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

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 10 (1984)

Heft: 3

Artikel: La construction sociologique face aux représentations des agents

Autor: Gillioz, Lucienne

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-814605

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 24.12.2025

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

Schweiz. Z. Soziol. / Rev. suisse sociol. 3 (1984) 839–852

LA CONSTRUCTION SOCIOLOGIQUE FACE AUX REPRESENTATIONS DES AGENTS

Lucienne Gillioz
Institutions Universitaires
de Psychiatrie
Unité d'investigation sociologique
6, rue du XXXI Décembre
CH–1207 Genève

Mon article "La prévention comme normalisation culturelle" a donc joué un rôle de trouble-fête en jetant un pavé dans la mare tranquille des écrits sur le Programme de prévention des maladies cardio-vasculaires. Du moins si j'en juge par la vivacité des réactions qu'il a suscitées chez les professionnels impliqués dans ce Programme.

Ce qui frappe d'emblée dans les deux critiques qui me sont adressées, c'est le hiatus repérable entre la violence verbale de certaines attaques et la pauvreté des arguments avancés pour les étayer, comme si l'inflation verbale était la mesure de la faiblesse des raisons données. En effet, quand on examine de près le contenu, la logique et la cohérence des critiques qui me sont faites, on ne peut manquer de voir que, le plus souvent, elles ratent leur objet et empêchent l'instauration d'un vrai débat. Soit mes contradicteurs commettent un certain nombre de confusions épistémologiques, se méprennent sur la nature de l'analyse sociologique et le niveau où elle se situe, ce qui fausse la discussion, soit ils ne comprennent simplement pas l'objet de mon analyse et le sens de certains développements et sont amenés à m'imputer des idées et des interprétations que je n'ai jamais soutenues. C'est ce que je vais tenter de clarifier dans ma réponse.

Pour commencer, je me vois donc obligée de rappeler certains préalables d'ordre sociologique et épistémologique – au risque d'ennuyer les lecteurs de la Revue familiers de ces notions – avant de passer à des réponses plus spécifiques.

D'emblée je voudrais indiquer que je ne répondrai pas aux critiques qui relèvent de l'attaque personnelle et de l'imputation gratuite d'intentions – par exemple "feint d'ignorer", "chasse aux sorcières", "encanaillement imaginaire", "intransigeance", etc. – et que je m'efforcerai de situer ma réponse sur le terrain des arguments scientifiques.

1. L'ANALYSE SOCIOLOGIQUE N'EST PAS DE L'ORDRE DE LA CONDAMNATION

Une même idée se retrouve, plus ou moins accentuée, chez mes deux contradicteurs, à savoir que la sociologue "discrédite", "condamne", "jette la pierre". Que les résultats d'une sociologie non complaisante par rapport à la médecine puissent avoir une forte charge critique, je ne le conteste nullement. Seulement, assimiler l'étude des effets sociaux d'une pratique ou d'un discours à une condamnation constitue une totale méprise. La première relève d'une analyse de la réalité, alors que la deuxième ressortit au jugement moral. Rien dans mon texte n'autorise un tel glissement sémantique. Aussi, lorsque pour conclure son propos, J. Martin me reproche

> "la réticence à descendre d'Utopie et d'admettre certaines contraintes dans la manière dont fonctionne notre société"

ce reproche m'apparaît pour le moins paradoxal venant d'un médecin impliqué dans une campagne de prévention, et adressé à une sociologue. Car mon étude n'a-t-elle pas précisément pour but de rappeler, contre l'utopie médicale d'une transformation des mentalités et des comportements, les contraintes du social ? C'est-à-dire les différentes logiques régissant les rapports qu'ont les sujets sociaux au corps, à la santé, à la prévention, l'inertie qu'elles opposent au changement, et les fonctions et significations sociales des pratiques qu'elles déterminent ?

2. LOGIQUES SOCIALES ET LOGIQUES INDIVIDUELLES INTENTIONNELLES

C'est une chose bien connue depuis les fondateurs de la sociologie que l'objet sociologique obéit à d'autres lois que celle de l'intention consciente, et que la sociologie se distingue radicalement d'une psychologie des motiva-

tions ou des intentions. Les logiques sociales, mises en évidence par le travail sociologique, qui sont d'ordre collectif et non individuel, ne résultent donc aucunement des volontés délibérées des acteurs, mais bien des rapports sociaux existant entre ces derniers. Parmi de nombreux textes classiques je citerai ici Durkheim (1897):

> " Nous croyons féconde cette idée que la vie sociale doit s'expliquer non par la conception que s'en font ceux qui y participent, mais par des causes profondes qui échappent à la conscience."

Ainsi quand, par exemple, les sociologues montrent la fonction de sélection sociale assumée par le système scolaire, ils ne prétendent nullement que les enseignants veulent de façon consciente et délibérée éliminer les élèves issus des milieux les plus pauvres en capital culturel; ils constatent simplement que c'est là le résultat du fonctionnement de l'école, et des rapports qu'elle entretient au système social.

Lorsque J. Martin oppose aux effets sociaux de la campagne mis en évidence – homogénéisation et normalisation culturelles, violence symbolique – les intentions des agents et affirme

qu' " il n'y a pas eu volonté a-prioritaire de normaliser les Nyonnaises et Nyonnais . . . dans un moule unique",

il montre par là qu'il confond l'analyse sociologique avec une psychologie des motivations et des intentions. Et quand il ajoute immédiatement après, – à propos des correspondances existant entre le modèle de comportement préventif et le modèle culturel propre aux femmes de couches moyennes et supérieures – que je

> " risque l'erreur classique en épidémiologie de postuler qu'une relation d'association est une relation de cause à effet",

il se méprend également sur le sens de mon argument. Ce que j'ai tenté de montrer, ce sont des rapports d'*homologie,* et non de causalité, entre le modèle préventif promu et les pratiques de certains groupes sociaux, homologie qui est à rechercher dans l'identité ou la proximité des habitus.

Dans le même ordre d'idée, consistant à opposer aux effets des pratiques les intentions des agents, J. Martin, après avoir constaté que ce sont des non-médecins qui ont mené sur le terrain l'action de prévention, déclare que

> " la suggestion faite que, par son action de trois ans, ce groupe d'animation a servi les idéologies dominantes sera ressentie comme blessante, voire insultante par ses propres membres."

Il est fort possible que les membres du groupe d'animation prennent la chose ainsi, mais cela ne saurait remettre en cause le fait qu'une action, axée sur la promotion individualisée de la santé et menée par des agents qui détiennent par délégation des médecins leur pouvoir d'intervention

sur la population, ait toute chance de contribuer à propager la vision individualiste qu'a la médecine des phénomènes de santé et de maladie. Plusieurs sociologues ont d'ailleurs attiré l'attention sur le fait que même des mouvements alternatifs voulant promouvoir une démédicalisation risquent malgré eux de servir le système et l'idéologie médicale. Ainsi W. Fischer (1981) constate:

> "Le risque est donc grand que ces mouvements du self-care reproduisent à un autre niveau les mécanismes du champ médical: former des patients adaptés au système de santé actuel et étendre l'emprise médicale à toutes les sphères de la vie."

C. Herzlich (1984), de son côté, se demande

> "si le mouvement vers une démédicalisation centrale dans ces groupes n'est pas sans ambiguïté. Paradoxalement il peut aller de pair avec un surinvestissement de la notion de santé devenue valeur suprême . . .".

Que par ailleurs le travail d'inculcation ne soit pas le fait des médecins eux-mêmes, mais ait été délégué à des agents de couches moyennes, issus des professions paramédicales ou sociales, représente simplement une condition d'efficacité de l'entreprise d'inculcation culturelle. Il s'agit là d'un cas particulier d'un phénomène bien connu des études de transmission culturelle, à savoir la nécessité de médiateurs entre groupes sociaux différents.

Ph. Lehmann témoigne de la même confusion entre sociologie et psychologie des motivations lorsqu'il me reproche de prêter aux acteurs préventifs des finalités propres dégagées de mon analyse. De plus, il confond intérêts et effets des pratiques

(cf. "Légitimation, normalisation et domination, mais en plus 'accroissement du marché potentiel de la médecine', 'désamorçage des critiques externes', riposte aux thérapies douces . . . tels seraient les intérêts spécifiques du corps médical à promouvoir la prévention!").

Je ne peux donc que renvoyer Ph. Lehmann à mon texte, où il verra que les trois niveaux suivants sont distingués :

a) les finalités explicites des acteurs que l'on peut dégager des déclarations et discours de ces derniers. En l'occurence, les finalités des acteurs sont de promouvoir la santé à travers la lutte contre les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires.

b) Les intérêts sous-jacents à l'entreprise de prévention qui peuvent être à la fois matériels et symboliques. Ceux-ci sont occultés dans le discours des acteurs et doivent être dégagés par l'analyse sociologique. J'en ai recensé de trois ordres: l'accroissement du marché potentiel de la médecine, le désamorçage des critiques externes, l'extension du champ d'application de la médecine comme stratégie de concurrence.

c) Les effets sociaux des pratiques et des discours préventifs qui doivent également être mis en évidence par l'analyse sociologique. J'ai tenté de montrer deux types d'effets sociaux: un effet d'homogénéisation et de normalisation culturelles engendré par l'action de prévention et un effet d'occultation des déterminants sociaux, politiques, économiques des phénomènes de santé et de maladie produit par la centration du modèle de pensée préventif sur les dimensions individuelles de ces phénomènes.

3. LA CONSTRUCTION D'OBJET ET LE STATUT DE LA REALITE EN SOCIOLOGIE

L'épistémologie actuelle est d'accord pour affirmer, contre l'idée positiviste d'une science reflet du réel, que l'objet est toujours construit. Il ne saurait donc y avoir de réalité immédiatement saisissable par la science. Cette construction de l'objet a pour condition première la distanciation par rapport aux représentations et idéologies des agents (Bourdieu, Chamboredon, Passeron, 1973). Cela suppose donc que le sociologue travaillant dans le champ de la médecine, s'il veut parler d'une position sociologique autonome et non "médico-centrée", doit construire son objet *contre la vision qu'en ont les agents du système médical.* Cette condition ne va évidemment pas de soi.

Des critiques découlant d'une épistémologie naïve

Plusieurs critiques qui me sont adressées participent d'une épistémologie naïve qui croit à la transparence du réel, à l'immédiateté du savoir et à la nécessité pour le chercheur d'avoir un *contact direct* avec la réalité étudiée. (cf. entre autres:

"Elle n'a pas visité le Centre de Prévention de Nyon, ni rencontré des responsables, animateurs ou participants de l'action . . .").

Comme si l'objet était un fruit mûr qu'il suffirait de cueillir sur l'arbre de la réalité! Je rappellerai donc ici une remarque tirée du "Métier de sociologue"

". . . l'invention ne se réduit jamais à une simple lecture du réel . . . puisqu'elle suppose toujours la rupture avec le réel et les configurations qu'il propose à la perception." (Bourdieu, Chamboredon, Passeron, 1973).

Par ailleurs, J. Martin me reproche "un éclairage unilatéral et une interprétation systématiquement orientée". Ne faut-il pas voir dans cette critique la réaction d'un acteur qui ne peut se reconnaître dans la construction qui est faite de l'objet ? Et l'unilatéralité du point de vue n'est-elle pas inhérente à la démarche scientifique elle-même, comme le dit Weber ? :

> "Il n'existe absolument pas d'analyse scientifique 'objective' de la vie culturelle ou . . . des 'manifestations sociales', qui serait *indépendante* de points de vue spéciaux et *unilatéraux* *), grâce auxquels ces manifestations se laissent explicitement ou implicitement, consciemment ou inconsciemment, sélectionner pour devenir l'objet de la recherche ou analyser et organiser en vue de l'exposé." (Weber, 1965).

Toujours concernant le problème de l'objet et du rapport à la réalité, je voudrais maintenant examiner d'un peu plus près la logique des arguments développés par Ph. Lehmann pour disqualifier mon analyse et la vider de son contenu de réalité. Ph. Lehmann qualifie ma recherche de

> "description et analyse d'un objet imaginaire, déduit des intentions, objectifs et présupposés théoriques d'un projet d'intervention".

Deuxième naïveté épistémologique à relever : il renvoie à l'ordre de l'imaginaire les intentions, objectifs et présupposés théoriques, qui constituent pourtant des phénomènes parfaitement observables. Se rend-il compte alors de l'impossibilité de tenir une telle position épistémologique ? Toujours est-il que, dans la phrase suivante et en contradiction avec les propos qu'il vient d'émettre, il adopte une position inverse et déclare que les textes de projets, déclarations d'acteurs préventifs, etc. "constituent un objet théorique réel". Voilà donc mon étude lestée d'un petit poids de réalité ! Sa tactique consiste alors à réduire mon article à l'analyse d'un discours et à me reprocher de n'avoir pas fait ce que lui considère comme la "vraie" sociologie d'une "vraie" réalité, à savoir l'étude des "processus d'apprentissage, d'institutionnalisation, de professionnalisation, de communication, d'évaluation, etc. . ."

L'incompréhension de l'objet

En fait, il semble que Ph. Lehmann n'a pas compris que l'objet de ma recherche était les effets sociaux d'une *pratique* de médecine préventive. Contrairement à ce qu'il affirme , ce ne sont pas seulement les "intentions, objectifs et présupposés théoriques" qui sont au centre de mon analyse, mais bien une entreprise de prévention concrète qui s'est déroulée dans un espace-temps délimité (Nyon, 1977–1980) et qui a mis en œuvre

*) *souligné par moi*

tout un ensemble d'actions bien réelles: ouverture d'un centre de prévention, mise sur pied de groupes de sensibilisation aux facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, organisation de deux kermesses du cœur, examens de santé gratuits, etc. Ne voir dans tout cela que des intentions ou objectifs constitue simplement un déni de réalité.

Dans le même ordre d'idée consistant à déréaliser mon étude en lui contestant une référence à la réalité, Ph. Lehmann me reproche de transposer des modèles sociologiques, notamment celui de L. Boltanski, sans faire référence à la culture propre à la collectivité concernée. Je laisse volontairement de côté pour l'instant la question des résultats statistiques que je traiterai en détail plus loin. Je me contenterai de signaler ici une étrange incohérence de la position de Ph. Lehmann. Dans un article intitulé "Attitudes face à la santé et à la prévention" et portant précisément sur la communauté nyonnaise, celui-ci conclut son propos par la constatation suivante:

> "Les observations faites par cette recherche rejoignent les études classiques françaises et américaines (7–12) de sociologie de la médecine et de la santé en montrant des polisarisations culturelles des attitudes relatives à la santé, généralement constatées entre catégories socio-économiques" (Lehmann, 1984).

Or, si l'on regarde à quelles études renvoient les références 7–12, on y trouve précisément deux travaux classiques de L. Boltanski. Si donc le système explicatif de ce dernier est pertinent pour rendre compte des modèles culturels en matière de santé et de maladie de la population nyonnaise, la critique de Ph. Lehmann n'a plus de raison d'être.

Le sociologue et le respect de l'objet

Le fait d'avoir mis en évidence, après bien d'autres, un modèle culturel corporel propre aux couches populaires, me vaut le reproche de respect qui tend à la réification, à la légitimation et au fétichisme de cette culture. Il n'y a pas grand'chose à répondre à un reproche qui ne repose sur aucun argument solide. Je dirai simplement ceci: la culture des couches populaires est ce qu'elle est et ne mérite de la part du sociologue ni plus ni moins de respect que n'importe quelle autre culture. Que Ph. Lehmann en vienne à considérer comme exagéré et inacceptable cet élémentaire respect de son objet n'a rien d'étonnant chez un sociologue qui peut écrire à propos précisément du "modèle sanitaire de la classe populaire-ouvriers":
Et pour étayer son affirmation Ph. Lehmann précise:

> "Les membres de la classe populaire pratiquent moins de sport, s'intéressent moins aux campagnes de prévention, fréquentent moins les médecins et utilisent moins de remèdes domestiques que tous les autres groupes sociaux" (Lehmann, 1984).

Ce parfait exemple d'ethnocentrisme médical et de classe – qui, ne pouvant appréhender une culture étrangère que dans les catégories du manque ou de l'insuffisance, lui dénie toute spécificité – constitue peut-être une des clés permettant de comprendre la critique, paradoxale pour un sociologue, que m'adresse Ph. Lehmann.

4. ARBITRAIRE CULTUREL ET VIOLENCE SYMBOLIQUE

Les concepts d'arbitraire culturel et de violence symbolique appliqués à l'entreprise de prévention ont suscité chez mes contradicteurs de vives réactions. Or, je crains fort que ces derniers ne se soient plus attachés à la charge idéologique que peuvent receler ces termes qu'au sens précis qu'ils véhiculent dans le contexte sociologique où ils ont été employés. Est-il nécessaire de redire ici que violence symbolique n'a pas été utilisé pour décrire les attitudes des médecins, comme paraît penser J. Martin (cf. "archétype du médecin paternaliste et omniscient"), puisque ce n'est pas au niveau des atttudes et comportements personnels que je me place, mais bien au niveau du système des relations sociales existant entre une institution de prévention et les groupes sociaux. Je préciserai donc que les termes d'arbitraire culturel et de violence symbolique sont employés à la suite de Bourdieu et Passeron (1970) – qui les ont forgés pour analyser les fonctions du système d'enseignement – dans le sens suivant:

Arbitraire culturel désigne tout contenu culturel imposé comme légitime et ne pouvant être déduit d'aucun principe universel. Certes, les médecins contesteront cette notion d'arbitraire, puisque, diront-ils, les contenus inculqués s'appuient sur des fondements scientifiques. Même en admettant que la causalité des associations statistiques mises en évidence par l'épidémiologie soit parfaitment établie, il n'en reste pas moins que ce n'est pas au nom de la science – de laquelle ne peut être déduit aucun principe guidant les conduites humaines – mais bien de la *valeur santé* que l'on se propose de modifier les attitudes et comportements des individus. Or, il s'agit là d'une valeur relative, dont l'importance varie selon les sujets sociaux, et à laquelle peuvent parfaitement être préférées d'autres valeurs concurrentes, comme le bien-être immédiat, l'intensité du moment plutôt que la longue durée, ou la fidélité à la culture de son groupe d'origine.

Violence symbolique renvoie à l'effet du double arbitraire de l'imposition symbolique (imposition par un pouvoir arbitraire d'un arbitraire culturel se présentant comme légitime).

En me servant de ces notions, je n'ai donc fait qu'utiliser des instruments conceptuels tout à fait usuels dans certains courants sociologiques.

Ph. Lehmann se donne beaucoup de peine pour démontrer que l'idéologie individualisante du Programme de prévention qui occulte les dimensions collectives des phénomènes de santé et de maladie n'entraîne pas un effet d'homogénéisation des comportements et que proférer un discours idéologique ne constitue pas une violence ou une normalisation. Qui a jamais prétendu cela ? L'argument de Ph. Lehmann découle d'une incompréhension de la logique sociologique que j'ai développée, incompréhension qui l'amène à confondre deux niveaux pourtant bien distincts dans mon analyse.

- Premier niveau (cf. point 1 : l'inculcation d'un arbitraire cultuel). Les notions d'homogénéisation et de violence symbolique apparaissent dans mon texte à la page 58 et sont utilisées pour décrire les effets sociaux d'une pratique de prévention qui consiste à généraliser à l'ensemble de la population des modèles culturels propres à certains groupes sociaux.

- Deuxième niveau (cf. point 2 : l'idéologie inhérente au modèle médical de référence). Je traite aux pages 70 et 72 de l'idéologie caractéristique du modèle médical, qui porte à se centrer sur les dimensions corporelles et individuelles de la santé et de la maladie et je mets en évidence la fonction sociale de cette idéologie : occulter les déterminants économiques, sociaux, politiques de la santé et de la maladie et neutraliser ainsi tout une série d'enjeux socio-politiques.

Autre erreur à relever : je n'ai jamais prétendu, comme le voudrait Ph. Lehmann, que les discours préventifs en général soient centrés uniquement sur les facteurs de risque comportementaux et fondés sur la seule stratégie de persuasion des individus. La mention à la p. 38 d'autres types de prévention n'ayant rien à voir avec les facteurs de risque comportementaux aurait dû empêcher toute équivoque.

Je relèverai enfin une dernière méprise de Ph. Lehmann. Partant d'une phrase de mon texte qui dit :

> "En cela la campagne préventive se situe dans la continuité de son ancêtre, le mouvement d'hygiène sociale, promu au siècle dernier dans le but de normaliser et d'éduquer les classes populaires",

Ph. Lehmann me reproche d'occulter les mouvements sociaux et populaires ayant lutté pour l'amélioration de la santé. Sa critique montre qu'il se méprend sur ce dont je parle. Dans la phrase citée, je fais allusion à un fait historique pourtant bien connu, le mouvement prophylactique et hygiéniste, impulsé principalement par les médecins, et qui visait à un contrôle sanitaire, social et moral des populations (cf. entre autres B.-P. Lécuyer (1977), J.-P. Peter (1975–1976), R. Castel (1976), P. Perrot (1984). Que par ailleurs se soient développées des luttes populaires pour la santé, dans une tout autre ligne que le mouvement hygiéniste, c'est une chose églament bien connue, mais qui n'a rien à voir avec ce que je voulais montrer: que la prévention médicale actuelle ne se situe pas en rupture, mais en continuité par rapport aux premières formes de médecine publique du XIXème siècle. Pour illustrer mon propos je citerai ici l'historien Perrot:

> "Car désinfecter la pauvreté, c'est non seulement lui donner une santé vigoureuse, une aptitude accrue au travail et à la guerre, mais c'est encore la défaire de sa 'barbarie' lui faire intéroriser les normes qui la soumettent aux représentations et aux comportements dominants (hygiène, sobriété, sédentarité, ordre, familialisme, épargne, etc.) sans qu'elle puisse jamais les vivre vraiment, puisque subsisteront toujours l'écart économique et ses conséquences culturelles".

En guise de conclusion à ce point d'histoire, Ph. Lehmann souligne, dans un bel élan d'œcuménisme, l'harmonieuse convergence des discours médicaux, politiques et populaires sur la nécessité de la prévention individuelle et collective. Entendue dans un sens si général, la prévention ne peut, comme la paix, que faire l'unanimité. Il n'empêche que les contenus concrets que les différents groupes sociaux donnent à ce terme ne sont pas identiques. Ainsi, quand les syndicats parlent de prévention, ils visent avant tout l'évitement des accidents et maladies professionnels par l'amélioration des conditions de travail et des mesures de sécurité sur les lieux de travail (USS, 1983; CSC, 1981).

5. RESULTATS STATISTIQUES: LA PRESENCE DES ABSENTS

Ph. Lehmann, concentrant son attention sur la seule analyse typologique, remarque que les quatre types dégagés ne représentent que 44 % de la population investiguée et s'exclame: "Où sont les 56 %?". S'intéressant à ces derniers et constatant que ceux-ci donnent des réponses identiques à celles de la population totale, il conclut à une faible différenciation des habitudes

et poursuit en mettant en question les analyses qui partagent l'espace du corps (il s'agit en fait de l'espace des pratiques corporelles) en territoires antagonistes. Le problème soulevé ici appelle plusieurs précisions et remarques:

1) La mise en évidence d'un espace des pratiques corporelles, articulé à un espace social est faite dans mon article à travers les résultats de l'*analyse en composantes multiples,* visualisés par le graphique présenté p. 48–49, résultats qui ont pris en compte l'*ensemble de la population étudiée* (N = 2750). Sur ce graphique apparaissent très clairement les positions opposées qu'occupent sur le premier axe les hommes et les femmes et sur le deuxième axe les couches moyennes et supérieures d'une part et les couches populaires d'autre part qui comprennent aussi les personnes âgées à faibles revenus et à faible niveau d'instruction. Ces résultats démentent donc l'affirmation de Ph. Lehmann selon laquelle "on ne saurait facilement attribuer un modèle corporel à une classe sociale ou à un genre".

2) L'utilisation de types, issus de l'analyse discriminante, avait essentiellement une fonction heuristique et visait à approfondir l'analyse sur certains aspects, *sans souci d'exhaustivité.* Plus précisément, il s'agissait de montrer, à propos de certains groupes, les correspondances existant entre configurations de pratiques et configurations de traits sociologiques. Et c'est volontairement que je n'ai retenu que les groupes les plus typés, dont je n'ai jamais prétendu qu'ils fussent majoritaires. De même je n'ai jamais identifié de façon simpliste, comme Ph. Lehmann le laisse entendre, "réfractaires" à couches populaires ou "prédestinées" à femmes des couches moyennes ou supérieures. Ce que j'ai montré, ce sont des affinités entre certains types de pratiques et certaines caractéristiques sociologiques.

La constatation que les absents donnent des réponses proches de celles de la population totale est assez banale, quand on sait que ceux-ci représentent un poids de 56 % dans l'ensemble de la population étudiée. Cela ne signifie pourtant pas que leurs comportements soient uniformes et indifférenciés, mais qu'ils varient plus ou moins autour d'une moyenne. Il est évident que les comportements extrêmes ne peuvent être que neutralisés dans des chiffres qui reflètent avant tout les tendances moyennes de ce sous-ensemble.

Cela dit, il est vrai que le matériel sur lequel on a travaillé n'est pas très différencié; cela s'explique fort bien par certains raisons que j'avais déjà indiquées et que je vais rappeler ici.

3) Les résultats empiriques de l'enquête ne peuvent se comprendre et s'interpréter correctement sans tenir compte du mode de constitution de la population étudiée. Il faut rappeler que celle-ci est formée à 90 % de participants spontanés, donc nullement représentatifs de l'ensemble de la population nyonnaise, les couches moyennes y étant surreprésentées, tandis que les fractions inférieures des couches populaires y sont fortement sous-représentées (cf. Gillioz, 1980). Aussi n'est-il pas étonnant que dans *l'ensemble* la population étudiée présente des comportements relativement proches des comportements préventifs prônés. Ce type de réflexion semble étrangère à Ph. Lehmann qui se permet de parler de "population nyonnaise", là où en toute rigueur il devrait dire "population nyonnaise de l'enquête non représentative de l'ensemble". Aussi, quand il prétend observer

"qu'en fait les populations, nyonnaise en particulier, circulent dans un espace de consommation et d'attitudes qui tendent à s'uniformiser"

il pourrait bien se laisser prendre au piège d'un artefact méthodologique directement imputable au mode de constitution du matériel observé.

5) Lorsque par un revirement inattendu et contradictoire par rapport à sa position antérieure, Ph. Lehmann concède que la prévention pourrait faire violence, il minimise celle-ci en prétendant qu'elle ne concernerait que 11 % de la population enquêtée, à savoir les "réfractaires". Ce faisant, il oublie:

a) qu'un certain nombre d'individus recensés dans l'enquête ont un profil de comportement qui se rapproche des "réfractaires";

b) mais surtout que l'enquête ne concerne qu'un quart de la population nyonnaise, et pas n'importe quel quart, puisque ce sont les individus dont les comportements sont les plus en affinité avec le modèle sanitaire préventif qui ont été touchés. On peut donc penser qu'une forte proportion des individus qui ont boudé la campagne et ses activités sont précisément ceux dont les comportements et attitudes sont le plus en décalage par rapport à l'idéal préventif prôné. La violence symbolique de l'action de prévention et les coûts qu'elle exige sont donc beaucoup plus importants que Ph. Lehmann veut bien l'admettre.

*

* *

La polémique qui s'est engagée à propos de "La prévention comme normalisation culturelle" aura au moins un mérite: exemplifier une notion centrale de la sociologie de la connaissance, à savoir que le lieu social d'où l'on parle détermine le point de vue sur l'objet. A cet égard il est intéressant de constater que la ligne de partage des positions en présence ne passe pas tant par les disciplines des chercheurs (médecine et sociologie) que par leur insertion institutionnelle. C'est celle-ci finalement qui rend compte de la posture épistémologique prise: identification ou distance par rapport à la campagne de prévention et à ses enjeux.

BIBLIOGRAPHIE

BOURDIEU, P. & PASSERON, J.–CL. (1970), "La Reproduction" (Minuit, Paris).

BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J.–C. & PASSERON, J.–CL. (1973), "Le métier de sociologue" (Mouton, Paris / La Haye).

CASTEL, R. (1976), "L'ordre psychiatrique". L'âge d'or de l'aliénisme (Minuit, Paris).

CONFEDERATION DES SYNDICATS CHRETIENS DE LA SUISSE (1981), Humanisation du milieu de travail. Thèmes du Congrès 1981 (Ed. CSC, Berne).

DURKHEIM, E. (1897), Essais sur la conception matérialiste de l'histoire, *Revue Philosophique,* Vol. **XLIV** (Décembre 1897) (22è année).

FISCHER, W. (1981), Domination médicale et stratégies alternatives pour la santé. *POUR,* **78** (mai / juin 1981) 13–18.

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

HERZLICH, CL. (1984), "Malades d'hier, malades d'aujourd'hui" (Payot, Paris).

LECUYER, B. P. (1977), Médecins et observateurs sociaux: les annales d'hygiène publique et de médecine légale (1820–1859), *Pour une histoire de la statistique* (Imprimerie Nationale, Paris).

LEHMANN, PH. (1984), Attitudes face à la santé et à la prévention, *Médecine & Hygiène,* **42** (1984) 424–429.

PERROT, PH. (1984), "Le travail des apparences ou les transformations du corps féminin XVIIIè–XIXè siècle" (Seuil, Paris).

PETER, J.–P. (1975–76), Le grand rêve de l'ordre médical en 1770 aujourd'hui, *Autrement,* **4** (Hiver 1975–76).

UNION SYNDICALE SUISSE (1983), "Sécurité et santé au travail". Propositions de l'Union syndicale suisse pour une meilleure protection des travailleurs (Documents de l'Union syndicale suisse).

WEBER, M. (1965), "Essais sur la théorie de la science" (Plon, Paris).