

Zeitschrift:	Ethnologica Helvetica
Herausgeber:	Schweizerische Ethnologische Gesellschaft
Band:	17-18 (1993)
Artikel:	Passage d'un système de soins à un système de santé : l'exemple du mal de dos
Autor:	Perrin, Eliane
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-1007604

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: 07.01.2026

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

Passage d'un système de soins à un système de santé L'exemple du mal de dos

Problématique

Dans les sociétés occidentales développées, la santé est devenue une des valeurs centrales¹: il ne suffit plus de l'avoir («l'important, c'est d'avoir la santé») ou de la retrouver lorsqu'on est malade («guérir») mais il faut lutter en permanence pour la conserver lorsqu'on l'a, en faisant du sport, des régimes, en modifiant ses habitudes alimentaires, son hygiène (Perrin 1984, 1991). Les coûts de la santé ne cessent de croître, signifiant par là la place que nos sociétés lui accordent. La prise en charge de problèmes de tous ordres tend à se médicaliser: aux normes de vie provenant des habitudes familiales et communautaires se superposent des normes définies par la médecine. La Suisse, comme un certain nombre d'autres pays riches occidentaux, est passée d'un système de soins à un système de santé. Il ne s'agit pas d'un simple glissement sémantique. Ce changement de dénomination est lié à l'apparition de politiques de prévention (vaccins, campagnes de dépistage et de prévention). Les pays riches ont instauré des systèmes de couverture sociale (assurances obligatoires, sécurité sociale, gratuité des soins, etc.) qui participent largement à ce passage d'un état d'esprit où l'on attend d'être malade pour consulter et se soigner à celui où l'on

¹ Cet article est rédigé sur la base des premiers résultats d'une recherche intitulée «Facteurs liés aux douleurs du dos chez les employés d'une entreprise avec évaluation d'une intervention préventive. Comparaison avec un groupe de lombalgiques chroniques», menée dans le cadre du PNR 26B (No 4026-27065). Les requérants principaux sont le Professeur T. L. Vischer (Division de Rhumatologie, Hôpital Cantonal Universitaire de Genève), W. Fischer, sociologue (Unité d'Investigation Clinique et Sociologique, Institutions Universitaires de Psychiatrie de Genève), J. Robert, Dr. en Chiropratique (Institut d'Etudes Supérieures des Chiropraticiens à Berne). L'équipe interdisciplinaire comprend, en plus des trois requérants cités ci-dessus, le Dr E. Roux, rhumatologue, C. Cedraschi, C. Degive, S. Rossel Grimm, R. Besozzi, psychologues, D. Glauser, D. Goerg et l'auteur de cet article, sociologues.

consulte et où l'on se soigne avant d'être malade. Cependant il existe encore en Europe des pays qui n'ont pas franchi ce pas.

La santé et la maladie comme construction sociale et culturelle

Confrontée aux maladies, chaque société édicte des normes d'hygiène, de comportement, dans le but de les éviter. Chacune propose des filières de soins et des types de thérapies visant à les soigner, les enrayer ou les accompagner. À travers ses consignes et ses institutions thérapeutiques, chaque société définit implicitement les limites du normal et du pathologique. Très schématiquement, nos sociétés sont passées de conceptions où la maladie fait irruption de l'extérieur, brutalement, dans l'existence d'un individu en bonne santé, introduisant une rupture dans sa vie, à des conceptions où la maladie est potentiellement toujours présente, menace, sommeille à l'intérieur de chaque individu en bonne santé. Le passage d'un état à l'autre se fait insensiblement et de manière continue (on ne «tombe» plus malade, on le devient). Il fait partie des processus d'acculturation ou d'intégration.

Ces conceptions peuvent coexister dans une même société et se traduisent par des comportements à l'égard de la santé et de la maladie à travers lesquels nous avons tenté de repérer des processus de changement. Ces processus participent à l'acculturation ou à l'intégration. Nous nous situons donc dans la même perspective que les travaux de chercheurs comme Herzlich (1969), Boltanski (1974), Bourdieu (1977) et bien d'autres.

Les modèles d'inconduite ou modes d'emploi abusif

Si toutes les sociétés édictent des normes et transmettent à leurs membres des conceptions de la santé et de la maladie, elles leur signalent également comment y déroger. Les travaux menés dans les années trente en ethnologie sociale par Linton (1936), poursuivis en ethnopsychiatrie et en anthropologie sociale par des chercheurs comme Devereux (1970) et Nathan (1977), ont ouvert et précisé cette piste. La constatation de base de ces travaux est la suivante: toutes les sociétés transmettent à leurs membres de mille manières le message suivant (Linton 1936): «Ne sois pas malade! Mais si tu dois absolument l'être, sois-le de telle et telle manière, voilà comment il faut t'y prendre».

Linton appelle cela des «modèles d'inconduite» ou des «modes d'emploi abusif» permettant aux individus de répondre aux situations de stress, de tensions extrêmes, lorsqu'ils ne peuvent plus faire face. Pour qualifier ces modèles sociaux d'inconduite, les ethnopsychiatres utiliseront par la suite d'autres termes comme «désordres ethniques» ou «désordres-types» (Devereux 1970), ou comme «modèles culturellement préfabriqués de symptômes» et «prêts-à-porter culturels de symptômes» (Nathan 1977). Dans cet article, nous utiliserons le concept de «modèles sociaux d'inconduite» car nous sommes, en Europe, dans des sociétés pluriculturelles ouvertes (et non dans des sociétés monoculturelles fermées comme celles dont parlait Devereux); de plus, en ces temps de désordres et de «purification», le terme «ethnique» a pris des résonances étrangères aux concepts proposés par Devereux.

Ces modèles d'inconduite proposent des symptômes socialement acceptables, reconnaissables et reconnus par ceux qui les endosseront ainsi que par leur entourage, leur milieu professionnel, les assurances sociales, etc. Les proches savent comment se comporter à l'égard de ceux qui présentent ces symptômes et le système de santé propose des professionnels censés savoir les soigner. En d'autres termes, ce sont des formes de déviance acceptables, qui ne créent pas de troubles sauf pour la personne qui en est affectée et qui en souffre réellement. Bien entendu, celle-ci n'effectue pas un choix conscient et mûrement réfléchi. Ces mécanismes sont inconscients même si ces propositions de modèles d'inconduite sont sociales.

Les lombalgie banales comme modèles d'inconduite

Il est fort probable que les hommes et les femmes ont toujours eu, de temps à autre, mal au dos. Il est fort probable que ce que les études épidémiologiques et les médias nous présentent aujourd'hui comme le «mal du siècle» en raison de sa prévalence – entre 60% et 80% des individus des sociétés occidentales sont victimes au moins une fois dans leur existence de lombalgie (Frymoyer, Pope, Clemens [et al.] 1983) – tient essentiellement au fait que le mal de dos est devenu une maladie reconnue socialement et culturellement. Parmi les 60 à 80% d'individus ayant eu mal au dos, 5 à 20% deviennent chroniques (Kelsey et White 1980). Nous pourrions tenir le même propos au sujet des céphalées banales, de la dépression légère ou d'autres affections.

La définition médicale des lombalgie banales procède par exclusion: il s'agit de douleurs d'origine mécanique sans maladie spécifique (maladie dégénérative, inflammatoire, fracture, malformation congénitale, etc.). En résumé, la plupart des personnes souffrent de douleurs du dos, sans que l'arsenal de moyens d'investigations dont dispose actuellement la médecine de pointe occidentale (radiographie, scanner, résonance magnétique nucléaire, etc.) n'arrive à définir de causes précises.

Des études sur le terrain effectuées par des médecins spécialistes des lombalgie, comme Waddell (1987) au Moyen-Orient et Anderson (1987) dans le Sud de l'Asie, ont montré que si ces populations souffraient de lombalgie, celles-ci ne correspondaient que très rarement à un handicap dans la vie quotidienne. Elles ne sont devenues une maladie qu'après l'introduction de la médecine occidentale. Ils en concluent que les conséquences invalidantes des lombalgie constituent une épidémie typiquement occidentale. C'est donc la médecine occidentale, avec l'ouverture de consultations médicales pour les lombalgiques en particulier, qui a conféré le statut social officiel de maladie à des douleurs bien connues et en a fait un modèle d'inconduite. Les maux de dos sont devenus un «prêt-à-porter culturel de symptômes», une raison légitime non seulement de se soigner mais aussi de ne plus se livrer à un certain nombre d'activités.

Mise à l'épreuve sur une population multiculturelle

A partir de cette problématique, il nous a paru intéressant d'effectuer une analyse des données recueillies dans le cadre du projet de recherche sur les lombalgie chroniques cité au début de cet article. Cette recherche se déroule depuis 1990 dans une grande entreprise du secteur tertiaire à Genève. Elle se terminera en 1993.

L'hypothèse centrale de cette analyse secondaire consiste à considérer les natifs comme dépositaires de la culture d'accueil dominante, notamment en matière de santé et de maladie, parfaitement au courant des normes et des comportements socialement acceptés et acceptables, des modèles d'inconduite et de leur mode d'emploi. Au contraire, les immigrés de fraîche date seraient dépositaires d'autres cultures; ils se comporteraient selon des normes et des modèles d'inconduite appris dans leurs pays d'origine, même s'ils sont en voie d'acculturation ou d'adaptation.

L'échantillon de population pris en considération ici est constitué de 284 personnes de diverses nationalités interviewées en 1990 et 1991. Les Français (35%) sont les plus nombreux, en grande majorité frontaliers (Savoie, Haute-Savoie, Ain). Les Suisses (20%), les Portugais (19%), les Espagnols (15%) et les Italiens (8%) constituent les autres groupes importants. Les autres nationalités regroupées ne représentent que 3% de l'ensemble.

Comparer natifs et immigrés de fraîche date

Pour mettre à l'épreuve notre problématique, nous avons délibérément choisi d'opposer deux sous-populations extrêmes de notre échantillon: les natifs, Suisses et Français nés à Genève ou en France voisine, et les immigrés non francophones arrivés en Suisse depuis moins de 10 ans.

Une variable combinant nationalité et durée d'établissement à Genève ou dans la région limitrophe nous permet de distinguer quatre sous-populations, dont celles qui retiendront notre attention (tableau 1).

Tableau 1: population

	N	%
Natifs (Suisses et Français nés dans la région)	76	27%
Suisses et Français s'étant établis dans la région	85	30%
Immigrés s'étant établis dans la région (Français exceptés) arrivés depuis 10 ans et plus	84	29%
Immigrés de fraîche date (Français exceptés) arrivés depuis moins de 10 ans	39	14%
Total	284	100%
Total natifs + immigrés récents	115	41%

Les immigrés de fraîche date proviennent en grande majorité du Portugal (28 sur 39 soit 72%). Une minorité vient d'Espagne (8 sur 39 soit 20%) et les autres (3 sur 39 soit 8%) sont d'origines diverses. Ce groupe est donc relativement homogène.

Compte tenu de la taille de nos deux sous-populations, notre analyse ne peut être que qualitative. Lorsque nous utilisons des pourcentages, c'est pour permettre la comparaison et non pour masquer la petite taille de nos effectifs. Et bien entendu, nous ne faisons qu'esquisser des tendances.

Principales caractéristiques des deux groupes

Le groupe des natifs est formé de trois quarts d'hommes alors que celui des immigrés de fraîche date compte autant de femmes que d'hommes (tableau 2).

Tableau 2: sexe

	Natifs	Immigrés
Total	N = 76	N = 39
M	77%	51%
F	23%	49%

Tableau 3: âge

	Natifs	Immigrés
Total	N = 76	N = 39
- de 40 ans	56%	90%
+ de 40 ans	44%	10%

Le groupe de natifs est plus âgé: il compte quatre fois plus de personnes de 40 ans et plus. En revanche, la grande majorité des immigrés de fraîche date a moins de 40 ans (tableau 3).

Enfin deux tiers des natifs occupent des postes d'ouvriers et le dernier tiers des postes supérieurs, y compris des postes de direction alors que les immigrés de fraîche date ont tous des postes d'ouvriers (tableau 4).

Tableau 4: situation professionnelle

	Natifs	Immigrés
Total	N = 76	N = 39
Ouvriers	62%	100%
Postes supérieurs	38%	---

Ces caractéristiques de sexe, d'âge et de situation professionnelle jouent sans doute un rôle sur l'état de santé «objectif», comme le montrent les grandes études épidémiologiques. Le groupe de natifs, plus âgé, devrait être plus touché par la maladie, mais son statut professionnel et son niveau socio-économique plus élevés sont censés lui permettre de vivre dans de meilleures conditions. A l'inverse, le groupe d'immigrés de fraîche date est plus jeune, donc devrait être en meilleur état de santé. Mais il est plus féminin et nous savons bien que, pour toute une série de raisons (consultations médicales liées aux maternités et aux accouchements considérés comme des problèmes de santé, absences pour maladie des mères qui sont en réalité des absences pour maladie des enfants, doubles journées de travail, rapport au corps plus attentif, etc.), les femmes ont tendance à consulter plus fréquemment que les hommes. Et le statut socio-professionnel de ce groupe le met dans une situation économique plus précaire. Facteurs contradictoires donc dans les deux groupes.

D'autre part, on peut penser que si les jeunes n'ont pas la même expérience de la santé et de la maladie que leurs aînés, ils n'en ont pas non plus les mêmes représentations. De même, les ouvriers n'ont pas forcément les mêmes représentations que les cadres.

Ces constats nous ont amenés à vérifier systématiquement lors de nos comparaisons si les réponses s'expliquaient bien par des différences culturelles et non par celles liées à l'âge ou à la situation professionnelle. Si l'âge ou la situation professionnelle jouent un rôle, nous le signalons. Sinon nous les passons sous silence.

Cultures et maux de dos

La différence de culture entre les deux groupes est-elle perceptible à travers leurs réponses à des questions portant sur leurs problèmes de santé autres que de dos, les maux de dos, leur localisation, leur rythme, la consommation médicale (indicateur comprenant les consultations, les soins et les médicaments), les recettes personnelles utilisées pour souager de telles douleurs ? (tableau 5)

Natifs et immigrés semblent souffrir également de maux de dos. Les natifs, dépositaires de la culture dominante d'accueil, décrivent leurs maux de dos comme des épisodes (revenant à des rythmes variables) lombalgiques (situés en bas du dos) justifiant que l'on consulte des médecins et que l'on consomme des médicaments.

De leur côté, les immigrés de fraîche date, d'origine portugaise ou espagnole, signalent, hormis le mal de dos, davantage d'autres problèmes de santé que les natifs. Ils définissent les maux de dos comme quotidiens lorsqu'ils sont jeunes, constants lorsqu'ils sont plus âgés, située en bas (lombalgie) ou en haut (dorsalgie, cervicalgie) du dos. Pour un tiers d'entre eux, surtout les jeunes, les soins sont synonymes de repos. Ces douleurs justifient une consommation médicale qui est toutefois moins importante que celle des natifs.

Il est frappant de constater que la définition des maux de dos des natifs est très proche de celle de la médecine actuelle. Elle correspond à celle des lombalgies banales avec des épisodes aigus et des phases de rémission. Les cadres plus que les ouvriers ont intégré les conseils médicaux recommandant l'activité plutôt que le repos et l'alimentation, comme c'était le cas autrefois. En effet, l'inactivité est aujourd'hui considérée comme un facteur plutôt aggravant. Leur définition correspond au modèle d'inconduite diffuse dans notre culture.

Au contraire, celle du groupe d'immigrés, tous ouvriers, en est éloignée. Moins précise, proche d'une sensation de fatigue douloureuse quotidienne lorsqu'ils sont jeunes, elle devient un mal constant lorsqu'ils sont plus âgés. Le mal de dos ne paraît pas structuré comme

Tableau 5: problèmes de santé, consommation médicale, recettes personnelles

	Natifs	Immigrés
Autres problèmes de santé: Aucun Autres problèmes de santé:	N = 76 76% 24%	N = 39 59% 41%
Maux de dos: N'ont jamais eu mal au dos Ont déjà eu mal au dos	N = 76 18% 82%	N = 39 23% 76%
Localisation des maux de dos: Lombalgies seules Lombalgies et/ou dorsalgie et/ou cervicalgies Dorsalgies et cervicalgies	N = 62 74% 21% 5%	N = 30 53% 20% 27%
Rythme des douleurs: Douleurs constantes Une fois par jour Par épisodes	N = 46 11% 17% 72%	N = 25 20% 40% 40%
Consommation médicale: Aucune Consommation médicale	N = 76 19% 81%	N = 39 41% 59%
Recettes personnelles: Sports, activités physiques Bains chauds, pommades, massages Repos Pas de recettes personnelles	N = 76 16% 23% 16% 45%	N = 39 15% 18% 26% 41%

une maladie mais comme une forme particulière d'épuisement qui nécessite que l'on se repose, ou comme un mal définitivement installé, lié au vieillissement.

Les maux de dos constituent-ils un modèle d'inconduite efficace pour se reposer, s'absenter du travail? Un indicateur regroupant toutes les

absences pour maux de dos sur deux ans nous donne une réponse nuancée (tableau 6).

Tableau 6: absentéisme pour maux de dos (sur deux ans)

	Natifs	Immigrés
Total	N = 76	N = 39
Jamais absents	78%	77%
Absents moins d'une semaine	12%	5%
Absents plus d'une semaine	10%	18%

Plus des trois quarts des deux groupes n'ont jamais été absents pour mal de dos. Les différences entre natifs et immigrés sont très faibles; les natifs auraient une légère tendance à être absents moins longtemps que les immigrés. Parmi ces derniers, ce sont les plus âgés qui ont été absents plus d'une semaine. En dehors d'épisodes aigus, les douleurs du dos ne semblent pas justifier de congé de maladie.

Cultures et représentations du mal de dos

Dans la première partie de notre questionnaire, nous avons posé aux participants une série de questions d'ordre plus général, ne les impliquant pas personnellement, sur la santé et la maladie, les raisons du mal de dos en général et les conseils qu'ils pourraient donner à d'autres. Ces questions nous donnent accès à leurs représentations.

La question concernant les conseils était double. La première était formulée de la manière suivante: «Si quelqu'un qui n'a jamais eu mal au dos s'adresse à vous et vous demande ce qu'il faut faire pour éviter de souffrir du dos, qu'est-ce que vous lui donneriez comme conseil?» Et la deuxième: «Si quelqu'un qui a toujours mal au dos s'adresse à vous et vous demande ce qu'il faut faire pour que cessent ses douleurs, qu'est-ce que vous lui donneriez comme conseil?» (tableau 7).

Tableau 7: conseils

	Natifs	Immigrés
Donnent des conseils:	N = 76	N = 39
Ne sait pas, ne répond pas	29%	51%
Faire du sport, de la gym, se muscler	16%	18%
Eviter de porter des charges	5%	15%
Faire attention aux positions	13%	8%
Conseils concernant le mode de vie (vêtements, alimentation, literie)	16%	3%
Continuer de la même manière	21%	5%
Conseils à quelqu'un qui a toujours mal au dos:	N = 76	N = 39
Ne sait pas, ne répond pas	8%	18%
Se soigner, suivre un traitement	54%	44%
Activités physiques, sport	21%	5%
Travail: changer la façon de travailler, changer de travail, arrêter, se reposer	13%	31%
Recettes personnelles	4%	2%

Le premier résultat se situe dans la différence du taux de non-réponses aux deux questions. A la première (conseils à celui qui n'a jamais eu mal au dos), le taux est élevé dans les deux groupes. Alors qu'à la deuxième (conseils à celui qui a toujours mal au dos), il est beaucoup plus faible. De toute évidence, il ne s'agit pas d'une difficulté à comprendre ces questions, mais à y répondre.

Comment l'interpréter? Probablement qu'il n'y a rien à faire tant que l'on n'a pas mal au dos, que la question de la prévention ne se pose pas, et ceci davantage pour les jeunes et ceux qui occupent des postes d'ouvriers que pour les plus âgés et les cadres. Cette interprétation est

confirmée par un type de conseils souvent exprimés par les natifs à la question concernant les conseils à celui qui n'a jamais eu mal au dos: «il faut continuer de la même manière». En revanche, tous ont davantage d'idées sur ce qu'il faut faire lorsque le mal est là.

Eviter les efforts ou faire attention à son mode de vie ?

A celui qui n'a jamais eu mal au dos, les deux groupes dans la même proportion suggèrent de faire du sport, de se muscler. Les immigrés plus souvent que les natifs conseillent d'éviter de porter de lourdes charges, de faire des efforts. Dans les deux groupes, ce conseil émane plus souvent des jeunes que des plus âgés. De leur côté, les natifs ont tendance à donner des conseils liés au mode de vie (bien manger, éviter les courants d'air), aux vêtements (s'habiller châudemment, porter de bonnes chaussures) ou au mobilier (avoir un bon lit pour le dos). Il en va de même pour les conseils concernant les bonnes positions (se tenir droit, faire attention lorsqu'on soulève une charge) exprimés plus souvent par les natifs plus âgés que par les jeunes.

A celui qui a toujours mal au dos, le conseil massif et banal consiste à dire de se soigner, de suivre un traitement. Au-delà, les conseils ne sont plus tout à fait les mêmes. Les natifs, les cadres en particulier, prônent l'activité physique (sport, gymnastique). Les immigrés donnent plutôt des conseils concernant le travail et ses conditions (changer la manière de travailler, les règlements, changer de travail, éviter les efforts, se reposer, arrêter de travailler). Dans les deux groupes, ce sont surtout les jeunes qui donnent ce type de conseils.

L'activité physique et le sport, conseillés par les deux groupes à qui n'a pas mal au dos, ne le sont plus que principalement par les cadres lorsqu'il s'agit d'avoir une action thérapeutique.

Ne rien faire tant que le mal de dos n'existe pas

Du point de vue des représentations, il ressort que pour la moitié de chacun des groupes, il n'y a aucun conseil à donner tant que le mal de dos n'est pas installé. Les immigrés l'expriment par le silence des non-réponses comme un quart des natifs, un autre quart conseillant de continuer à vivre de la même manière ou de faire du sport. Une même

proportion des deux groupes conseillent de se soigner et de suivre un traitement lorsque le mal de dos perdure.

Ceci signifie à nos yeux qu'une majorité dans chacun des groupes, natifs et immigrés, se situe dans ce que nous avons défini comme un système de soins. Ils consultent quand le mal est installé. Seuls les cadres natifs raisonnent selon la logique du système de santé.

A l'origine des maux de dos, le travail ou les mauvaises habitudes?

Les réponses à la question «Pour quelles raisons peut-on avoir mal au dos?» confirment ces tendances divergentes. Le travail, avec tous les efforts physiques qu'il implique, est la raison la plus souvent évoquée par les immigrés qui, rappelons-le, occupent tous des postes d'ouvriers. Les natifs attribuent davantage le mal de dos à de «mauvaises» habitudes souvent acquises depuis longtemps, de «mauvaises» positions, à de «mauvais» ou «faux» mouvements, ou encore à un «mauvais» matériel, un «mauvais lit». Les cadres invoquent volontiers des raisons d'un ordre plus moral comme «aller contre le naturel», «ne pas respecter la mécanique de l'ossature», «ne pas faire comme il faut». Enfin, dans les deux groupes, les jeunes surtout évoquent la fatalité, l'hérédité, les accidents, l'âge, le climat ou la malchance (tableau 8).

Tableau 8: raisons du mal de dos

	Natifs	Immigrés
Total	N = 76	N = 39
Ne sait pas, ne répond pas	4%	8%
Le travail	17%	46%
Mauvaises habitudes, mauvaises positions	34%	15%
Raisons morales	24%	13%
Fatalité, hérédité, malchance, accidents	21%	18%

Pour les immigrés, la raison principale du mal de dos est le travail, l'antidote c'est de travailler moins ou de se reposer. Pour les natifs, la raison principale relève de la responsabilité individuelle, liée aux habitudes et aux mauvaises façons de s'y prendre; l'antidote c'est l'éducation ou la rééducation, le changement d'habitudes. De nouveau, leur discours est très proche de celui de la prévention en vigueur dans un système de santé.

Questions générales: effacement des différences culturelles

Les réponses concernant les raisons du mal de dos sont-elles spécifiques au dos ou sont-elles identiques lorsqu'on pose la question: «A votre avis, pour quelles raisons est-ce qu'on peut être en mauvaise santé?» (tableau 9)

Les immigrés ont plus de difficultés à répondre: un tiers s'abstient. Mais au-delà de ce constat, les différences culturelles semblent peu marquées. En revanche, l'âge et la position professionnelle semblent être des facteurs plus significatifs, contrairement aux questions précédentes. En résumé, ce sont plutôt les jeunes cadres qui répondent par l'hérédité et la malchance d'être victime d'un accident ou d'une maladie. Les jeunes ouvriers incriminent plus volontiers le travail.

Tableau 9: raisons de la mauvaise santé

	Natifs	Immigrés
Total	N = 76	N = 39
Ne sait pas, ne répond pas	5%	33%
Fatalité, hérédité, malchance, accidents	24%	13%
Le travail	17%	16%
Mauvaise hygiène de vie	20%	13%
Raisons physiques, psychologiques	20%	10%
Les difficultés de l'existence	14%	15%

Et lorsque nous posons une question plus générale encore sur la définition de la bonne santé, elle n'est plus discriminante du tout, ni en termes de culture, d'âge ou de situation professionnelle. Seules des questions spécifiques sur une affection précise, ici le mal de dos, permettent d'accéder à des différences culturelles.

Conclusions

Nous avons tenté d'analyser les données d'une recherche effectuée dans une population multiculturelle à Genève, à travers une problématique culturelle. Bien qu'il s'agisse d'une analyse secondaire de type qualitatif, la petite taille des deux groupes de salariés nous contraint à rester très prudents.

Sur un plan méthodologique, il semble que les indicateurs de comportement individuel (avoir ou non mal au dos, localisation du mal de dos, rythme des douleurs, consommation médicale, recettes personnelles contre le mal de dos) et de représentations précises du mal de dos soient de meilleurs indicateurs de différences culturelles que les indicateurs concernant la santé et la maladie en général.

Sur le plan des résultats, des expériences corporelles et des représentations différentes du mal de dos apparaissent. Pour les immigrés de fraîche date, le mal de dos est assimilé à de la fatigue quotidienne normale; situé à divers endroits du dos, il est quotidien pour les jeunes (douleurs en fin de journée), constant pour les plus âgés. Il renvoie à un modèle d'inconduite impliquant que l'on se repose. Par la profession de leurs parents et par leur carrière professionnelle antérieure, nous savons que la plupart d'entre eux proviennent du secteur agricole de leurs pays d'origine. Or nous pouvons supposer que les rythmes et les cadences du travail agricole, plus irréguliers, permettent des temps de repos. Ceci n'est pas le cas du travail industriel, notamment des conditions de travail de l'entreprise où nous avons mené l'enquête. Et nous avons constaté que le mal de dos ne constitue un motif d'arrêt de travail que pour une faible proportion d'entre eux. Ces congés de maladie sont rares et de courte durée. Leur modèle d'inconduite est donc mis en question. En ce qui concerne le mal de dos, ils semblent encore nombreux à échapper au système de soins. En revanche, nous avons souligné qu'ils ont, davantage que les natifs, d'autres problèmes de santé. Recourent-ils, consciemment ou inconsciemment, à d'autres types

d'affections correspondant à des modèles d'inconduite socialement et culturellement plus acceptables pour eux ? La question reste ouverte.

Pour les natifs, le mal de dos est structuré comme une maladie, la crise de lombalgie, pour laquelle il est justifié que l'on consomme des soins médicaux. Le mal de dos constitue un modèle d'inconduite correspondant à un système de soins. Mais dans leur grande majorité, ils ne sont pas passés à un système de santé. Les réponses à certaines questions, en particulier celles concernant la pratique du sport et les raisons du mal de dos, indiquent que seuls les natifs salariés occupant des postes supérieurs à ceux réservés aux ouvriers ont adopté des représentations proches des campagnes de prévention. Ces catégories sociales particulières de natifs mettent en avant la responsabilité individuelle et morale des individus atteints de maux de dos et prônent la gymnastique préventive et thérapeutique.

En conclusion, les immigrés de fraîche date sont probablement en train de passer d'un système de réparation naturelle du mal de dos par le repos à un autre système. Il est difficile de prédire s'il s'agira d'un système de soins ou de santé. Probablement les deux puisqu'ils coexistent et que le second comprend le premier. Alors que les natifs, entraînés par les catégories socio-professionnelles supérieures, sont en train de passer d'un système de soins à un système de santé.

Résumé

Dans une problématique considérant la santé et la maladie comme une construction sociale et culturelle, les représentations et les comportements des individus à l'égard des lombalgies banales sont utilisés comme indicateur de système de soins ou de santé. Cette problématique est mise à l'épreuve sur une population multiculturelle composée d'employés d'une grande entreprise du secteur tertiaire à Genève. Deux sous-populations sont prises en considération: les natifs (Suisse et Français nés dans la région) et les immigrés de fraîche date (en majorité des Portugais arrivés dans la région depuis moins de 10 ans). Leurs descriptions et leurs représentations des lombalgies s'avèrent différentes. Pour les premiers, elles constituent un symptôme de maladie, pour les seconds un signe de fatigue ou de vieillissement.

Zusammenfassung

Wenn Gesundheit und Krankheit als kulturelle und soziale Konstruktionen betrachtet werden, können Verhalten und Vorstellungen von Individuen betreffend Rückenschmerzen als Indikator der Gesundheitssysteme angesehen werden, aus denen sie herstammen. Diese Problematik wird an zwei Populationen verschiedener Herkunft, bestehend aus Angestellten eines grossen Dienstleistungsunternehmen in Genf untersucht: einer Gruppe bestehend aus Einheimischen (Schweizern und Franzosen, die aus der Umgebung herstammen) und einer Gruppe von Neueinwanderern (hauptsächlich Portugiesen, die innerhalb der letzten 10 Jahre nach Genf gezogen sind). Die Bedeutung der Lumbalgien sind verschieden für die beiden Gruppen: für die Einheimischen stellen Lumbalgien Symptome einer Krankheit dar, während für die Frischewanderten sie Zeichen von Ermüdung oder Alterung sind.

Bibliographie

ANDERSON Roger T.

1987. «Investigating back pain: the implication of two village studies in South Asia», in: Peter HOCKINGS (ed.), *Dimensions of social life: essays in honor of David G. Mandelbaum*, p. 385-396. Berlin: Gruyter

BOLTANSKI Luc

1974. «Les usages sociaux du corps». *Les Annales* (Paris) 1: 205-233

BOURDIEU Pierre

1977. «Remarques provisoires sur la perception sociale du corps». *Actes de la recherche en sciences sociales* (Paris) 14: 51-54

DEVEREUX Georges

1970. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard

FRYMOYER John W., Malcolm H. POPE, Janice H. CLEMENS [et al.]

1983. «Risk factors in low-back pain: an epidemiological survey». *Journal of bone and joint surgery* (Boston) 65: 213-218

HERZLICH Claudine

1969. *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris: Mouton

KELSEY Jennifer L. and Augustus WHITE

1980. «Epidemiology and impact of low-back pain». *Spine* (Philadelphie) 5: 133-136

LINTON Ralph

1936. *The study of man*. New York: Appleton-Century-Crofts

NATHAN Tobie

1977. *Sexualité idéologique et névrose*. Grenoble: La Pensée Sauvage

PERRIN Eliane

1984. *Cultes du corps*. Lausanne: P.-M. Favre

1991. «Sport et médecine ou les mille définitions de la santé», in: *Performance et santé: actes du colloque de Sophia-Antipolis*, p. 25-28. Nice: AFRAPS-LANTAPS

s.d. «Social change and the modification of the values of sport in advanced western societies: the body as a central value», in: ICSS, *Actes du séminaire de l'International Committee for sociology of sport (ICSS), Tallinn (Estonie), 26 au 29 juin 1991*. [A paraître]

WADDELL Gordon

1987. «A new clinical model for the treatment of low-back pain». *Spine* (Philadelphie) 12: 632-644