

Quelle est la place des médicaments et des ordonnances dans la vie des individus, celle qu'ils leur accordent dans le processus de guérison, et celle qu'ils leur assignent dans l'univers domestique ? Comment comprendre les différentes attitudes face au corps, à la douleur, aux médicaments psychotropes, et les comportements de soumission ou de résistance face au médecin ? Comment expliquer que certains patients fassent partager leurs traitements à leurs proches, que d'autres recopient leurs ordonnances ou que d'autres encore achètent des médicaments qu'ils ne consomment pas ?

Tenant pour acquise l'influence du milieu social sur les comportements à l'égard de la santé, l'auteur se penche ici sur les variations qui existent au sein d'une même catégorie sociale. A partir d'une observation ethnologique de plusieurs années dans des services hospitaliers et au domicile des malades, elle s'interroge sur l'observance, l'automédication, la perception des médicaments ou les relations à l'égard des médecins, chez des patients de diverses origines culturelles religieuses (catholique, protestante, juive ou musulmane).

Cet ouvrage aborde les grands problèmes que se pose l'anthropologie, qu'il s'agisse de la réflexion sur l'efficacité, le savoir, le corps, ou l'autorité, et permet de reformuler des questions fondamentales, comme celle de l'incidence de la culture sur les pratiques sociales et les conduites corporelles. Il montre en particulier que les comportements des patients portent l'empreinte de leur origine culturelle, et que cette empreinte est la marque de l'histoire. A travers cette recherche, il s'agit non seulement de connaître et de comprendre l'usage des médicaments mais aussi de savoir ce que l'usage des médicaments nous révèle des individus et de la société.

Sylvie Fainzang, anthropologue, chercheur à l'Inserm, est membre du Cermès (Centre de recherche médecine, sciences, santé et société). Elle est l'auteur de plusieurs ouvrages sur les représentations et les pratiques relatives au corps et à la maladie, notamment d'une *Ethnologie des anciens alcooliques, la liberté ou la mort*, PUF, 1996.

Instituto de Ciências Sociais



www.puf.com

ULICS34471

22417329 / 05 / 01

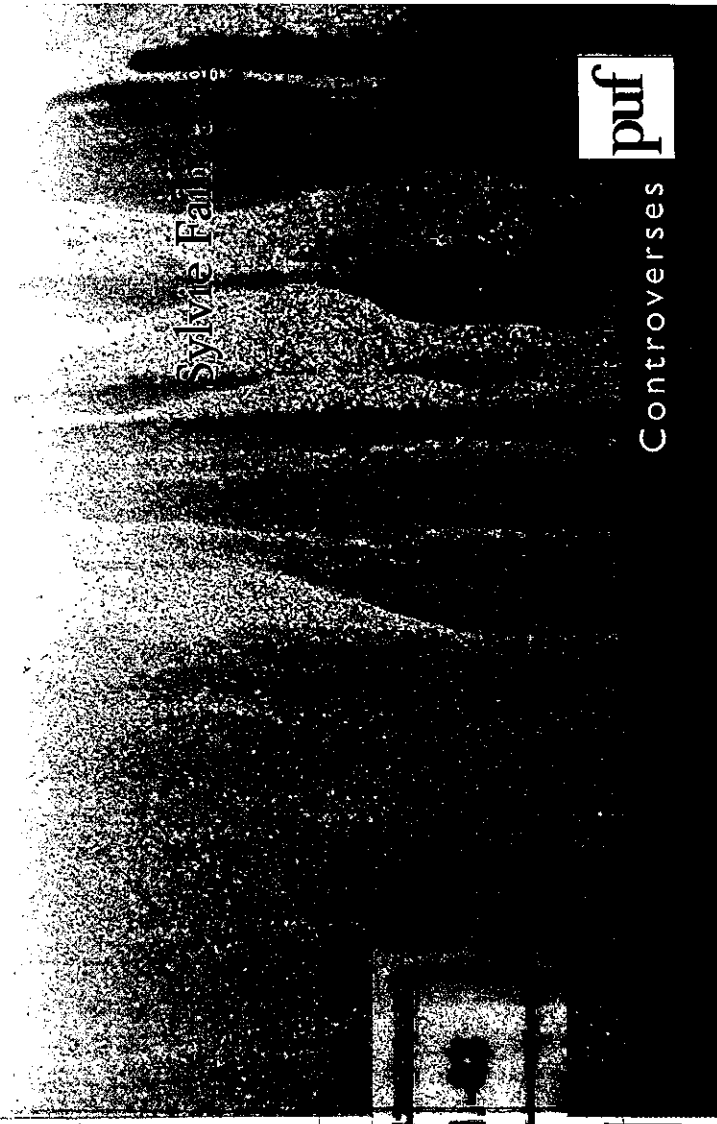
138 FF

Sylvie Fainzang

## Médicaments et société



# Médicaments et société



Sylvie Fainzang

Instituto de Ciências Sociais  
S.M.  
Dider Thimonier  
puf

puf

Controverses

COLLECTION « ETHNOLOGIES-CONTROVERSES »  
DIRIGÉE PAR JEAN CUISENIER

INSTITUTO DE CIÊNCIAS  
BIBLIOTECA  
27944 SM-53

# MÉDICAMENTS ET SOCIÉTÉ

Le patient, le médecin  
et l'ordonnance

*Sylvie Faizang*



PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

### REMERCIEMENTS

Je remercie les P<sup>rs</sup> Jean-Marc Davy, François-Bernard Michel, Albert Mimran et Jean Ribstein, ainsi que le D<sup>r</sup> Pascal Chanez et bien d'autres, pour l'intérêt qu'ils ont manifesté pour cette étude et l'excellent accueil qu'ils m'ont réservé au sein de leur service ou de leur consultation.

Je remercie également les nombreuses personnes que j'ai sollicitées tout au long de cette recherche pour l'aide qu'elles m'ont apportée et les nombreux contacts qu'elles m'ont permis de nouer, parmi lesquelles ma reconnaissance va tout particulièrement à Claude Levain. Enfin, je remercie la MGEN pour le soutien qu'elle a accordé à cette recherche dans le cadre de sa convention avec le CNRS.

ISBN 2 13 051726 9  
ISSN 1152-1740

Dépôt légal — 1<sup>re</sup> édition : 2001, mai  
© Presses Universitaires de France, 2001  
6, avenue Reille, 75014 Paris

## Sommaire

Introduction.....	9
1 - LES PATIENTS ET LEURS ORDONNANCES.....	23
L'écrit et l'écriture.....	24
La question de l'observance.....	31
Vie et mort de l'ordonnance.....	34
2 - LES PATIENTS ET LEURS MÉDICAMENTS.....	41
L'usage des médicaments.....	42
Le rangement des médicaments.....	56
L'automédication.....	63
La notice.....	66
Les médecines parallèles.....	69
Les médicaments psychotropes.....	72
3 - LES PATIENTS ET LEUR CORPS.....	90
Espace privé/espace public.....	90
Corps sujet / corps objet.....	92
La personne et ses organes.....	95
La douleur.....	102
4 - LES PATIENTS ET LEURS MÉDECINS.....	106
Le choix du médecin.....	106
Portraits comparés.....	116
Soumission, résistance et négociation.....	120
Autorité médicale et autorité religieuse.....	132
Conclusion.....	147
Bibliographie.....	151

## Introduction

Quelle est la vie d'une ordonnance ? Quelle importance les individus accordent-ils à la chose écrite ? Quel rapport entretiennent-ils avec le médecin et plus largement avec l'autorité médicale ? Comment gèrent-ils, au quotidien, leur ordonnance tant du point de vue de son contenu (les médicaments prescrits), que sous sa forme matérielle (la feuille de papier) ? Les questions posées ici mettent en regard plusieurs groupes, envisagés sur la base de leur culture religieuse (catholique, protestante, juive ou musulmane), et résidant dans le sud de la France. Ces questions se fondent sur le postulat que l'appartenance (ou l'origine) religieuse modèle en partie les individus et que cette empreinte se lit dans leurs conduites quotidiennes. Dès lors, elles se trouvent toutes subsumées sous la question plus générale : Quel lien peut-on établir entre l'attitude des individus à l'égard de l'ordonnance médicale et des médicaments et leur origine culturelle religieuse ?

Dans son introduction à l'œuvre de Marcel Mauss, Lévi-Strauss a souligné la nécessité d'examiner « des gestes en apparence insignifiants, transmis de génération en génération, et protégés par leur insignifiance même », et qui peuvent informer l'histoire des cultures. Il évoque ainsi la préférence pour se laver dans l'eau courante ou dans l'eau stagnante, toujours vivante dans l'usage de fermer ou de laisser ouverte la bonde d'un lavabo pendant que l'eau coule, comme exemple d'une archéologie des habitudes corporelles (p. XIV). On peut admettre cependant que les gestes ne soient pas seuls à être transmis par le truchement d'une appartenance culturelle, et que des conduites extérieures au domaine religieux – des conduites même

parfaitement triviales comme les manières de gérer, au quotidien, son ordonnance et ses médicaments — peuvent être mises sur le compte d'une appartenance culturelle donnée. Il convient alors d'examiner les choix, les stratégies et les objectifs des individus dans leurs pratiques et d'en comprendre le sens en les rattachant à leur origine religieuse et/ou culturelle. Étudier la place des ordonnances dans la vie des individus, c'est à la fois étudier celle qu'ils leur accordent dans le processus de guérison et celle qu'ils leur assignent dans l'univers domestique, et examiner leur attitude à l'égard des médicaments, prescrits ou non, dans ces divers ensembles culturels.

La question de l'attitude des sujets à l'égard de l'ordonnance introduit également à celle de leurs conduites à l'égard du médecin, dans la mesure où le sort qu'ils réservent à l'ordonnance dit quelque chose du rapport qu'ils entretiennent avec l'auteur des prescriptions. Producteur d'une écriture par la délivrance d'une ordonnance médicale, le médecin semble devoir être perçu différemment par ces différents groupes, puisque la valeur accordée à l'écriture est elle-même différente selon les cultures.

Le souci a été, ici, non pas de rompre avec les modèles explicatifs habituels en sciences sociales, utilisés pour rendre compte des comportements de santé, mais de rechercher des modèles qui intègrent d'autres dimensions au fondement de la culture. En effet, la sociologie médicale a montré que bon nombre de malades sortant du cabinet de consultation ne respectaient pas les prescriptions du médecin. Elle a révélé en particulier que la non-coopération et l'attitude critique ont augmenté avec le temps, car les patients sont généralement mieux informés que par le passé. Les sociologues mettent en avant, pour expliquer les divergences qui subsistent aujourd'hui encore entre les individus à cet égard, l'incidence de la classe sociale d'appartenance (cf. notamment Sérange-Fonterne, 1983). Cette variable est également prise en compte dans l'analyse des modèles de prescription (cf. Kovess & Olivier, 1996). Certains vont jusqu'à utiliser la notion même de « différences culturelles » en matière de recours aux soins pour rendre compte des habits de classe. Il en va ainsi de Morniche (1986), qui note que les milieux ouvriers et agricoles sont les plus éloignés du monde médical, et parle de la « culture ouvrière » par opposition avec une « culture des cadres ».

L'approche de mon objet en termes de culture religieuse n'implique pas une concession à un culturalisme larvé, mais implique une volonté de ne pas m'en tenir qu'au social. S'il est généralement admis que les sujets ont des comportements différents à l'égard de la

maladie et des médicaments en fonction de leur milieu social, en raison des nombreuses disparités relatives au statut socioéconomique ou au niveau d'éducation, on ne sait rien en revanche des différences observables à l'intérieur d'un même milieu social, entre individus d'origines culturelles religieuses différentes. Or la question doit pouvoir être posée dans des termes nouveaux, qui permettent à la fois de rendre compte des raisons pour lesquelles l'attitude des malades vis-à-vis de l'ordonnance et des médicaments varie (et de compléter à cet égard les explications fournies par les sociologues en termes de milieux socioprofessionnels et de classes sociales) et de soulever des questions anthropologiques d'ordre plus général, bien que coextensives à la première, comme celles du rapport à l'écriture, au savoir et à l'autorité. La question peut ainsi se poser de savoir si le médecin, en tant qu'il est producteur d'une écriture à travers la rédaction et la délivrance d'une ordonnance médicale, est susceptible d'être perçu différemment par ces divers groupes culturels, puisque la valeur accordée à l'écriture est elle-même différente selon les cultures. S'il est vrai que la culture n'est pas une clé pour comprendre les conduites, elle en est une pour contribuer à rendre compte de conduites que le social ne suffit pas à expliquer. Cette recherche ne vise donc pas à réifier un culturalisme stérile, oublieux des variables sociales, mais à mettre en évidence, parmi les multiples composantes de l'individu, la marque de l'origine religieuse.

J'ai ainsi tenté de restituer le sujet dans son contexte de vie avec son histoire singulière et ses caractéristiques sociales, en enquêtant à l'intérieur de ces divers groupes culturels de façon transversale (c'est-à-dire auprès de personnes appartenant à des milieux sociaux équivalents, de même âge et de même sexe, mais aussi atteints de maladies semblables), en vue de mesurer la prégnance de la culture religieuse sur leurs comportements. On ne saurait imputer en effet les différences de conduites observables à l'intérieur d'un même groupe social, aux seules différences psychologiques entre les individus, car certaines de ces différences sont à mettre sur le compte de l'origine culturelle (religieuse) et, en définitive, historique du groupe dont relèvent les personnes.

L'usage qui est fait ici du mot « sujet » n'implique pas de considérer les patients comme des êtres passifs, totalement dépourvus du rôle d'acteurs dont les sciences sociales les créditent aujourd'hui, pas plus qu'il ne suppose de leur reconnaître une totale indépendance. Comme je m'en suis expliquée ailleurs (Fainzang, 1996), il vise à faire référence au caractère à la fois agi et agissant de l'individu, c'est-à-

dire au rôle en partie choisi et en partie imposé que celui-ci est amené à jouer. L'individu est un *Sujet* comme l'est le *sujet du verbe*, c'est-à-dire auteur, et parfois maître de ses actes, mais il est aussi sujet comme l'est le *sujet du roi*, c'est-à-dire en partie assujéti ou inféodé à une force qui le dépasse, en l'occurrence aux déterminants sociaux, au contexte politique et aux influences culturelles, autrement dit à d'autres lois et d'autres règles que les siennes propres.

En me posant la question de l'empreinte culturelle réalisée par l'appartenance ou l'origine religieuse, il s'agissait en somme de repérer ce que Lévi-Strauss a appelé des « seuls culturels inconscients » et de mettre en lumière, dans le champ de la santé et de la maladie, un aspect jusqu'alors laissé dans l'ombre. On a peut-être parfois trop tendance à occulter, dans ce domaine, la dimension culturelle, au motif que la dimension sociale est prédominante. Je postule que la dimension culturelle implique la marque des valeurs et des représentations véhiculées par l'appartenance ou par l'origine religieuse, que cette marque imprime les comportements de façon inconsciente, et que cette imprégnation se lit à divers niveaux, notamment au niveau du rapport au corps, à la maladie et au médecin, et dont l'usage de l'ordonnance et des médicaments sert de révélateur.

L'appartenance à l'un ou l'autre de ces groupes n'est pas envisagée seulement comme l'adhésion à un système de croyances, mais comme participation à des valeurs et à une culture dont il s'agit débiter comment elle imprègne des pratiques quotidiennes extérieures au champ des pratiques religieuses.

C'est à partir de l'observation des comportements relatifs à la santé que j'ai tenté de repérer à quels niveaux se lit l'imprégnation, non pas d'une *éthique* religieuse (terme dont l'usage impliquerait que ne soient examinés ici que les préceptes relevant d'une doctrine de la bonne conduite), mais plutôt d'un *mode d'inscription dans le monde*. Je n'ai pas cherché à faire une analyse des textes religieux et une comparaison entre les valeurs respectives prônées par ces textes, mais à observer les pratiques et à en comprendre les caractères et la spécificité à la lumière des textes et de la doctrine, tout en prenant acte des écarts de ces conduites avec la doctrine. Certains comportements analysés ne sont pas rapportés (ni rapportables) aux textes. Le but n'est pas de caractériser les groupes mais de rechercher l'origine ou la signification des pratiques observées dans ces groupes. D'une certaine manière, le projet est de rendre aux différences culturelles et religieuses observées ce que Marc Augé appelle leur « sens sociologique et politique » (Augé 1982).

Indépendamment du niveau social et de l'appartenance culturelle (ou de l'origine religieuse) des sujets, les personnes étudiées se distinguent sur un troisième plan, qui est celui du degré de participation et d'adhésion à une religion. L'enquête a ainsi été menée aussi bien auprès de non-croyants que de croyants (et parmi ces derniers, auprès de non-pratiquants et de pratiquants), précisément pour mesurer ce qui reste des valeurs religieuses en dehors de l'adhésion et/ou de la pratique religieuses. C'est dire que je n'ai pas voulu retenir le fait de la croyance comme élément de caractérisation de l'origine culturelle religieuse. Il convient de noter que la recherche ne porte pas sur les mouvements évangéliques, charismatiques, pentecôtistes ou autres fondamentalistes, mais sur un état religieux moyen, de même qu'elle n'intègre pas les membres des mouvements traditionalistes, orthodoxes ou intégristes, sauf lorsque les matériaux recueillis au hasard de l'enquête permettent de confirmer les données obtenues auprès des autres, fonctionnant comme une sorte de caricature de quelque chose qui existe, de façon ténue, ailleurs. C'est donc à une version « soft » du religieux que se cantonne l'étude : seuls sont retenus, parmi les croyants, les individus ayant une religiosité moyenne. Par ailleurs, j'ai choisi de ne pas intégrer à l'étude des individus dont l'affiliation culturelle à une communauté religieuse est récente (comme c'est le cas avec les nouveaux adeptes du bouddhisme en France), en raison précise du souci de rechercher l'empreinte ou la trace, une trace que ne peut laisser une récente conversion.

Une telle entreprise n'est pas sans présenter un certain nombre de difficultés que mes options, tant méthodologiques qu'épistémologiques, ont toutefois permis de surmonter. Une première difficulté est celle de la généralisation à un groupe à partir de l'observation de cas particuliers. Cependant, toute tentative de généralisation ne vise pas à « aplanir tous les clivages internes (en classes, générations, statuts, etc.) » propres à chaque groupe, ni à « ramener tous les espaces sociaux différenciés à un seul, à une totalité homogène », comme le formule Alban Bensa (1996) lorsqu'il critique, pourtant avec juste raison, les travaux qui assignent à l'anthropologie la tâche de mettre en relief « l'homme moyen » des sociétés étudiées, et qui suppose, selon lui, qu'« une correspondance immédiate s'établisse entre l'individuel et le collectif ». On peut parfaitement interroger la variable culturelle tout en étant attentif au social et à l'histoire. Des auteurs comme Amselle (1999) ont été fort avisés de dénoncer les usages qui sont parfois faits des notions comme celles de *culture* ou d'*ethnie* au mépris des réalités sociales ou historiques. Il est d'ailleurs

nécessaire d'inclure les contextes historiques non seulement pour produire et nuancer les analyses, si l'on veut fournir des explications susceptibles de rendre compte à la fois des similarités et des différences observées dans les groupes étudiés, mais aussi pour comprendre et prévenir certaines difficultés méthodologiques. Ainsi, il est difficile de demander à un individu s'il est juif, au beau milieu d'un entretien. Cette difficulté même est un produit de l'histoire, dans la mesure où la réticence de certains sujets devant ce genre de question exprime leur crainte d'être étiquetés comme juifs, de même que leur désir de savoir dans quel but cette recherche est menée traduit leur méfiance à l'égard de ce type de questionnement. Cette crainte est encore accrue d'ailleurs s'ils voient l'enquêteur noter tout ce qu'il entend — une crainte et une méfiance qui ne sont sans doute pas étrangères aux blessures laissées par l'institution de « fichiers juifs » sous les régimes antisémites — quand bien même il leur est assuré que l'anonymat sera respecté. En outre, il est clair que les individus ne sont pas définis par les croyances religieuses de leur groupe d'appartenance ou d'origine mais aussi par leur histoire. Envisager l'origine religieuse, c'est prendre en compte autant le passé historique du groupe que les valeurs auxquelles il se réfère, celles-ci pouvant d'ailleurs être liées à celui-là. Mais le souci de recourir à l'histoire n'est nullement incompatible avec la recherche des logiques sociales extérieures aux individus, et, d'ailleurs, lorsqu'un sociologue comme Luc Boltanski (1971) s'interroge sur les conduites corporelles de telles ou telles catégories socioprofessionnelles, il ne fait rien d'autre que de dégager des logiques qui leur sont extérieures.

On pourrait objecter que c'est brasser des catégories trop larges que de tenter de généraliser en parlant des conduites *des* patients d'origine catholique par contraste avec celles *des* patients d'origine protestante ou autre, en France. Une telle étude vise au contraire à déconstruire les grandes généralités qui sévissent dans les travaux sur la santé et qui prévalent dans certains discours sociologiques, économiques ou épidémiologiques, qui tous s'accordent pour affirmer par exemple que la consommation médicamenteuse est importante « en France », au motif — qui n'explique rien d'ailleurs — qu'en France, le malade aurait un rapport spécifique aux médicaments. Ainsi peut-on lire dans une étude sur la consommation de tranquillisants : « Le malade français (...) tient à son ordonnance » (Claude Le Pen, 1991, 274). Or, mis à part la réalité du système d'assurance sociale qui est spécifique à la France, pourquoï, en France, le malade aurait-il un rapport spécifique aux médicaments ? La question vaut pour les

médicaments psychotropes comme pour les autres. Être « français » serait-il un état culturel qui se suffit à lui-même, au plan explicatif, irréductible à d'autres appartenances culturelles ?

En vérité, la comparaison n'a pu se faire que par reconstructions, car si les personnes auprès desquelles la recherche a été conduite appartiennent à des milieux sociaux variés, habitant en milieu rural ou urbain (employés, agriculteurs, instituteurs, infirmières, cadres supérieurs, etc.), dans la mesure du possible, les enquêtes ont tenté de mettre en regard des personnes de milieux sociaux et/ou professionnels équivalents, de façon à ne pas biaiser la comparaison. Il s'agissait en effet de neutraliser la dimension proprement sociologique, apte à elle seule à introduire des différences dans les éléments observés. Ces comparaisons, terme à terme (entre membres d'un groupe socioprofessionnel semblable), ne résolvent bien sûr pas tous les biais introduits par d'autres variables. Il est vrai par exemple que, comme le fait remarquer Garrison (1986), le protestantisme agricole n'est pas absolument populaire et que, à cet égard, la société protestante n'est pas la réduction de la société globale, dans la mesure où la valeur accordée par le protestantisme au travail et à l'instruction a souvent conduit les protestants à des positions sociales plus élevées<sup>1</sup>. Et c'est sans doute là un point capital apte à déterminer des distinctions culturelles. Toutefois, même si, dans sa genèse, la communauté protestante est formée de nombreux citadins instruits et que, en revanche, la communauté musulmane présente en France occupée, pour une large part, des positions sociales peu élevées (en raison de la large représentation, dans ce groupe, de populations immigrées dont les conditions sociales sont fortement défavorisées), l'attention a été portée sur des milieux sociaux diversifiés, et la recherche a intégré par exemple aussi bien des femmes de ménage protestantes que des chercheurs musulmans, de façon à comparer les individus, ici et là, à catégorie professionnelle équivalente.

Cette recherche comporte en outre certaines difficultés méthodologiques, en partie semblables à celles qui sous-tendent les recherches ayant pour objectif l'étude du facteur religieux sur les faits de morbidité (cf. notamment Jarvis 1987), à savoir, d'une part, la difficulté de dissocier les effets de la religion des effets d'autres variables (ce qui est le problème de toute recherche fondée sur un seul facteur), d'autre part, le problème de définition de la variable religieuse.

1. « En tant que minorité persécutée dès 1685, les religionnaires ont ressenti la nécessité d'un système scolaire qui répercuterait sur les jeunes générations leurs croyances et leur éthique ; le Languedoc protestant est un Languedoc scolaire » (Garrison 1986).



Ce problème de définition est d'ailleurs ce qui engendre par exemple de profondes différences dans les analyses menées sur le suicide depuis Durkheim<sup>1</sup>, en raison de quoi certains auteurs choisissent de distinguer, pour mesurer les effets de la religion sur la santé et la mortalité, entre : l'affiliation religieuse (c'est-à-dire l'appartenance à une religion) ; la religiosité (c'est-à-dire la croyance et l'adhésion qui peut induire des effets tels que l'adoption de comportements ou styles de vie, la création d'un réseau de soutien social, etc.) et la participation (c'est-à-dire la pratique religieuse, publique ou privée).

Personnellement, j'ai pris le parti, à titre expérimental, de ne pas toujours distinguer les trois, en me basant sur l'hypothèse de l'empreinte, puisque ce sont les traces inconscientes qui m'intéressent. Bien évidemment, ce choix n'est acceptable que parce que ma recherche ne relève pas d'une approche socioépidémiologique, comme le sont les études sur les effets de la religion sur les faits de morbidité<sup>2</sup>. Toutefois, la question subsiste de savoir comment déterminer si les différences observées entre groupes sont des effets de l'origine religieuse ? C'est précisément en comparant les matériaux recueillis auprès de personnes diversement liées au phénomène religieux, c'est-à-dire marquées ou non par le fait de la croyance religieuse. Ici, c'est la récurrence qui fait sens. Il est bien évident que

1. À propos de la mortalité, Jarvis fait référence aux travaux de Durkheim qui montre que les taux de suicide sont liés aux caractéristiques des groupes auxquels les gens appartiennent ; Durkheim pensait que, puisque les catholiques sont incités par leur religion à entrer en contact avec les autres plus fréquemment pour obtenir les sacrements, la confession et se rendre à la messe, ils ont des taux de suicide plus bas que les protestants, car le protestantisme n'exige pas une interaction sociale aussi grande et propose un modèle de salut plus individualiste. Ces observations sont objectivables par des taux mesurables, mais les modifications de ces taux par la suite ont appelé d'autres explications. En particulier, d'autres auteurs ont éprouvé le besoin de distinguer entre affiliation religieuse et religiosité pour expliquer que dans certaines études, les suicides étaient plus nombreux chez les catholiques. Il semblait alors que la religiosité était plus susceptible d'expliquer la tendance au suicide que l'affiliation religieuse : alors que certains auteurs trouvent que la religiosité n'inhibe pas le comportement suicidaire, d'autres estiment que seuls ceux pour qui la religion a une importance très grande sont inhibés face au suicide. On se trouve donc face à des théories et des résultats contradictoires.

2. Dans ces travaux, que j'appelle « socioépidémiologiques », l'impact du religieux est examiné en ce qu'il est générateur d'une certaine discipline, apte à influer sur la santé. Divers auteurs se sont ainsi interrogés sur la question de savoir si les croyances religieuses et les habitudes sociales qui leur sont associées affectent les attitudes à l'égard de la santé et étudient par exemple, outre l'influence de la religion sur le suicide, les habitudes vis-à-vis de la contraception, de l'avortement, des habitudes alimentaires, etc.

cette étude n'a aucune prétention à définir ce qu'est le comportement protestant par opposition au comportement catholique ou juif ou musulman, non seulement parce que les matériaux recueillis n'ont pas de valeur statistique, mais aussi parce que la variable culturelle ne peut être entièrement séparée des autres variables. L'étude vise plus modestement à dégager des tendances, objectivables par l'observation de récurrences à l'intérieur d'un même milieu culturel (défini ici par le fait d'avoir une origine religieuse commune), dans une population hétérogène à de nombreux autres égards<sup>1</sup>.

La recherche s'est déroulée sur une période de cinq ans, auprès de malades<sup>2</sup>, de familles de malades, de médecins, d'infirmières, de pharmaciens et de membres des communautés religieuses (évêque, prêtre, pasteur, imam, rabbin, aumôniers des hôpitaux). L'enquête a été menée principalement dans les départements de l'Hérault et du Gard, en milieu rural et urbain. L'observation a été conduite dans des cadres variés et des situations diverses. Certaines enquêtes ont été menées en milieu hospitalier, lors de consultations dans des services spécialisés, notamment en service de maladies respiratoires, service de cardiologie et service de médecine interne (car, de même qu'il convient de comparer les conduites et les représentations à milieu social équivalent, il faut les comparer à maladies équivalentes), soit lors d'hospitalisations de jour, c'est-à-dire dans un contexte où les personnes sont relativement disponibles. D'autres enquêtes ont été conduites au domicile des personnes, soit préalablement vues à l'hôpital, soit rencontrées dans d'autres contextes (celui de la vie associative notamment).

La nécessité de sortir du cadre de l'hôpital s'est fait fortement ressentir tant il est vrai que les conditions d'énonciation déterminent, pour une part, le contenu des discours. La présence d'un ethnologue dans un service hospitalier tend à le faire apparaître par exemple comme un représentant de l'hôpital ou comme quelqu'un à qui des

1. Par conséquent, l'information concernant l'adhésion ou la croyance religieuse des sujets ne sera donnée dans les matériaux présentés ici que lorsqu'elle sera nécessaire à l'analyse. À ce propos, et parce que la désignation des personnes en référence à leurs attaches religieuses et/ou culturelles est une chose complexe qu'on ne prétend pas résoudre ici, on désignera par commodité les informateurs qui se disent appartenir à une religion sous le terme « catholiques », « protestants », etc., tandis qu'on précisera d'« origine catholique » ou d'« origine protestante », etc., lorsque la personne ne se considère pas avoir d'attache religieuse.

2. 186 au total (dont 74 personnes catholiques ou d'origine catholique, 53 protestantes ou d'origine protestante, 36 musulmanes ou d'origine musulmane et 18 juives ou d'origine juive).

patients revendicateurs peuvent demander de jouer, auprès des médecins et de l'institution, un rôle de porte-parole. Ces situations sont elles-mêmes conditionnées par le port de la blouse ou non, qui n'est pas sans produire des effets ; c'est pourquoi j'ai pris le parti de revêtir devant certains patients une blouse, et de me présenter sans blouse devant d'autres, pour mesurer les modifications de comportements et de discours des patients que cela entraînait, quoique je me sois toujours présentée comme ethnologue.

Bien que les médecins aient pu être utilisés à titre d'informateurs, j'ai choisi de ne pas faire porter la recherche sur eux, et de ne revenir que ce qui se révèle chez le patient face à des médecins d'origines différentes. M'essayant à fonder certains médecins dans la catégorie des personnes étudiées et à tenter de comprendre leurs conduites en tant que patients potentiels, je me suis rapidement heurtée à la difficulté de les interroger sur leur vie ou sur leurs caractéristiques personnelles. C'était les faire passer du stade d'« expert » à celui de sujet étudié, un statut qu'ils sont réticents à endosser face à l'ethnologue.

Le port de la blouse n'est d'ailleurs pas sans poser de problèmes vis-à-vis de l'institution elle-même. Ayant mis une blouse, dans l'un des services où je menais mes observations, pour répondre à la demande de la surveillante et de certains médecins qui y voyaient un moyen de mettre en confiance les patients, je me suis par exemple retrouvée dans la situation embarrassante de me voir interrogée par un patient sur la nature exacte de sa maladie et qui ne comprenait pas que je ne sache pas y répondre, bien que je lui aie expliqué que je n'étais pas soignante. Une anecdote de ce type est, pour l'ethnologue, un véritable incident à la fois éthique et méthodologique : si je ne réponds pas à sa demande et que je lui dis avec franchise que je ne sais pas, ne va-t-il pas penser que je veux lui cacher quelque chose, et que son cas est grave ? Ou bien ne vais-je pas faire du tort au service, qui va passer pour avoir en son sein un personnel parfaitement incapable ? Cette double expérience a révélé que, pour ce type d'enquête tout du moins, on ne saurait conclure de manière tranchée au bénéfice que l'on peut tirer du port de la blouse. En outre, si celui-ci ouvre sur certaines confidences de la part de patients qui se livrent volontiers aux médecins, l'absence de blouse ouvre sur d'autres types de confidences, précisément celles qu'on ne leur livre pas.

Une autre difficulté a été celle de faire comprendre mon objet aux médecins auxquels je demandais leur collaboration, ne serait-ce

que pour pouvoir conduire une observation dans leur service ou pour qu'ils m'introduisent auprès de leurs malades. Étudier l'usage de l'ordonnance, c'était pour moi restituer cette question dans le droit fil des interrogations classiques en anthropologie, sur la perception de l'efficacité et sur sa construction. Je ne cherchais donc pas au départ à poser la question de l'observance, mais celle du statut de l'ordonnance et de l'efficacité de l'écriture, c'est-à-dire à me poser la question du traitement réservé à cet objet qu'est un morceau de papier sur lequel était écrit quelque chose, et dont je me demandais s'il pouvait se trouver, dans les groupes culturels que je me proposais d'étudier, des comportements comparables à ceux que j'avais pu observer en Afrique (comme par exemple le fait de faire d'un morceau de papier, un objet thérapeutique). Mais j'ai été bien vite contrainte par une partie de mes informateurs eux-mêmes (les médecins comme les malades) à formuler ma question en termes d'observance, faute de quoi ils ne comprennent pas. Or, la formuler ainsi modifiait en partie mon dessein réel, car la question de savoir ce que les malades font avec l'ordonnance n'est pas la même que celle de savoir s'ils font bien ce qu'elle prescrit de faire. Cette difficulté est liée à l'étrangeté des problématiques ethnologiques pour un médecin. Les médecins n'y voient d'intérêt que s'ils en mesurent l'applicabilité immédiate. C'est pourquoi ils transformaient ma problématique en celle de l'observance, celle-ci étant pour eux la seule compréhensible et légitime. De sorte que si l'observance ne fut pas véritablement mon objet ou qu'elle n'en fut qu'un aspect, je fus néanmoins contrainte de l'envisager comme une question fondamentale face aux médecins.

Une des particularités de cette étude est que les groupes étudiés ont des frontières indéces. Si des frontières relatives existent autour des groupes qui ont un sentiment d'appartenance à une minorité, ce n'est pas vrai pour tous et, en tous cas, pas pour les catholiques, qui ne manifestent pas de signes d'appartenance à une communauté, comme on peut s'y attendre puisqu'il s'agit d'une majorité. D'ailleurs, qu'est-ce qu'un catholique dans une société où le catholicisme est une religion et une culture dominante ? À l'inverse du point de vue de l'Église pour laquelle le fait de déclarer appartenir à l'Église catholique ne suffit pas pour définir un catholique, puisqu'un individu fait son entrée dans la communauté catholique par le baptême, ma position théorique, appuyée sur l'hypothèse de l'empreinte, est qu'un individu d'origine catholique porte les traces de ce catholicisme même s'il n'est pas baptisé, et que ces traces se

lisent ailleurs que dans le respect des consignes religieuses. Car s'il est vrai que la manière de gérer son corps n'obéit pas nécessairement aux prescriptions religieuses, ne serait-ce que parce que nombreux sont ceux qui ne se sentent rien de commun avec le catholicisme en tant que dogme religieux, il n'en demeure pas moins qu'ils conservent souvent, à leur insu, des comportements qui portent l'empreinte de leur origine, en ce qu'ils ont reçu un héritage de la pensée catholique dans leur éducation. Dire qu'un individu est d'origine catholique, juive, protestante ou musulmane, alors même qu'il se définit comme n'ayant pas de religion, et qu'il n'appartient donc à aucune communauté religieuse, c'est mettre l'accent sur son milieu ou sur l'imprégnation par le milieu dans lequel il vit et sur le rôle de l'éducation, quand bien même elle transmet, de façon non consciente, des règles de comportements. C'est donc également faire référence à son histoire et à l'histoire plus générale du groupe auquel il se rattache. À cet égard, le cas particulier des couples mixtes est fort intéressant en ce qu'il permet de déceler l'influence conjuguée de plusieurs systèmes de valeurs.

Bien entendu, aucun de ces groupes n'est homogène. Il existe à l'intérieur de chacun des différences, non seulement sociales, mais aussi culturelles, à mettre sur le compte des cultures régionales ou des cultures internes à certains de ces ensembles. Ainsi les protestants luthériens sont-ils à distinguer des réformés (calvinistes) et les juifs ashkénazes des juifs séfarades<sup>1</sup>. En revanche, les musulmans étudiés sont exclusivement sunnites, comme la plupart des musulmans présents en France<sup>2</sup>.

La manière dont les individus eux-mêmes se situent, selon qu'ils appartiennent à un groupe majoritaire ou non, n'est d'ailleurs pas sans incidence sur la nécessité dans laquelle je me suis parfois trouvé de devoir décliner mon origine culturelle religieuse. Il est intéressant de noter que je n'ai pas été invitée à le faire par les catholiques ni les musulmans, car il était évident à leurs yeux que je devais être ce qu'est la majorité (c'est-à-dire « comme eux » pour les premiers, « comme les autres » pour les seconds), autrement dit

1. Les Ashkénazes sont les Juifs originaires du nord et de l'est de l'Europe. Les Séfarades sont les Juifs originaires du Bassin méditerranéen et de l'Orient. Ces termes font référence à des peuples et non à des courants religieux.

2. À noter que les personnes d'origine musulmane se disent très rarement athées, même s'ils ont des manières très différentes de vivre leur appartenance à l'islam, les uns ayant une observance scrupuleuse des consignes religieuses, les autres ayant une pratique limitée et un attachement à l'islam « plus culturel que cultuel » pour reprendre la formule de Césari (1997).

catholique. Cependant, il en est allé différemment avec les juifs et les protestants, qui ressentait plus le besoin, au bout d'un moment, de me demander ce que j'étais, soit qu'ils éprouvaient une gêne à parler de leur identité à quelqu'un qui ne la partagerait pas (ce qui était plus marqué chez les juifs), soit qu'ils voulaient instaurer avec leur interlocuteur une complicité autour d'une identité qu'ils revendiquaient et qu'ils souhaitaient commune.

Cette recherche ne traite pourtant pas véritablement de la question de l'identité. Car d'une part, dans la mesure où elle inclut des croyants, des non-croyants, des pratiquants, et des non-pratiquants, il n'est pas possible de constituer les informateurs en « communautés ». D'autre part, il ne s'agissait pas de réduire les groupes d'informateurs de culture X ou Y à ceux qui se revendiquent comme tels. La problématique de l'empreinte doit tout aussi bien inclure ceux qui ont une origine donnée, mais à laquelle ils ne se sentent pas nécessairement rattachés. Une telle étude ne peut se fonder sur la notion d'identité dans la mesure où la question de l'identité est étroitement articulée au « sentiment » identitaire, et que celui-ci implique un choix, conscient ou délibéré, totalement différent de l'idée d'empreinte. La tentative de caractérisation des pratiques observées par référence à l'appartenance culturelle des personnes étudiées s'avéra une entreprise d'autant plus difficile que certaines d'entre elles s'y montrèrent rétives. En particulier, l'idéologie émancipatrice et assimilatrice née au XIX<sup>e</sup> siècle a amené un certain nombre de juifs à réduire ou à nier toutes marques culturelles dans leurs comportements et leurs activités, en conséquence de quoi certains ont de grandes difficultés à accepter l'idée d'empreinte. De leur côté, un certain nombre de protestants ont semblé ne pas apprécier que je cherche à déceler des façons de penser qui leur seraient propres, dans la mesure où cela les fond dans un collectif, alors qu'ils veulent garder le sentiment qu'ils sont individuellement maîtres de leur pensées et de leurs actes, la seule chose qu'ils acceptaient d'avoir en commun étant précisément – et paradoxalement – cette propension à l'indépendance.

Enfin, une autre difficulté est celle d'enquêter dans des couples mixtes, les individus recevant l'influence de leur conjoint, d'où l'intérêt de recueillir dans ces familles les discussions, voire les conflits, pouvant naître à propos de la consommation de médicaments et de la relation aux médecins par exemple. Pour rendre justice aux informateurs qui dérogent aux modèles esquissés dans cette étude, et en toute rigueur ethnographique, j'évoquerai égale-

ment quelques cas que j'appellerai « atypiques », pour montrer toutefois ce que leur atypie même a d'intéressant, soit par la mixité des origines culturelles qui peut l'expliquer, soit par les réactions qu'elle peut induire dans l'entourage du sujet.

Comme on le verra, certaines conduites sont communes aux différents groupes observés, témoignant du caractère invariant de certaines des logiques qui les régissent. Une telle recherche implique bien sûr de ne pas s'en tenir aux propos des individus, et, précisément, parce que les questions qu'elle pose ne peuvent se suffire des seuls discours, elle doit mettre en place les conditions du recueil des données nécessaires au repérage de ces empreintes culturelles et, pour ce faire, aller voir les gens chez eux et les observer.

Sans doute les contextes d'observation sont-ils variés. Certaines personnes sont en situation de patients, d'autres non. Tous ne sont pas malades au moment de l'enquête. Les uns parlent d'épisodes présents, d'autres d'épisodes passés. Mais, dans tous les cas, il convient, en bonne raison ethnologique, de s'étonner de tout ce que l'on voit quels que soient les gens étudiés, de s'interroger sur leurs mots, sur leurs gestes, et de ne rien tenir pour acquis ; en un mot, de chercher le sens derrière l'évidence.

## I Les patients et leurs ordonnances

La valeur symbolique de l'ordonnance n'est pas neuve : Dupuy et Karsenty notaient déjà en 1974 que « l'ordonnance, et plus précisément sa longueur, sa valeur en francs, le nom compliqué de ses produits, leur nouveauté pour le malade, etc., signifient pour ce dernier qu'il a bien fait de venir chez le médecin, que son état relève bien de la pratique médicale et qu'il n'aurait pas pu se tirer d'affaire tout seul ». Si elle atteste que le patient a effectivement un problème un résoudre, il n'est pas certain toutefois que les individus entretiennent à l'égard de l'ordonnance le même rapport, ni qu'ils lui accordent le même statut.

Claude Le Pen (1991) fait une observation similaire lorsqu'il écrit, en particulier dans le cas des prescriptions de tranquillisants, que « le malade français (...) tient à son ordonnance. Pour lui, elle revêt un caractère symbolique, elle atteste de la réalité de l'état pathologique ». Il évoque, à grand renfort de citations tirées de Mauss, le caractère magique des lignes griffonnées à vertu thérapeutique. Or il me semble qu'il y a tout lieu de s'interroger sur la question de savoir si ce rapport est identique pour tout le monde, et donc sur la validité de cette généralisation à tous les groupes culturels qui composent la France.

Si l'on examine ce qu'est une ordonnance, force est d'admettre que les différents groupes culturels examinés ici sont susceptibles de développer à son égard des attitudes diverses. L'ordonnance est d'abord un morceau de papier. Elle a une matérialité. On peut par conséquent se demander quel traitement est réservé à l'objet matériel qu'elle représente, si l'on prend en considération que sur cet objet sont inscrites un certain nombre d'informations sur la cure (la plupart du temps des noms de médicaments et leurs modalités de

## Les patients et leur corps

Le comportement que les individus adoptent face à la maladie et aux thérapeutiques qui leur sont offertes est en partie conditionné par le rapport qu'ils entretiennent avec le corps en général et avec leur propre corps en particulier. Le choix de prendre un médicament ou de le refuser, et de poursuivre ou d'arrêter son traitement par exemple, est lié à une certaine manière de gérer son corps et les conduites individuelles témoignent de la place accordée au corps par les patients. Le corps peut à cet égard être interrogé sous le double aspect de son statut comme objet matériel (en tant qu'il fait l'objet de soins particuliers) et comme sujet à l'intérieur d'un espace social (en tant qu'il est crédité d'une place spécifique dans l'interaction avec les autres). À cet égard, une première ligne de partage entre les groupes examinés oppose une gestion individuelle à une gestion collective du corps.

### ESPACE PRIVÉ / ESPACE PUBLIC

De même qu'on avait remarqué plus haut des différences dans les modes de rangement des médicaments dans l'espace domestique, rapportable à une gestion plus individuelle ou plus collective du traitement par le patient, de même les modalités de la consultation signalent-elles un mode d'inscription spécifique du corps dans l'espace social, en vertu duquel il est soit un espace personnel, privé, soit au contraire articulé à la vie familiale. Cette observation pose la

question de la frontière entre son corps et le corps des autres, à l'intérieur de la famille.

En effet, tandis que les protestants recourent individuellement à la consultation médicale, les catholiques s'y rendent plus fréquemment en couple, même lorsque la consultation ne concerne que l'un d'eux, généralement l'homme. Il m'a été donné d'assister à plusieurs consultations auxquelles le patient venait, accompagné de son conjoint. La majorité était destinée à l'examen de l'homme et concernait des couples catholiques. Dans ce cas, il n'est pas rare que, tandis que le mari est interrogé par le médecin, ce soit la femme qui réponde en lieu et place de son mari, comme l'illustre l'exemple suivant :

— *le médecin, s'adressant au mari, ouvrier* : « Vous avez essayé l'aérosol ? »

— *la femme* : « On en a essayé trois. »

— *le mari* : « La ventoline, je sais pas si ça me fait grand-chose ! »

— *le médecin* : « Pourquoi vous en prenez, alors ? »

— (*moue dubitative du mari*) « ... »

— *la femme* : « Si ! ça te fait du bien quand même ! »

C'est d'ailleurs généralement la femme qui a les médicaments dans son sac lorsque le mari doit porter avec lui les médicaments prescrits, notamment dans le cas de l'asthme. Une autre consultation, un autre couple : l'homme, expert-comptable, a besoin d'un mouchoir. C'est sa femme qui le lui donne. Il n'en a pas sur lui, alors qu'il souffre d'allergies respiratoires et qu'il est régulièrement assailli par le besoin impérieux de se moucher.

Par-delà la fonction volontiers maternelle accordée à l'épouse, en particulier en milieu ouvrier, il semble qu'il y ait ici encore une prise en charge beaucoup plus collective du corps que dans les familles protestantes, plus individualistes, où chacun prend en charge son problème, son corps et son mal. Les couples protestants se rendent d'ailleurs très rarement ensemble en consultation lorsque le motif ne concerne que l'un d'eux, sauf pour des raisons pratiques, comme par exemple l'impossibilité de conduire, qui contraint l'un d'eux à se faire véhiculer par l'autre, mais, dans ce cas, l'autre reste généralement dans la salle d'attente. Si cette attitude peut être mise sur le compte d'une certaine pudeur, celle-ci ne saurait à elle seule l'expliquer, comme l'atteste le fait que, lors des entretiens que j'ai menés avec des couples protestants, les conjoints se laissaient mutuellement la parole lorsque l'autre me parlait de son mal. On a donc bien affaire à une prise en charge beaucoup plus individuelle de son corps chez les protestants.

La dimension de pudeur ne saurait être totalement occultée cependant. Ainsi, contrairement aux catholiques relativement proches sur leur état de santé et assez prompts à montrer à l'ethnologue l'ordonnance qui leur a été délivrée ainsi que, éventuellement, la partie du corps dont ils souffrent, les protestants sont beaucoup plus discrets sur ces points et tendent à envisager ce domaine comme personnel, voire secret. L'ordonnance elle-même n'est pas une chose qu'ils montrent facilement. S'ils parlent de leur mal ou de leur maladie à une autre personne qu'à leur médecin, c'est de manière abstraite, sans donner de détails particuliers. Les protestants pratiquants ne sont d'ailleurs pas plus discrets à l'égard de l'ethnologue qu'à l'égard du pasteur auquel ils se livrent beaucoup moins ou avec bien plus de retenue que ne le font les catholiques à l'égard du curé.

Si les modalités de la consultation obéissent à une façon plus individuelle ou plus collective d'envisager la maladie, elles témoignent aussi de la différence dans les rapports entre les hommes et les femmes. Tandis que, dans les familles juives, les femmes se rendent aussi volontiers avec leur mari à la consultation, dans une perspective également maternelle de leur rôle familial, en revanche, elles n'accompagnent pas leur mari à la consultation chez les musulmans. C'est au contraire l'homme qui accompagne fréquemment son épouse, alors même qu'elle parle le français, dans le souci de l'aider à comprendre ce qu'elle doit faire, corrélativement à une désautonomisation de la femme dans la vie publique.

#### CORPS SUJET / CORPS OBJET

Le corps semble faire plus volontiers chez les protestants que chez les autres l'objet d'une discipline, toute contraignante que celle-ci puisse être. Cette observation va dans le sens des résultats de l'enquête de F. Loux (1974) sur la question de la transmission culturelle chez les catholiques et les protestants à Chardonneret. Son enquête révèle que le rapport au corps est fort différent dans ces deux populations, qu'il s'agisse des pratiques relatives à la nourriture ou à l'hygiène (en l'occurrence, les protestants accordent plus d'importance à la toilette, à la diététique, valorisent l'absence d'excès et ont une attitude plus active vis-à-vis de la médecine préventive — observations corroborant celles qui ont été présentées plus haut), toutes attitudes à l'égard du corps qui résultent de la transmission de

valeurs, bien plus profonde, estime F. Loux, que celle de simples traits culturels et qui constituent un élément du système éthique. Cependant, si certains soins du corps peuvent apparaître aux familles protestantes comme une frivolité, l'usage et le traitement du corps aux fins d'assurer sa santé est conçu comme une noble cause. C'est donc en bonne logique qu'une femme protestante, qui vivait dans la région de Lodève où elle s'ennuyait, et qui aimait se rendre à Montpellier, prenait prétexte de devoir consulter des médecins en ville, explique sa cousine, pour avoir un motif « décent » de s'y rendre. Alors qu'aller à la ville pour le plaisir eut été condamné par son mari et considéré comme du « gaspillage », la gestion de sa santé devenait une raison légitime pour établir un lien avec la ville, et constituait une raison de dépense admissible.

Mais les différences de comportement ont également partie liée avec la gestion sociale de son corps. À cet égard, et d'une manière générale, les protestants refusent d'abandonner leur corps au médecin, et s'en considèrent responsables. Même si le souci de gérer soi-même sa santé et de prendre part aux décisions concernant son corps et son traitement ne prend pas toujours des formes aussi extrêmes, on notera le cas de cette secrétaire protestante qui consulte pour un même mal plusieurs généralistes afin d'obtenir plusieurs ordonnances, en vue de choisir elle-même ce qui lui convient, et de décider elle-même des doses.

Le souci de disposer de son corps chez les protestants et, par contraste, la tendance à s'en déposséder chez les catholiques se retrouvent dans les pratiques des individus non seulement à l'égard de leur ordonnance et de l'information qu'elle contient, mais aussi à l'égard des correspondances entre médecins. Cette préoccupation chez les protestants se traduit ainsi par le fait qu'ils expriment souvent le désir de connaître le contenu des lettres que s'adressent les médecins à leur propos. Ce savoir sur leur corps est revendiqué, tout comme parfois le contenu des dossiers médicaux les concernant. À l'inverse, les catholiques ne revendiquent généralement pas l'accès à ce savoir sur leur corps et semblent même gênés de pouvoir prendre connaissance du courrier que s'échangent les médecins à leur sujet. Un informaticien d'origine catholique, venu consulter un pneumologue à qui il a été envoyé par son médecin traitant, est très gêné de pouvoir lire la lettre que ce dernier a adressé au médecin spécialiste. De même, un comptable, d'origine catholique, se voit montrer par un médecin la lettre et les documents que lui a adressés son confrère, le médecin traitant du patient. Celui-ci est embarrassé

de pouvoir prendre connaissance du dossier, et le regardé furtivement, comme s'il n'avait pas ce droit.

L'observation des consultations dans un service de maladies respiratoires permet de voir qu'un travail important est réalisé par l'équipe soignante pour que le patient se prenne en charge. En effet, certains malades doivent mesurer leur souffle au moyen d'un appareil (*peak-flow*), les doses de médicament (notamment de pulmicor) étant régulées par les patients eux-mêmes en fonction du taux indiqué par le test. « Ça permet de faire prendre conscience au patient de son problème et de le faire se prendre en charge », explique un médecin. Mais, tandis que cela peut être vécu par certains comme un moyen de réguler soi-même (et donc de gérer) son mal et son traitement, cela est vu par d'autres comme une contrainte, imposée par le médecin, ordonnée, et à laquelle ils souhaiteraient pouvoir se soustraire. Ce que certains effectuent avec fierté, d'autres le font à contrecoeur.

La prise en charge de son corps est également différente chez les juifs et les musulmans. Les patients d'origine juive sont généralement plus soucieux de connaître le contenu des dossiers les concernant, comme les protestants, et plus enclins à prendre, seuls, les décisions relatives à leur corps, sauf lorsqu'ils sont très pratiquants<sup>1</sup>. La gestion du corps, chez les musulmans, se fait en revanche à la fois de façon plus individuelle sur le plan de l'accès au corps, en raison de la séparation stricte des genres et des pratiques relatives aux registres sexuels, et de façon beaucoup plus collective au plan social, puisque la consultation du médecin (à son cabinet comme à domicile) est une affaire de famille autant qu'un événement individuel. Toutefois, le médecin est ici encore, comme chez les catholiques, largement investi du pouvoir et du savoir sur le corps, de sorte qu'on ne saurait l'interroger ou le contrarier, ni se mêler de son domaine de compétence.

La dépossession de son corps ou au contraire sa prise en charge face à l'autorité médicale s'aligne sur l'attitude que les patients pratiquants ont à l'égard de l'autorité religieuse. Plus attentifs aux consignes papales en matière de gestion de son corps, les catholiques pratiquants sont par exemple plus hostiles à l'avortement et parfois même à la contraception que les protestants pratiquants, pour lesquels ces pratiques ne regardent que l'individu, considérant que celui-ci doit faire librement ses choix. Et si l'ordre des médecins fut longtemps hostile à l'avortement, c'est parce que sa « morale pro-

1. S'autorisant cependant à déroger à la loi religieuse, on y reviendra plus loin.

fessionnelle s'abritait en fait derrière l'autorité de l'Église » (P. Simon, cité par Guillaume, 1990, 208).

Certains catholiques pratiquants sont en désaccord avec les déclarations du pape en matière de gestion du corps et de morale sexuelle notamment. Comme le remarque Sahakian (1997), les catholiques font le tri dans les enseignements de l'Église<sup>1</sup>. Certes, l'appartenance catholique n'est pas mesurable à l'aune du respect des consignes de l'Église. On remarque cependant que, lorsque le choix est fait de recourir à une pratique peu valorisée par l'Église, comme l'accouchement sous péridurale par exemple, c'est parfois, même pour les catholiques non pratiquants, dans le remords et la culpabilité. La collusion entre autorité morale, autorité médicale, autorité politique n'est d'ailleurs pas sans provoquer des conflits dans la conscience des sujets qui sont pris en étau entre les signes donnés par ces différentes instances, comme j'y reviendrai plus loin.

#### LA PERSONNE ET SES ORGANES

Si la conduite des individus à l'égard de la prescription diffère selon les domaines pathologiques concernés (on l'a vu dans le cas de l'hypertension notamment, les patients, en particulier musulmans, étant plus enclins à interrompre un traitement dès lors qu'ils ne perçoivent pas les symptômes de leur mal), elle diffère également selon les domaines corporels impliqués dans leur maladie.

Ainsi, l'observation dans des services spécialisés permet de constater que, en cardiologie, les gens respectent scrupuleusement l'ordonnance, et cela quelle que soit leur appartenance culturelle. Ce fait est lié, selon toute évidence, à l'image du cœur et à sa connotation d'organe vital. Un conducteur de poids lourds, d'origine catholique, a eu un malaise. Hospitalisé en cardiologie, il ressort muni d'une ordonnance qu'il respecte à la lettre : « Ces médicaments, je peux pas me permettre de pas les prendre ! En général, les médicaments, j'en prends le moins possible ! Les médecins, moins je les vois, mieux je me porte ! Mais le cœur, ça fait peur ! »

1. Il est notable toutefois qu'ils éprouvent souvent le besoin de se réferer par exemple à la position des évêques français sur le préservatif pour justifier un choix à raison médicale. On constate la nécessité pour les catholiques pratiquants qu'une autorité religieuse statue sur le bien-fondé de leurs choix.

Cette représentation, apparemment partagée par tous, explique que, dans ce domaine, la soumission à la prescription soit plus grande. L'observance ne peut pourtant pas être expliquée par la gravité objective de l'affection, puisqu'il en est d'autres qui peuvent être également fort graves (les crises d'asthme par exemple), mais dont le traitement prescrit est plus volontiers négligé. Pour tous les groupes, unaniment, le cœur est l'organe vital par excellence, et les patients ne prennent pas de risque avec quelque chose qu'ils perçoivent comme essentiel à leur santé (« Le cœur, c'est le moteur d'une voiture », disent certains), même si d'autres pathologies et d'autres manquement à les contrôler peuvent être tout aussi fatals que les maladies du cœur. Ceci n'est pas étranger au statut de cet organe, non pas en tant qu'organe central de la circulation sanguine, mais en tant que ce qu'il porte et exprime la personne elle-même. Sans doute, le cœur est-il, dans toutes les cultures examinées ici, le siège des émotions, de l'affectivité et des qualités du caractère, et on en trouve maintes traces dans la littérature comme dans les expressions langagières.

Cependant, le cœur trouve dans les familles musulmanes une place privilégiée, comme en témoignent les comportements les plus quotidiens des individus. En effet, les patients musulmans qui sont parmi les moins « observants », en particulier pour les traitements de longue durée, se montrent en revanche très respectueux des prescriptions lorsqu'il s'agit du cœur, même lorsqu'ils n'en ressentent pas les symptômes. Que représente donc le cœur pour les familles musulmanes ? « Une personne saine est une personne qui a le cœur sain », « le bon comportement est celui du cœur », « les mauvaises pensées ne doivent pas atteindre notre cœur », « la bonne intention dans son cœur », « l'intention droite du cœur », « les actes accomplis doivent engager l'Homme au plus profond de son cœur » sont autant de phrases entendues prononcer qui témoignent de l'idée que le cœur est le siège de la vie spirituelle et de la vie morale<sup>1</sup>. De fait, le Coran réserve une place de choix au cœur, en ce qu'il est considéré comme lieu d'où la pensée de l'homme s'élève vers Dieu. Il est donc tout à fait central dans la foi religieuse. Et les objets thérapeutiques religieux (généralement constitués de versets du Coran inscrits sur un morceau de papier et placés dans un morceau de tissu) sont fréquemment portés, autour du cou, « sur le cœur ».

1. Tout comme l'indique le geste de se toucher le cœur après une poignée de mains lors des salutations.

Il n'est pas totalement fortuit que ce soit sur le cœur que ce patient musulman évoqué plus haut portait, tel un objet maraboutique, l'ordonnance du cardiologue, dans une sorte de concurrence en termes d'efficacité entre l'écrit médical et l'écrit coranique. Dans un bulletin à destination de la communauté islamique, publié par des musulmans et expliquant ce que doit être le comportement des femmes, on lit : « Lorsqu'une musulmane décide de se couvrir, si elle ne le fait pas en toute ignorance pour se plier à la coutume, elle le fait dans le but d'obtenir l'agrément de Allah très vénéré et la véritable liberté, celle du cœur », et, plus loin : « La soumission à la Loi divine permet de purifier sa propre nature, et permet aux bénédictions de Allah de déferler sur le cœur, le remplissant d'amour et de la force d'affronter les épreuves de cette vie » (Al-'Iman, *Journal des femmes musulmanes*, Montpellier, n° 8, mai 1999).

Une femme devait recevoir une injection en période de Ramadan. Elle demanda à un imam son autorisation. Celui-ci lui répondit qu'elle pouvait se soumettre à ce traitement à condition que la piqûre fût faite dans la cuisse et non dans le bras. Ce qu'elle fit, supposant que cette dérogation ne lui était accordée qu'à condition d'empêcher que la piqûre soit faite trop près du cœur, car « le produit pourrait entrer dedans », compte tenu du fait que « le cœur doit être entièrement consacré à Allah ce jour-là ». Si le cœur a une connotation spirituelle forte dans la pensée religieuse, il est frappant qu'il conserve sa valeur symbolique chez ceux qui ont pris quelque distance avec la religion et qu'il garde, même parmi les moins pratiquants, ou ceux mêmes qui se disent agnostiques, une place privilégiée, et qui a largement détrôné celle que les cultures maghrébines accordent parfois au foie, dans le cadre des survivances de représentations préislamiques. Une infirmière musulmane choisit de remplacer le pédiatre de son enfant, qui lui avait été conseillé par la PMI, par un médecin généraliste qu'elle préfère parce que, lui, il écoute toujours son cœur. Un maçon musulman décide de changer de médecin qu'il estime incompétent parce qu'il n'écoute jamais son cœur. Ou encore, un gérant de magasin musulman se plaint de ce que « certains médecins ne sont pas sérieux car ils écoutent le cœur par-dessus le maillot ». Enfin, c'est précisément le cœur qui est jugé le plus menacé, on s'en souvient, par la prise de psychotropes.

Par contraste avec la focalisation de certains patients sur un organe particulier, d'autres envisagent le corps dans ses liens indissolubles avec l'esprit. C'est le cas tout particulièrement des juifs croyants, qui réaffirment l'unicité du corps et de l'esprit. Un psych-



thérapeute juif, qui a fait une psychothérapie d'inspiration psychanalytique, et qui se nourrit de la lecture de textes kabbalistiques (dans lesquels il perçoit, en germe, l'existence de la psychanalyse en ce qu'ils préconisent de contempler les choses et les maux, pour accéder à ce qui transparaît derrière ce qui apparaît), déclare : « La parole, faut que ça passe dans le corps, sinon ça sert à rien. »

Un dentiste juif croyant explique : « Le corps n'existe pas tout seul, en soignant une dent, on remet quelque chose en place, on remet aussi l'inconscient en place, la personne tout entière en place. » Les 613 commandements qui, dans le judaïsme, renvoient symboliquement au nombre des membres et des organes du corps humain, témoignent de l'importance attachée au corps et à son bon fonctionnement, et de cette articulation entre corps et esprit, formulée chez les plus religieux en termes d'unité du corps et de l'âme.

Cette articulation est également présente sous la plume de médecins juifs, comme en témoignent les actes d'un colloque sur le corps (J. Halperin et N. Weill, 1996). Daniel Halpérin exprime ainsi son indignation première devant le titre de la section du livre dans laquelle il est invité à intervenir : « Le corps soigné » (qui laisserait entendre que le médecin n'aurait affaire qu'à un corps sans esprit) : « Le corps, comme cela, tout seul, isolé ! », et rappelle, comme pour souligner le refus d'envisager le seul corps chez le patient, la demande de Maimonide à Dieu, dans la prière du médecin : « Fais que je ne vois que l'homme dans celui qui souffre. »

Pour Sebag-Lanoë, « le sujet d'émerveillement est l'union du corps et de l'âme, d'où résultent le respect que l'on doit avoir envers le corps et les devoirs que l'on a envers lui » (J. Halperin et N. Weill, 1996, 51). Pour le judaïsme, le corps est une valeur absolue. Le corps est respecté en tant qu'enveloppe sacrée de l'âme dont il porte la trace. L'homme a le devoir de préserver son intégrité physique et de respecter son corps et de l'entretenir. Le corps doit par son intégrité pouvoir servir d'autel en accomplissant l'ensemble des rites et des fonctions qui lui permettent de s'accomplir dans sa plénitude. L'âme est d'ailleurs identifiée au sang dans le Deutéronome : « L'âme de la chair est dans son sang. »<sup>1</sup> C'est pourquoi la viande doit être « kashérifiée », c'est-à-dire vidée de son sang avant d'être consommée, afin d'être « vidée de son âme ».

1. Genèse IX, 4 : « Vous ne mangerez point de chair avec son âme, avec son sang. » Lévitique XVII, 11 : « Car l'âme de la chair est dans le sang. » Deutéronome XII, 23 : « Garde-toi de manger le sang, car le sang, c'est l'âme et tu ne mangeras pas l'âme avec la chair. »

Ce lien entre corps et esprit est ce qui motive certains juifs pratiquants à refuser le don d'organes, en même temps qu'il en motive d'autres au contraire, et paradoxalement, à y consentir. Bien que, sur la question du don d'organes, les diverses religions aient formulé des points de doctrine différents, son interdiction en raison de la nécessité de respecter l'intégrité du corps dans le judaïsme existe également dans le dogme musulman. Sur ce sujet, R. Waissman (1996) note que le catholicisme et le protestantisme ne s'opposent pas officiellement au prélèvement ni à la transplantation en tant que pratiques sociales susceptibles de sauver des vies, mais que, en revanche, certaines réserves sont émises à l'égard du prélèvement dans les religions musulmane et juive. De même, le tableau comparé de Bruno Étienne (Cesari, 1997) fait apparaître les divergences dans les prises de position des représentants des grandes religions sur la question.

Toutefois, ce qui m'intéresse ici n'est pas tant les positions officielles à l'égard du don d'organes, que la position des individus qui relèvent de ces groupes religieux et, plus encore, des individus qui ne se sentent aucun lien religieux avec leur groupe culturel d'origine. Ainsi, les catholiques, croyants et non-croyants, se disent en principe y être favorables en ce que c'est une nécessité pour aider ceux qui en ont besoin. Formulé en termes d'« acte d'amour » chez les croyants, il est exprimé en termes de « geste de solidarité » chez les non-croyants. Les protestants, croyants ou non-croyants, se déclarent favorables à cette pratique, à condition que le prélèvement n'ait pas de but marchand. Toutefois le don d'organes, préconisé par l'Église, n'en fait pas moins l'objet d'une réticence, parmi les catholiques comme les autres, pour des raisons psychologiques : ne pas toucher au corps d'un être cher. Les pratiques réelles peuvent donc aller à contre-courant des consignes religieuses. De la même façon, bien que le don d'organe soit proscrit par le judaïsme au motif qu'il porte atteinte à l'intégrité du corps, il est admis par certains juifs croyants (comme par des non-croyants) au motif que cela peut permettre de sauver une autre vie (la vie étant, on s'en souvient, la valeur suprême dans la Torah qui justifie qu'on puisse transgresser tous les autres interdits), ou que la personne disparue continue à vivre à travers un nouveau corps, comme si l'inséparabilité du corps et de l'âme avait pour conséquence de permettre qu'une partie de l'âme se retrouve dans le corps de l'autre, à travers son organe. Si, en revanche, musulmans et juifs ont des positions distinctes sur la question selon qu'ils sont croyants ou non, il est frappant de constater que les critères et/ou les réserves qui dictent leurs choix puisent dans le creuset

culturel de leur origine religieuse. Ainsi, les musulmans croyants y sont défavorables, sauf si l'autorité religieuse leur enjoint de le faire. « Si l'imam me dit que je dois le faire, je veux bien donner mes organes, mais pas le cœur ! », exprime clairement un musulman, maçon, d'observance religieuse modérée, et dont les propos résument bien la position d'obéissance à l'autorité religieuse qu'adoptent de nombreux musulmans, qui néanmoins créditent le cœur d'un statut particulier. En revanche, le fait que certains juifs croyants y soient favorables (à l'instar des juifs non croyants) est lié à l'idée que, d'une certaine façon, ce transfert d'organe est un moyen de continuer à faire vivre, symboliquement, la personne décédée, réifiant l'inséparabilité du corps et de l'esprit.

Comme on le voit, d'une part, la doctrine n'est pas nécessairement agréée par les fidèles<sup>1</sup>, d'autre part, les non-croyants ont des positions qui ne sont pas seulement fonction de leurs convictions individuelles ni de leur appartenance socioculturelle. Elles portent également la trace d'une pensée ou d'une représentation héritée de leur culture religieuse.

Bien que le sang soit le véhicule de l'âme également chez les musulmans (Cesari, 1997), et que la préservation de la vie soit le seul motif qui justifie de déroger aux prescriptions religieuses, les musulmans ne s'autorisent pas à penser, au moins ouvertement, une quelconque transgression à l'interdiction du don d'organes. Dans une enquête fort intéressante sur les réticences au don d'organes dans laquelle il examine notamment les positions des différents groupes religieux sur ce point, A. Girard (2000) laisse cependant entendre que la distinction entre individus ne peut se faire que sur la base de leur appartenance religieuse. Il distingue ainsi par exemple les catholiques des musulmans en tant que différents types de croyants, mais envisage de façon indistincte tous les incroyants. Or, ce qui apparaît ici est que, par-delà le fait de la croyance, et par-delà l'adhésion à une doctrine religieuse, les individus expriment un rapport au corps différent selon leur origine culturelle, apte à se traduire par des dispositions différentes à l'égard du don d'organes, un rapport au corps plus holiste chez les uns, ou résultant d'une vision plus dicho-

tomisée chez les autres, les juifs et les catholiques semblant sur ce point occuper des positions radicalement opposées.

Le fait de la croyance est bien sûr décisif, tout comme l'est la position critique que, à l'intérieur de chaque religion, le croyant peut avoir face au dogme ou à la doctrine, critique diversement encouragée selon les religions. Mais si les attitudes sont parfois différentes chez les individus, selon qu'ils sont croyants ou non, et selon le précepte sur lequel ils se fondent lorsqu'ils le sont, il est frappant qu'un grand nombre d'entre eux s'appuient sur une représentation de la personne identique. Ainsi, c'est dans la pensée diffusée par la religion juive que des juifs athées puisent, paradoxalement, leur décision d'agir, en toute liberté et au mépris du dogme religieux. L'hétérogénéité des conduites induite par l'adhésion ou non à une pensée religieuse se voit donc en même temps défiée par une homogénéité des sources auxquelles les individus puisent ces conduites différentes. Cette constatation conforte l'hypothèse de l'empreinte culturelle. Comme on le voit, cette empreinte se lit non pas à travers le respect de prescriptions ou de prohibitions religieuses, qui de fait sont peu suivies, mais au travers de certaines représentations, en l'occurrence ici du corps et de la personne, que ces systèmes symboliques véhiculent.

Peut-on déduire du rapport au corps (dont on a vu qu'il était plus holiste chez les uns et plus dichotomisé chez les autres) une analyse des recours thérapeutiques ? Et en l'occurrence, le fait que les protestants consultent plus spontanément des médecins spécialistes que les autres groupes peut-il s'expliquer par une vision plus parcellisée du corps ? Une telle hypothèse ne permettrait pas à elle seule de rendre compte de la différence entre protestants et catholiques à cet égard, puisque ces derniers consultent plus volontiers un généraliste, de même qu'elle pourrait paraître contradictoire avec le goût pour la médecine homéopathique qui prône une médecine globale. Toutefois, elle ne peut être totalement exclue si l'on admet qu'elle vient croiser d'autres logiques – et tout comportement n'est-il pas le fruit d'une combinaison de logiques multiples ? En effet, l'attrance des protestants pour l'homéopathie repose bien plutôt sur la dimension naturelle de cette pratique, comme on l'a vu plus haut, que sur sa dimension holiste<sup>1</sup>, alors que l'engouement de patients

1. Sans doute, les choses ne sont pas toujours très claires pour les fidèles, puisque les instances officielles elles-mêmes peuvent proposer leur propre interprétation de la doctrine. Ainsi, dans le judaïsme et dans l'islam, certains représentants de l'autorité religieuse acceptent la transplantation pourvu que la vie du donneur ne soit pas en danger. Ainsi, le rabbinat s'est-il prononcé en faveur du prélèvement d'organes en 1978, et les avis ne laissent pas d'être très partagés.

catholiques pour l'homéopathie est plutôt lié au souci de ne pas absorber de produits nocifs, tandis que le choix de patients juifs semble être plutôt rapportable à la possibilité que propose ce type de médecine de considérer l'homme dans sa globalité. Une perception qui convient sans doute davantage à une tradition culturelle qui envisage l'unité du corps et de l'esprit — contrairement à la manière dont les sépare la dualité chrétienne —, et que formule ainsi un enseignant juif, agnostique, qui se soigne exclusivement par l'homéopathie : « C'est une démarche intellectuelle. La médecine est trop loin de la personne. L'être humain est trop compartimenté. Ce qui me plaît, avec l'homéopathie, c'est qu'on regarde l'homme dans son ensemble. »

#### LA DOULEUR

On peut se demander si l'idéologie doloriste promue par une culture religieuse comme le catholicisme (qui voit, dans le corps de l'individu souffrant, la continuité des épreuves de la passion du Christ, et qui valorise à ce titre la souffrance) est susceptible de développer une résistance plus grande des sujets à l'égard des médicaments contre la douleur, d'une part, et si les représentations de la douleur physique diffèrent sur ce plan de celles de la douleur psychique, d'autre part.

Nombreux sont les spécialistes théologiens, médecins et historiens qui s'accordent pour souligner le retard accumulé par la France en matière de traitement médical de la douleur par rapport aux pays anglo-saxons et qui s'interrogent sur la question de savoir si la tradition catholique a contribué à intensifier ce décalage. Dans le christianisme, le malade fut très tôt identifié au Christ, note Guillaume (1990). Il est d'ailleurs lui-même invité à s'identifier au Christ souffrant au XII<sup>e</sup> siècle<sup>1</sup>, et la valorisation de la souffrance reste forte dans la plupart des discours pontificaux. C. Langlois rappelle pour sa part

religieux subsistent néanmoins dans ce groupe, en particulier en milieu paysan (Gutwirth, 1978; Joutard, 1987). Mais ces pratiques populaires survivent dans la plus grande discrétion (Joutard, 1977) et restent relativement marginales. Dans la région de Montpellier, l'influence des Lumières et du cartésianisme a permis le développement d'une culture médicale protestante imprégnée de rationalisme parmi les croyants.

1. À cette époque, l'image de la rédemption devient une véritable théologie : la mort du Christ compense la dette du péché, offense faite à Dieu, explique Jossua (1996).

que, au XIX<sup>e</sup> siècle, l'église continue d'entretenir une sorte de connivence avec la souffrance (et sa valeur rédemptrice) et reste en marge du traitement biomédical de la douleur. Et bien que, comme le fait remarquer Jossua, le XX<sup>e</sup> siècle voit une remise en cause des représentations doloristes chrétiennes, due en partie à la percée de ce qu'il appelle la « vulgate psychanalytique » qui entraîne une « déflation de la culpabilité » (Jossua, 1996), la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, constate Langlois, témoigne de l'essor d'un intégrisme catholique, marqué par la résurgence d'une conception doloriste du monde. À cet égard, le fait que les soins palliatifs soient plus développés dans les pays anglo-saxons protestants que dans les pays catholiques n'est probablement pas étranger aux conceptions doloristes des catholiques, et dont les protestants se défendent vigoureusement.

Cependant, bien que les catholiques soient perçus par les protestants comme plus réticents à supprimer la douleur, les familles protestantes ne semblent pas plus enclines que les catholiques à utiliser des calmants et des antalgiques dans la pratique courante. Si le point de vue des individus ne correspond pas nécessairement au point de vue doctrinal et théologique sur la douleur, celui-ci n'est pas sans laisser des traces dans la gestion que les individus ont de la douleur et les valeurs qu'ils y attachent. Ce point semble se vérifier pour le choix des modalités de l'accouchement, le recours aux techniques anesthésiques étant plus fréquent en milieu protestant que catholique. À cet égard, on s'aperçoit que, même si les représentations doloristes n'existent plus, au moins explicitement, dans la théologie catholique contemporaine, elles continuent d'exister dans les attitudes des individus qui en sont imprégnés.

Bien que la souffrance ne soit nullement valorisée dans la théologie protestante, la résolution médicamenteuse de la souffrance psychique est assez largement contestée par les protestants. La volonté de refuser la douleur chez les protestants n'implique donc pas nécessairement un plus grand recours aux médicaments psychotropes. L'explication est à chercher dans un autre champ de représentation. En effet, l'idéologie doloriste catholique ne prend généralement en compte que la souffrance physique, et la souffrance psychique (on l'a vu à propos des médicaments psychotropes) ne fut pas reconnue comme telle pendant longtemps. Même si la psychiatrie est aujourd'hui considérée comme une discipline médicale, les travaux sur la consommation de médicaments psychotropes révèlent que la souffrance psychique garde un statut particulier dans nos sociétés, qu'elle entraîne « dévalorisation sociale et discrédit moral »,

qu'elle est attribuée à une « faiblesse de la personnalité », et qu'elle est considérée comme la « marque d'une déficience personnelle » (Claude Le Pen, 1991, pour qui « cette conception voit dans la prise en charge médicalementeuse l'indice d'une incapacité à surmonter soi-même sa souffrance »).

Cette tendance existe à l'échelle globale de la société française, et parmi les hommes politiques responsables de gérer notre système de santé. C'est ce qui amène Ehrenberg (1991) à dénoncer cette attitude dans les termes suivants : « Décrire les tranquillisants comme "médicaments de confort", alors qu'il ne viendrait à personne l'idée de qualifier de "médicaments de confort" des analgésiques physiques, c'est contribuer à maintenir une barrière ontologique entre la douleur physique et la douleur morale, c'est contribuer au discrédit social et moral qui affecte la douleur psychique, c'est finalement rendre plus difficile la prise en charge thérapeutique de cette douleur, y compris par des moyens non médicamenteux. » Il montre ainsi que, à travers ce débat, c'est la question du statut de la maladie mentale dans notre société qui se trouve à nouveau posée.

La non-prise en considération de la souffrance morale, comme avatar de la souffrance mentale, résolument dissociée de la souffrance physique, semble bien témoigner du dualisme chrétien entre corps et esprit dans nos sociétés<sup>1</sup>. Mais elle est aussi à chercher dans un autre champ de valorisation. Ainsi, la différence d'attitude à l'égard du médicament psychotrope et de l'antalgique chez les protestants peut être rapprochée du fait que la douleur psychique et la douleur physique ne relèvent pas des mêmes champs de l'expérience, et n'impliquent pas les mêmes relations avec la conscience. « Il y a que dans le cas d'une douleur physique que je prends quelque chose mais pas pour une douleur morale ! Il suffit de se donner un coup de pied aux fesses ! » (assistante sociale, protestante).

La frontière entre douleurs physique et psychique n'est, somme toute, pas si tranchée sur un strict plan physiologique, puisque les antalgiques procèdent d'une action sur le système nerveux. Cependant, dans les différents groupes étudiés, les antalgiques ne sont généralement pas assimilés à des médicaments psychotropes — bien qu'à forte dose, certains antalgiques comportent des risques de dépendance psychique —, ni même souvent à de véritables médicaments, en termes de dangerosité ou de toxicité. Ils sont plutôt assimi-

lés à des produits d'hygiène courante et sont d'ailleurs souvent rangés, aux côtés de l'aspirine, avec les désinfectants.

En revanche, aucune réticence n'a pu être notée parmi les juifs et les musulmans quant au traitement de la douleur, physique comme psychique, si ce n'est en regard des effets négatifs qu'un traitement peut avoir, on l'a vu, sur la mémoire pour les uns ou sur le cœur pour les autres, et cela pour les non-croyants comme pour les croyants. S'agissant des juifs croyants, une telle observation s'éclaire à la lumière de ce qu'écrit Langlois (1996b), notant que le judaïsme refuse la douleur au motif que « le corps doit bien fonctionner pour mieux servir Dieu ». On mentionnera sur ce point les remarques formulées par certains médecins à propos du fait que les juifs exprimeraient leurs douleurs et leurs craintes plus ouvertement. Ces remarques sont assorties de déclarations stéréotypées sur l'extraversion supposée des juifs qu'ils associent aux cultures méditerranéennes<sup>1</sup>, oubliées du fait que les juifs ne relèvent pas nécessairement de ces cultures, d'une part (même si la majorité d'entre eux, dans le sud de la France, sont séfarades, c'est-à-dire originaires d'Afrique du Nord), et que cette expressivité ne s'observe pas parmi les ashkénazes, d'autre part. En revanche, plusieurs médecins notent une forte expression de la crainte et de la douleur dans les familles musulmanes, s'agissant en particulier de la santé des jeunes enfants de sexe masculin.

Sur un plan théorique, pourtant, les musulmans croyants valorisent l'endurance, et la plainte est mal venue. Il ne faut « rien dire qui puisse irriter Dieu ». Que révèlent les enquêtes ? S'il semble que les musulmans ne considèrent pas comme un problème le fait de supprimer la douleur et ne mettent pas d'interdit sur l'usage d'analgésiques (arguant de ce que l'usage de l'opium existe depuis bien longtemps), il n'en va pas de même des traitements de la douleur psychique. Ceux-ci empêchent de renforcer le cœur. « L'homme doit être capable de supporter sa souffrance s'il a le cœur sain. » Quoi qu'il en soit, la lutte contre la douleur n'est pas une raison suffisante pour transgresser le Ramadan, car elle est recherchée d'un bien-être et non une nécessité en termes de survie, et les antalgiques ne sont jamais pris pendant le Ramadan, pour ceux qui l'observent.

1. Sur la dichotomisation entre souffrance mentale et souffrance physique en médecine psychosomatique, voir Benoist et Catichebras, 1993.

1. Cette idée d'extraversion de l'expression n'est pas sans rappeler les travaux de Zborowski (1952) sur le caractère culturel des réactions des patients à la douleur. Selon lui, tandis que les juifs et les Italiens répondent à la douleur de manière très émotionnelle, les Américains d'origine anglo-saxonne la supportent avec plus de stoïcisme (voir également Zola, 1966).