition qui lui est faite dans la société prend tout son sens.

1. On doit d'ailleurs signaler que ce point de vue a été contesté. Cf. WALLACE A.F.C., RASHKIS H. A. The relation of staff consensus to patient disturbances on mental hospital wards. *Amer. Sociol. Rev.*, 1959, 24, 829-835.

Irving Kenneth ZOLA

CULTURE ET SYMPTÔMES :
ANALYSE DES PLAINTES DU MALADE*

[...] Cette étude démontre l'existence d'un processus sélectif dans ce que le patient « apporte » au docteur. Nous analysons cette sélection, non comme provenant de différences entre les malades eux-mêmes mais, plutôt, comme provenant de différences entre les réactions à des malaises, semblables entre eux pour l'essentiel.

Plus précisément, cet article nous informe sur l'influence de la « culture » (ici, l'appartenance à un groupe ethnique) sur les « symptômes » (les doléances que le malade présente à son médecin). On a mesuré la « culture » de façon tout à fait directe : l'importance des groupes ethniques à Boston, où s'est faite cette recherche, est bien connue¹; il paraît raisonnable de prendre le caractère ethnique comme contrepartie, dans un cadre urbain, de la notion de « culture ». L'échantillon provient des services de consultation externe des « Massachusetts General Hospital » et « Massachusetts Eye and Hear Infirmary »; il se limite aux nouveaux patients, de l'un et l'autre sexe, de dix-huit à cinquante ans, blancs, pouvant s'entretenir en anglais et d'origine irlandaise catholique, italienne catholique, ou anglo-saxonne protestante². Ces groupes ethniques à eux tous constituaient 50 % environ de l'ensemble des patients. Les entretiens qui ont été réalisés se sont déroulés dans les trois services où l'on affectait la plupart de ces patients (les trois plus grandes consultations externes) : consultation d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie et consultation de médecine générale.

* Version française de l'article d'I. K. Zola, « Culture and symptoms : An analysis of patient's presenting complaints », *American Sociological Review* (American Sociological Association, Washington), 1966, 31, p. 615-630.

1. Cf. Handlin O. (1957) et (1959).

2. Pour les détails voir Zola I. K. (1962).

Dans les précédentes recherches sur ce thème, la méthode de mesure et d'étude des symptômes variait de l'étude de cas aux listes à choix multiples et aux entretiens. Les données étaient soit d'ordre rétrospectif soit d'ordre projectif, c'est-à-dire qu'elles exigeaient du sujet soit qu'il se rappelle les symptômes ressentis à une époque donnée, soit qu'il détermine quels symptômes l'inquiéteraient au point de demander le secours d'un médecin. Procéder de cette manière ne fournit pas de données sur ce dont les gens se plaignent effectivement devant le docteur; or ce phénomène semble particulièrement important lorsque l'on songe aux nombreuses recherches mettant en évidence le manque ou les distorsions de mémoire à propos des périodes de maladie¹. C'est aussi un sérieux problème que l'influence de ce que peut dire le docteur, le sorcier ou tout expert de santé, sur la perception que le patient a de ses malaises et le souvenir qu'il en garde². Nous avons résolu ces problèmes en limitant notre échantillon aux nouveaux patients, à leur première consultation, et en les interviewant pendant l'attente *avant* d'être reçu par le médecin³.

La méthode essentielle pour recueillir les données a été l'entretien, à questions ouvertes, sur les réactions du patient et de sa famille à ses symptômes. Tout au long de l'entretien s'inséraient un certain nombre de mesures plus objectives des réactions du patient — listes à choix multiples, comparaison à choix forcé, items d'attitude, et échelles. Le reste des informations comprend un questionnaire démographique, un inventaire du dossier médical et une série de cotations, par chaque médecin consultant et pour chaque symptôme du patient, du diagnostic primaire, du diagnostic secondaire, de la gravité potentielle et du degré d'urgence médicale (c'est-à-dire la nécessité que le patient soit examiné immédiatement).

Le malade et sa maladie

Les résultats s'appuient sur la comparaison entre 63 Italiens (34 femmes et 29 hommes) et 81 Irlandais (42 femmes et 39 hom-

1. Voir Feldman J. J. (1960); Woolsey T. D. (1959).

2. Cf. Kadushin C. (1962).

3. Le choix de cette méthode particulière a aussi été dicté par les exigences d'une recherche plus vaste, sur la manière dont les patients se décident à demander le secours de la médecine, dans laquelle ces problèmes apparaissent à plus grande échelle encore. Alors que nous n'avons étudié que les malades nouvellement admis, un certain nombre d'autres patients nous ont été envoyés par un autre médecin. Par la suite, l'analyse statistique n'a mis en évidence aucune différence importante entre ce groupe et celui qui avait cherché secours au « Massachusetts General Hospital » ou au « Massachusetts Eye and Ear Infirmary ».

mes), qui ont été vus entre juillet 1960 et février 1961 dans les consultations d'ophtalmologie d'ORL et de médecine générale des « Massachusetts General Hospital » et « Massachusetts Eye and Ear Infirmary ». [...]

En ce qui concerne la protection médicale générale, les groupes ethniques ne différaient apparemment pas. 62 % environ de l'échantillon était assuré contre la maladie, nombre semblable à celui du groupe économique comparable dans l'étude de la ville de Boston faite par Rosenfeld¹. 60 % avaient ce que l'on peut appeler leur « médecin de famille ». Les Irlandais avaient plus tendance que les Italiens à se percevoir une « petite santé », prétendant plus souvent avoir été gravement malade auparavant. Ceci concorde avec ce que l'on sait de leur plus récente consultation médicale : 9 Irlandais, mais aucun Italien, ont déclaré avoir subi récemment une grande opération (par exemple, appendicectomie) ou une maladie (par exemple, pneumonie). Bien qu'il n'y ait pas de différence dans la gravité de leurs malaises actuels (d'après les cotations des médecins), le médecin consultant tendait à estimer que les Irlandais avaient un besoin plus urgent de soins. De toute évidence, les patients n'étaient pas dans les affres d'une maladie aiguë même s'ils avaient pu traverser une phase aiguë. Mais il semble que les Irlandais, dans leur ensemble, avaient enduré un peu plus longtemps leurs malaises. Plus significativement, les femmes des deux groupes déclaraient avoir supporté leurs symptômes pendant plus longtemps que les hommes.

En faisant porter notre étude sur trois services, nous avons tenté, non seulement de nous limiter, mais aussi de restreindre la variété des maladies. Cette dernière précaution était nécessaire pour l'étude des réactions différentielles à des situations semblables pour l'essentiel². Encore que ce ne soit, au mieux, qu'un contrôle approximatif. Pour aplanir cette difficulté, après que l'on eût procédé à toutes les comparaisons de départ entre les groupes ethniques pris en bloc, l'examen des données a été repris pour un sous-échantillon sélectionné avec un contrôle particulier du diagnostic. Ce sous-échantillon se composait de couples appariés d'un Irlandais et d'un Italien de même sexe, ayant le même diagnostic primaire, dont le trouble avait été à peu près de la même durée et avait été jugé de la même « gravité » par le médecin consultant. Quand cela était possible, on poussait l'appariement sur l'âge, l'état-civil, et l'instruction. Au total, nous avons donc 37 couples appariés (18 de femmes et 19 d'hommes); c'est grâce

1. Rosenfeld L.J. *et al.* (1957).

2. Ceci est semblable à la méthode de Zborowski (1952) dans sa recherche sur les réactions à la douleur : il a restreint son enquête aux malades de certains services.

à eux que pourra s'effectuer le test définitif de toute réaction différentielle à la maladie ¹.

Localisation et caractère des plaintes

TABLEAU 1. *Localisation du trouble principal chez les Italiens et les Irlandais*

Localisation du trouble principal	Italiens	Irlandais *
Ceil, oreille, nez ou gorge	34	61
Autres parties du corps	29	17
Total	63	78

* $\chi^2 = 9,31; p < .01$.

Comme trois patients irlandais (deux femmes et un homme) ont déclaré ne présenter aucun symptôme, on n'a pu, dans leur cas, déterminer aucune localisation.

Dans le folklore de la pratique médicale, la question de départ, c'est : « Où avez-vous mal ? ». Cette demande fournit le point de départ de notre analyse : la localisation perçue des troubles du patient. Nous voyons d'abord que les Irlandais, plus fréquemment que les Italiens, placent leur problème principal dans l'œil, l'oreille, le nez ou la gorge (et ceci plus pour les femmes que pour les hommes). La même tendance apparaît quand on demande aux malades quelle est la partie de leur corps qu'ils considèrent

1. Ces couples comprenaient quelque 18 diagnostics distincts : conjonctivite, maladies de la paupière (par exemple, blépharite), myopie, hypermétropie, opacités vitreuses, bouchon de cérumen, otite externe, otite moyenne, sclérose de l'oreille, déplacement du septum, sinusite, pharyngite nasale, allergie, thyroïde, obésité, troubles fonctionnels, aucune pathologie, troubles psychologiques.

Pour obtenir quelques précisions sur la signification statistique de ces comparaisons, on s'est servi du test du signe. Pour le test du signe, il y a un « égal » quand on ne peut pas différencier les deux membres du couple apparié sur la variable étudiée, ou quand les deux notes attribuées à un couple sont égales. On élimine de l'analyse tous les cas d'égalité et l'on ne calcule le seuil de probabilité que par rapport au total de cas restants. Dans notre recherche, il y avait beaucoup d'égalités. D'après nos hypothèses, comme on le verra par la suite, une égalité veut dire qu'un membre au moins du couple va dans la direction prévue. En dépit de cette difficulté nous avons retenu l'idée d'un couple apparié quant au diagnostic car elle paraissait offrir le meilleur test possible de nos données. Nous avons calculé les probabilités pour un test unilatéral à cause des prédictions précises quant au sens des différences. C'est celui-ci que nous avons utilisé pour retester les données dans les tableaux 1 à 5. Voir Siegel S. (1956), p. 68-75.

comme la plus importante et dont ils se soucieraient le plus si quelque chose allait mal. Là encore, significativement, les Irlandais mettent l'accent sur des ennuis de l'œil, de l'oreille, du nez ou de la gorge. [...]

Nous nous sommes ensuite tournés vers la souffrance, compagne habituelle de la maladie. La souffrance est un phénomène particulièrement intéressant car nous avons quelque preuve de ce que sa perception et sa tolérance ne sont pas de pures réponses physiologiques et n'expriment pas forcément le degré de gêne objective provoquée par un tel malaise ou telle procédure expérimentale ¹. Dans notre recherche, non seulement, les Irlandais niaient plus souvent que les Italiens que la souffrance était une caractéristique de leur maladie mais cette différence tient toujours pour les patients atteints du même trouble ². Quand on interroge directement les Irlandais sur la présence de souffrance, certains assortissent leurs réponses de restrictions (« c'était plus une palpitation que de la souffrance... pas vraiment de la souffrance; c'était plutôt comme si j'avais eu du sable dans l'œil »). De tels commentaires montrent que les malades expriment autre chose qu'une réaction objective à leur état physique.

TABLEAU 2. *Présence de douleur dans la maladie*

Souffrance	Italiens	Irlandais *
Absence	27	54
Présence	36	27
Total	63	81

* $\chi^2 = 10,26; p < .01$.

Alors qu'il n'y a pas de différences marquées en longueur, en fréquence ou dans la perceptibilité de leurs symptômes, une différence apparaît dans la manière dont les sujets expriment, à travers leurs plaintes, la qualité du trouble physique. On peut en distinguer deux types : l'un, de nature plus limitée, l'accent étant mis sur un mal fonctionnement particulier et circonscrit; l'autre

1. Cf. Chapman W.P., Jones C.M. (1944); Hardy J.D., Wolf H.G., Goodell M. (1952); Melzack R. (1961); Olin H.S., Hackett T.P. (1964); Zborowski M., *op. cit.*

2. En ce qui concerne la prédiction selon laquelle les Italiens admettraient qu'il y ait souffrance et que les Irlandais le nieraient, 16 couples appariés quant au diagnostic pour, 0 contre, 21 égalités ($p = .001$).

de caractère plus flou et indifférencié. Quand on analyse les plaintes du malade selon ces deux types, il y a proportionnellement plus d'Irlandais à décrire leur trouble principal comme un mal fonctionnement limité tandis que proportionnellement plus d'Italiens parlent de malaise diffus. Une fois de plus, les résultats des couples appariés quant au diagnostic vont dans le sens prédit ¹.

Réactions diffuse ou localisée

L'image qui se dégage de ce qui précède est celle d'Irlandais réduisant et minimisant leurs troubles et d'Italiens grossissant et généralisant les leurs. Deux autres informations vont dans ce sens : d'abord, la liste des symptômes que présente un individu; ce qui peut exprimer le caractère plus ou moins diffus de la perception du mal. En second lieu, le degré auquel chaque malade estime que sa maladie influe sur des aspects de sa vie autres que le comportement purement physique.

TABLEAU 3. *Localisation ou diffusion du trouble*

Caractère du trouble physique	Italiens	Irlandais *
Troubles diffus	43	33
Troubles localisés	20	45

* $\chi^2 = 9,44; p < .01$.

Trois patients irlandais (deux femmes, un homme) ayant déclaré ne présenter aucun symptôme ont été exclus de ce tableau.

La première mesure de la dimension « diffus-local » a été obtenue de trois manières : 1) le nombre total de symptômes présenté par chaque patient; 2) le nombre total de zones distinctes du corps où le malade signale qu'il a mal, par exemple, le dos, l'estomac, les jambes; 3) le nombre total des différents caractères du trouble physique notés par le malade ². Comme pour les résultats précédents, nous trouvons des différences selon les groupes ethniques. Par rapport aux Irlandais, les Italiens présentent significativement

1. En ce qui concerne la prédiction selon laquelle les Italiens insisteraient sur un trouble diffus et les Irlandais un trouble précis, il y avait 10 couples appariés quant au diagnostic pour, 0 contre et 27 égalités ($p = .001$).

2. Nous en avons distingué neuf catégories.

plus de symptômes, dans significativement plus d'endroits du corps et notent significativement plus de sortes de mal fonctionnement corporels ¹.

TABEAU 4. *Nombre de malaises donnant lieu à une plainte*

Nombre de malaises présentés	Italiens	Irlandais *
Zéro	0	3
Un	5	21
Deux	15	22
Trois	14	16
Quatre	10	7
Cinq	9	7
Six et plus	10	5
Total	63	81

* $p < .001$.

TABEAU 5. *Irritabilité et influence des symptômes sur les relations interpersonnelles*

Mode de réponse	Italiens	Irlandais *
Non à toutes les questions	22	47
Oui à au moins une question	41	34
Total	63	81

* $\chi^2 = 7,62; p < .01$.

La seconde analyse, le degré auquel un malade estime que sa maladie perturbe son bien-être plus général, portait sur les réponses à trois questions : 1) Pensez-vous que vos symptômes perturbent la manière dont vous vous comportez avec votre famille? 2) Êtes-vous devenu plus irritable? 3) À votre avis, qu'est-ce qui vous a le plus ennuyé dans ces symptômes²? On a

1. Les distributions de ces deux tableaux suivent étroitement celles du tableau 4 ($p = .018$ pour les localisations corporelles; $p = .003$ pour les types de mal fonctionnement).

2. Pour cette dernière question, on présentait au malade une fiche sur laquelle étaient énumérés 8 caractères de la maladie et/ou du symptôme susceptible de l'inquiéter; par exemple, il devait répondre si oui ou non : « cela vous rend irritable et difficile à vivre ».

construit une échelle d'irritabilité à partir de toute réponse positive à l'une de ces trois questions. Comme on peut le voir sur le tableau 5, les Irlandais étaient plus portés que les Italiens à affirmer que leurs malaises n'avaient pas modifié leur manière d'être. Là encore, les commentaires des Irlandais donnent à penser que leurs réponses expriment une considérable négation plutôt qu'une véritable évaluation de leur situation.

Pour examiner ces faits avec plus de rigueur, nous sommes revenus à notre sous-échantillon de couples appariés quant au diagnostic. En général, cela allait à l'appui du modèle et dans le sens des hypothèses¹. Ainsi, pour un diagnostic semblable, les Italiens parlent et se plaignent de plus nombreux symptômes, mentionnent de plus nombreuses zones du corps atteintes et de plus nombreuses sortes de malfonctionnements que ne le font les Irlandais. De même ils considèrent plus souvent que leurs symptômes perturbent leur comportement à l'égard d'autrui.

Le synopsis qui suit présente une image finale des différences entre les patients quant à leur mode de perception et de réaction à leur maladie. Chaque couple de réponses provient d'un Italien et d'un Irlandais de même âge et sexe, avec une maladie d'à peu près même durée et avec les mêmes diagnostics primaires et secondaires (s'il y a lieu). Dans les deux premiers cas, le patient irlandais est centré sur un malfonctionnement particulier, tandis que l'Italien ne parle même pas de cet aspect du problème mais s'étend sur la description de caractéristiques plus diffuses de son état. Les quatre dernières réponses opposent des Italiens à des Irlandais sur des questions concernant la souffrance et les relations interpersonnelles.

Communication socio-culturelle

Nous avons mis en évidence jusqu'à présent la variation systématique de la perception et de la communication de l'état du corps. Mais nous n'avons pas cherché à interpréter ces données qui s'accordent, pour la plupart, tout à fait avec celles rapportées

1. En ce qui concerne la prédiction selon laquelle les Italiens auraient de plus nombreux symptômes dans tous les cas : 24 couples appariés sur les diagnostics allaient dans le sens de l'hypothèse, 7 contre, 6 égalités ($p = .005$); pour le nombre de localisations distinctes 16 pour, 5 contre, 16 égalités ($p = .013$); pour le nombre de caractéristiques distinctes des troubles physiques 22 pour, 9 contre, 6 égalités ($p = .025$). En ce qui concerne la prédiction selon laquelle les Italiens admettraient l'irritabilité causée par les troubles tandis que les Irlandais la nieraient, il y avait 17 pour, 6 contre, 14 égalités ($p = .017$).