
M.E.S., Numéro 134, Vol. 1, mai – juin 2024

<https://www.mesrids.org>

Dépôt légal : MR 3.02103.57117

N°ISSN (en ligne) : 2790-3109

N°ISSN (impr.) : 2790-3095

Mis en ligne : le 31 mai 2024



Revue Internationale des Dynamiques Sociales

Mouvements et Enjeux Sociaux

Kinshasa, mai - juin 2024

SOCIOLOGIE DE LA SANTE :*Etat des lieux et perspectives*

par

Samuel MOWA MWAKA*Assistant, Faculté des Sciences Sociales, Administratives et Politiques
Université de Kinshasa***Résumé**

La sociologie est une étude scientifique des faits et des phénomènes sociaux. La santé est un fait social impliquant divers facteurs sociaux. Le rapport entre la sociologie et la santé reste encore théorique notamment dans les pays en développement comme la RD Congo. La médecine, malgré sa progression au cours de dernières décennies ne parvient toujours pas à résoudre de manière définitive les problèmes de santé de l'humanité qui se posent en grand nombre. Les épidémies et les pandémies, la complexité des faits, l'explosion démographique, la raréfaction de certaines ressources naturelles et l'industrialisation suscitent et contribuent à élargir des questionnements en sociologie de la santé.

L'étude s'inscrit dans cette perspective lorsqu'elle se propose de démontrer ce qui intéresse la sociologie dans le domaine de la santé, de situer la portée sémantique des notions de base et de recenser les travaux à travers les thèmes fréquemment étudiés par les sociologues en matière de santé. En partant de la littérature spécialisée et de l'analyse des effets socio-culturels liés à la santé, il s'est avéré que la sociologie de la santé en RD Congo, contrairement à son émergence en Europe et aux U.S.A., est encore dans son état embryonnaire.

Mots clés : sociologie, santé, maladie, sociologie médicale, sociologie de la santé, représentations sociales, facteurs sociaux, hôpital, médecin, malade.

Abstract

Sociology is the science of social relations. And health is a social fact involving various social health factors. The relationship between sociology and health still remains theoretical, particularly in developing countries such as DR Congo. Medicine, despite its progress in recent decades, still fails to definitively resolve the health problems of humanity which arise in large numbers. Epidemics and pandemics, the complexity of the facts, the demographic explosion, the scarcity of certain natural resources, industrialization give rise to and contribute to broadening the questions forming the problems in the sociology of health.

This article is part of a perspective when it proposes to demonstrate what interests sociology in the field of health, to situate the semantic scope of the basic notions and to identify the works through the themes frequently studied by sociologists in health matters. Based on the specialized literature and the analysis of socio-cultural effects linked to health, it turned out that the sociology of health in DR Congo, contrary to its emergence in Europe and the U.S.A., is still in its infancy embryonic state.

Keywords: sociology, health, illness, medical sociology, sociology of health, social representations, social factors, hospital, doctor, patient.

INTRODUCTION

Les sociologues s'accordent en général, sur le fait que leur discipline est la science des faits et des phénomènes sociaux tels qu'ils les observent et les analysent scientifiquement. L'objet de la sociologie renvoie à la vie sociale. La santé est devenue une valeur sociale, une affaire de tous, un fait social. Elle est le pylône de nos existences, déterminant la qualité de notre vie quotidienne ainsi que nos plans d'avenir.

La médecine a considérablement progressé au cours des dernières décennies. Cependant, la santé de l'humanité continue à poser un grand nombre de problèmes, qui sont loin d'avoir été résolus, parmi lesquels l'organisation sanitaire dont le niveau indique le degré d'évolution des pays occupe une place essentielle. Dans le même ordre d'idées, Raymond Massé précise qu'« une réflexion fouillée et globale sur les enjeux liés à la santé publique doit éviter les écueils de la détermination monodimensionnelle du sens des actes de prévention »¹. Les actions sanitaires ne sont réductibles ni à des lieux d'expression d'une volonté de pouvoir de l'État ni à une forme de contrôle sur les corps. La complexité croissante du développement de l'humanité, l'explosion démographique, la raréfaction de certaines ressources naturelles, l'industrialisation, les épidémies et les pandémies qui ont sévi au cours de cette décennie ont suscité et contribué à élargir des questions constituant les problèmes en sociologie de la santé.

¹ R. MASSÉ, « Les sciences sociales au défi de la santé publique », *In Sciences Sociales et Santé*, vol. 25, no 1, mars 2007, p. 22.

D'emblée l'on peut se demander ce qui intéresse la sociologie dans le domaine de santé ? Quels sont les thèmes couramment traités par les sociologues en matière de santé ?

L'objet de cet article est issu du fait médical que nous observons depuis un certain temps. À cette fin, nous nous sommes, dans la mesure du possible, tenu sans cesse au courant de l'évolution de la sociologie de la santé dans le monde et en RD Congo. C'est le fruit des lectures d'une abondante littérature sur ce sujet. L'approche adoptée étant essentiellement documentaire, descriptive et analytique, elle nous a permis de décrire, et d'analyser les effets socio-culturels en rapport avec la santé.

Dans cet article, il s'agit de définir les concepts de base permettant au lecteur la compréhension du sujet et d'établir un état des lieux en recensant les travaux traités à travers les réflexions sociologiques de différents thèmes en matière de santé et de dégager quelques perspectives d'avenir.

I. APPROCHE CONCEPTUELLE

Ce point situe la portée sémantique des notions de base de cette étude, à savoir : *sociologie, santé, maladie, sociologie médicale, sociologie de la santé et sociologie hospitalière*. Ainsi, étant entendus polysémiques, l'essentiel est privilégié compte tenu du cadre de cette étude.

1.1. Sociologie

Les sciences dites « sociales » ou « humaines » se consacrent chacune à des classifications singulières de faits humains, telles le droit, l'économie, la sociologie, la science politique, la science administrative, la démographie, etc. La sociologie fixe dans ces faits humains leur aspect spécifiquement social. La sociologie est, selon A. Comte, « la science positive des faits sociaux »². C'est en fait une étude scientifique de l'organisation des sociétés humaines. Pour H. Janne, « la sociologie est la science qui a pour objet ce qui est social ».³

Pour mieux appréhender l'objet de la sociologie, il est essentiel de saisir ce que le « social » a de proprement spécifique. Le « social » est, comme le note H. Janne, « ce qui concerne le phénomène de vie en société qui caractérise les hommes ».⁴ Sur toute la surface de la terre et aussi haut que la préhistoire permette de remonter dans le temps, on trouve les humains vivant en groupe.

Le mot social est employé soit dans un sens général, soit dans un sens particulier, dont la signification doit ressortir du contexte. Lorsque nous parlons des sciences sociales, il s'agit des disciplines qui étudient les divers aspects de la vie des hommes en société. Le mot « social » a donc ici un sens très large, il désigne tous les rapports qui naissent de la vie collective des hommes. Au contraire, quand nous parlons des problèmes sociaux, le terme « social » est employé dans un sens plus étroit, il s'agit de l'ensemble des problèmes qui résultent des inégalités existant entre les divers groupes de la société, inégalité dans la répartition des revenus et dans les positions occupées au sein du système social. Par ailleurs, la sociologie se distingue dans la compréhension et l'explication des faits par son principe de totalité et de globalité. Comme l'affirme H. Janne par cette expression : « il n'y a de sociologie que par référence au total »⁵.

1.2. Santé

La distinction entre la santé comprise d'un point de vue physique, en relation avec un organisme humain individuel, et la santé saisie d'un point de vue social est une abstraction due à l'individualisme du XX^{ème} siècle. Cette distinction, prise au pied de la lettre, fausse la réalité. Les deux jugements dans lesquels s'exprime de façon complémentaire l'état de santé (subjectivement et objectivement) contiennent eux-mêmes une implication sociale considérable.

Dans le langage courant, santé et maladie sont deux termes opposés, dont la signification paraît évidente. La *santé* serait simplement l'absence de maladie, tandis que la maladie consisterait dans la privation de la santé. Le cas devient épineux lorsqu'on tente de dépasser cette notion vulgaire établie sur la pure et simple exclusion mutuelle et de manier ces concepts avec une certaine précision. L'idée de santé ne peut se réduire à un énoncé négatif et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) l'a définie en termes clairs : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social. Elle ne consiste pas seulement dans l'absence de maladie ou de

²A. COMTE (47^{ème} leçon du cours de philosophie positive, 1839), cité par H. JANNE dans *Le système social : Essai de théorie générale*, Edition de l'Institut de sociologie de l'Université Libre de Bruxelles, 1970, p.13.

³H. JANNE, « Introduction à la Sociologie Générale », *Revue de l'Institut de Sociologie*, 1951. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.4000/sociologies.2964>, consulté le 15 déc. 2023.

⁴Idem.

⁵H. JANNE, *Le système social : Essai de théorie générale*, Edition de l'Institut de sociologie de l'Université Libre de Bruxelles, 1970.

souffrance »⁶. Il s'agit, en somme, d'une notion abstraite, de caractère relatif, car elle dépend des valeurs que chaque individu ou groupe social estime aptes à définir le bien-être humain. Il est impossible d'utiliser ce concept dans la pratique comme un critère précis fondé sur une acception générale. Faut-il souligner que l'adjectif « complet » suggère qu'il y a des moments pendant lesquels l'on peut sentir la plénitude du « bien-être » c'est-à-dire jouir de la santé. Or, la dimension d'un tel moment, si long soit-il, ne peut être évalué qu'individuellement et de manière interne. De la sorte, l'observation objective externe n'atteint qu'une portion de cette réalité très flexible.

La portée sémantique de la définition de l'OMS se résume dans la synthèse issue de nombreuses définitions spécifiques. Elle permet de dépasser le cadre étroit des interprétations par réfutation et par analogie. Elle a aussi l'avantage d'avoir libéré le concept « santé » du cercle habituel, en général, de la médecine, et en particulier, de la médecine somatique. Par contre, le contenu de cette définition, aussi réfléchi soit-elle, semble être imprécise dans le concept de « bien-être » ou le qualificatif « complet ». Les frontières entre « être », « bien-être » et « mieux-être » étant imperceptibles, relèvent en grande partie à la fois du domaine de l'imaginaire et même de l'arbitraire, notamment là où des indices matériels tentent d'en fixer les contours et les seuils. Qu'entend-on par *maladie* ?

1.3. Maladie

Traditionnellement, la maladie a toujours été entendue à partir d'un somatisme étroit, c'est-à-dire qu'elle a toujours été comprise comme une série d'altérations limitées au corps. Les premières interprétations rationnelles la réduisirent même à une souffrance corporelle, à quelque chose dont souffre l'organisme de façon passive, par suite d'une cause morbide. Cette perception fut cependant, abandonnée depuis plusieurs siècles, lorsque l'on découvrit que la maladie était, précisément, la réaction de l'organisme face à la cause qui la traduit. Cette conception active a eu d'importantes répercussions pratiques. Par exemple, pour traiter les maladies, il faut non seulement lutter contre les causes, mais aussi contrôler⁷.

Dans la langue française, les termes de « maladie » et de « malade » sont définis de façon indistincte pour ainsi signifier « avoir une maladie » reconnue par un médecin, « être malade » (se sentir mal), « être un malade » (être reconnu comme tel par l'entourage ou la société). Par contre, en anglais, l'on utilise trois termes (*illness, disease et sickness*), plus ou moins interchangeables, mais en principe utilisés le plus souvent dans un contexte spécifique en rapport, notamment, avec la sociologie de la santé et la relation thérapeutique associant le spirituel et le biologique. En effet, *Disease* se rapporte à une perturbation biomédicale, objectivée par une maladie reconnue par un médecin, dans le cadre d'une pathologie référencée. *Illness* renvoie à l'expérience vécue, personnelle et intime, de la maladie. *Sickness* se rapporte à la représentation/perception de la maladie dans le cadre de l'entourage spécifiquement socio-culturel⁸. Ce qui conduit à la recherche dualiste : scientifique et spirituelle de l'origine de la maladie et du pouvoir de traitement. Le concept de la maladie s'en trouve évolué, englobant ainsi les aspects biophysiques et socio-environnementaux. La maladie en tant que fait culturel et social est liée, comme le note H. Kwilu Landundu, « aux cultures, aux croyances, aux représentations et aux mœurs des populations; elle est également conçue comme une production de l'imaginaire social d'une communauté ».⁹

1.4. Sociologie médicale, sociologie de la médecine, sociologie de la santé et sociologie hospitalière

Une difficulté se présente lorsqu'on tente de définir les termes de *sociologie médicale* ou *sociologie de la santé*. Cette difficulté fondamentale est, de prime abord, plutôt terminologique et épistémologique, plus profondément, devenant de plus en plus certaine dans la fréquentation de la littérature spécialisée. En effet, certains auteurs parlent de manière classique, de *sociologie médicale* ; d'autres, plus récemment, de *sociologie de la santé*. Cette dualité des appellations n'est pas propre à la France ou à l'Europe : elle a préexisté aux U.S.A. où, à côté des manuels de sociologie médicale et, plus rarement encore, de ceux de sociologie de la médecine, on a eu, parfois, ceux de la sociologie de la santé.

Dès lors, nous proposons une brève évocation des éléments susceptibles d'être répertoriés au niveau de ces trois concepts. Commençons par la sociologie médicale.

⁶cf. « Préambule à la Constitution de l'OMS, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19 juin - 22 juillet 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États, (Actes officiels de l'OMS, n°2, p.100) et entré en vigueur le 7 avril 1948 ».

⁷R. LAFFONT, *Santé et Maladie*, Ed. Grammont, Paris, 1976, p. 17.

⁸D. MIRKO GRMEK, *Histoire de la pensée médicale en Occident*, Paris, Le Seuil, 1995.

⁹H. KWILU LANDUNDU, *Sociologie de la santé au Congo-Kinshasa*, Paris, l'Harmattan, 2016, p. 12.

1.4.1. Sociologie médicale

Sans pourtant s'intéresser au débat lié aux origines de la sociologie médicale aux U.S.A. comme en Europe, il faut souligner que l'apparition de la sociologie médicale en tant que branche distincte et identifiable de la sociologie date du lendemain de la seconde guerre mondiale. Les considérations sur les origines de la sociologie médicale sont bien plus anciennes¹⁰. Néanmoins, la Sociologie médicale s'intéresse à l'étude des traitements des maladies et des soins dans leurs rapports avec les sociétés et les cultures. Il est culturellement démontré qu'en dehors des maladies trouvables presque partout et des degrés différents, il existe des maladies propres et spécifiques à des régions culturelles et des sociétés particulières.

1.4.2. Sociologie de la médecine (et sociologie dans la médecine)

Pour mieux définir la sociologie [de la] ou [dans la] médecine, le plus classique et le plus commode est de partir de la distinction de l'américain Robert Strauss (1957) entre la sociologie de la médecine et la sociologie dans la médecine. En effet, d'après Strauss, la sociologie de la médecine (*sociology of medicine*), comme l'a affirmé A. d'Houtaud, s'intéresse aux « institutions médico-sanitaires, aux rôles, aux rites, aux valeurs, aux conduites qui s'y déploient »¹¹. C'est en fait une approche sociologique dont l'objet plus restreint est constitué par les personnels et les activités rattachés à la sphère sanitaire. Alors que la sociologie dans la médecine (*sociology in medicine*) comporte « des démarches où des sociologues collaborent avec des médecins, par exemple dans le but d'étudier les processus pathologiques et thérapeutiques, ainsi que leurs facteurs »¹². Cela implique une relative intégration des sociologues aux personnels de ces secteurs assurément, mais aussi leur initiation aux conceptualisations et aux techniques propres à la médecine.

1.4.3. Sociologie de la santé

La sociologie de la santé fait l'objet d'une longue évolution, au sens large du terme. De ce fait, nous nous contentons des données théoriques issues des auteurs comme Alphonse d'Houtaud, Talcoot Parsons, Erving Goffman, C. Herzlich. En effet, les travaux pionniers tels que ceux de Talcott Parsons, ou d'Erving Goffman, lui avaient donné l'image soit de la *sociologie médicale*, soit de la *sociologie de la médecine*, ou encore de la *sociologie dans la médecine*. Une telle évolution des intitulés pourrait déjà s'expliquer partiellement par les voisinages ou même les interférences de l'économie de la santé, de la santé publique, de l'éducation pour la santé, de la politique de santé, des institutions de santé. Bref, la sociologie de la santé est placée comme un sous-champ disciplinaire de la sociologie qui s'intéresse aux interactions entre la société et la santé. À la limite, elle est susceptible d'englober à tout le moins celle de la sociologie de la médecine, voire celle dans la médecine (comme définies ci-dessus).

1.4.4. Sociologie hospitalière

Vers les années soixante-dix, des études comme celles de Michel Foucault ou d'Erving Goffman ont insisté sur les mécanismes de contrôle social à l'œuvre dans l'entreprise hospitalière, notamment en psychiatrie. Après des faits liés à la maladie, les travaux interactionnistes comme ceux de Strauss¹³ (1992) et de Peneff¹⁴ (1992) ont accentué les marges de manœuvre dont disposent les acteurs présents à l'hôpital. Enfin, des travaux s'inspirant de l'analyse stratégique abordant l'hôpital comme une organisation traversée d'alliances et de conflits, où des acteurs aux intérêts divergents s'organisent pour faire valoir des finalités hétérogènes.

C'est ainsi que la sociologie hospitalière se préoccupe des « institutions hospitalières » comme « espaces socioculturels » chargés de protéger la santé quand elle est menacée et de recouvrement de celle-ci quand elle avait été perdue. La Sociologie des institutions hospitalières s'intéresse spécialement, comme le note J. Banzozi, « à l'étude des cabinets de médecins, libéraux, les établissements hospitaliers, les modèles des professionnels de santé (médecins, infirmiers, etc.), les institutions d'assurance-vie et/ou maladie ».¹⁵ Les pratiques des établissements hospitaliers représentent presque les mêmes caractéristiques que celles de la sociologie des organisations. Il est donc difficile d'analyser la médecine en dehors des institutions où elle est pratiquée.

¹⁰H. KWILU LANDUNDU, 2016, *op.cit.* p. 9.

¹¹A. D'HOUTAUD, *Sociologie de la santé : Langage et savoirs. Environnement et éthique*, l'Harmattan, 1998, p.187.

¹² Idem, p.191.

¹³ A. STRAUSS, *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme*, Paris, Editions A. - M. Métailié, 1992, p.194.

¹⁴ J. PENEFF, *L'hôpital en urgence*, Métailié, 1992, p.258.

¹⁵ J. MVUEZOLO BAZONZI, *Notes de cours de Sociologie de la santé*, Unikin, 2021-2022.

II. ÉTAT DES LIEUX DE LA SOCIOLOGIE DE LA SANTÉ

Dans cette partie, il s'agit de démontrer l'application des sciences sociales à la santé et de recenser les travaux produits en sociologie de la santé à travers les différents thèmes.

2.1. Application des sciences sociales et humaines à la santé

La question de la santé fut déjà, depuis des décennies, l'objet d'une préoccupation pour certains scientifiques des sciences sociales et humaines. L'intérêt de la sociologie pour la santé remonte au temps fort lointain. Les premières utilisations des sciences sociales et humaines ont porté d'abord sur les statistiques de morbidité et de mortalité, ensuite sur la durée de vie moyenne et d'espérance de vie. Au 17^{ème} siècle, William Petty¹⁶ avait réalisé des études sur la morbidité des populations. Au 19^{ème} siècle, la médecine sociale a favorisé la réalisation d'études empiriques qui présagent l'essor de l'épidémiologie en Grande-Bretagne et aux U.S.A. À la même époque, s'agissant des questions spécifiquement sociologiques, Émile Durkheim a appréhendé la maladie à travers une problématique globale, en scrutant le suicide comme étant un phénomène morbide, a priori individuel, en dépit de ses facteurs psychopathiques et de ses déterminations¹⁷.

Durant cette période, il faut dire que l'intérêt de ces précurseurs de la sociologie pour la santé n'eut été guère pratique au point que la maladie et la médecine ont semblé échapper aux analyses sociologiques, et à l'évidence, la maladie paraissait réduite à une réalité organique. C'est en 1948 que sont formulées, pour la première fois, par le sociologue américain Talcott Parsons, les premières réflexions sociologiques portant sur la maladie et la médecine dans la société contemporaine, définissant le rôle social du médecin et celui du malade. Les données des précurseurs et celles de Parsons ont contribué à l'essor de l'économie médicale et de la sociologie médicale aux côtés de la psychologie médicale. Parsons, particulièrement, a permis à plusieurs autres sociologues/chercheurs à consacrer de nombreux travaux à ces problématiques. Et leur étude est apparue féconde pour la compréhension des problèmes et des processus sociaux plus généraux.

2.2. Brève recension de la production sociologique sur la santé

La sociologie de la santé (au départ sociologie médicale) a rapidement évolué et cette dernière moins large que la sociologie de la santé. Les points suivants retracent son évolution dans le temps et dans l'espace.

2.2.1. De la sociologie médicale aux U.S.A.

Le terme de la sociologie médicale a commencé aux U.S.A. Pour la présenter de façon classique et commode, il est indispensable de partir du *distinguo* de Robert Strauss¹⁸ (1957) qu'il y avait entre la sociologie de la médecine (*sociology of medicine*) et la sociologie dans la médecine (*sociology in medicine*)¹⁹. En effet, la première représente une approche sociologique dont l'objet plus restreint est constitué par les personnels et les activités rattachés à la sphère sanitaire. De telles spécialités sociologiques remontent du 19^{ème} siècle, quand, par exemple, les sciences médicales s'étaient intéressées aux aspects sociaux ou quand ont été édités les essais de sociologie médicale de E. Blackwell (1902)²⁰. C'est à partir de là que plusieurs manuels ont, depuis lors, décrit le développement de la sociologie médicale nord-américaine suivant ses propres voies.

2.2.2. De la sociologie médicale en Europe

En Europe, dans l'ensemble, les activités principales de la sociologie médicale sont postérieures à la seconde guerre mondiale. D'un pays à l'autre, les réflexions se sont différenciées selon les contextes culturels et politiques, les systèmes de soins, les traditions universitaires et les centres de recherche. D'après A. d'Houtaud, la sociologie médicale européenne comportait de faibles proportions²¹ en termes de niveau de doctorat, étant effectivement sociologues et ayant une formation initiale spécifique. Bref, il s'agissait d'une science encore jeune et en plein développement, comportant des spécialistes venant d'une pluralité de disciplines et exerçant une grande variété d'activités et de situations professionnelles.

¹⁶ W. PETTY, cité par Jacques DUPÂNIER, « William Petty et l'invention de la table de mortalité », in *Population*, 1984, n°6, pp. 1069 - 1073.

¹⁷ E. DURKHEIM, *Le Suicide. Étude de sociologie : causes sociales et types sociaux*, Livre II, 1897.

¹⁸ R. STRAUSS cité par E. ANNANDALE et al., « Théorie sociologique et sociologie de la santé et de la médecine dans les revues internationales », in *Sciences sociales et santé*, 2013/1 (vol.31), pp.13 à 35.

¹⁹ cf. la définition de la *sociologie de la médecine et sociologie dans la médecine* (point I.4.2).

²⁰ E. BLACKWELL, *Essays in medical sociology*, London, Ernest Bell, 1902, 264p.

²¹ A. D'HOUTAUD, *op.cit.*, p.188. L'auteur a bien expliqué comment les proportions ont été dégagées à partir d'un appel, pour une enquête de Lisbeth (1982), d'un grand nombre de personnes concernées dans 27 pays européens.

2.2.3. De la sociologie médicale en France

La sociologie médicale en France fut l'objet d'une préoccupation de nombreux auteurs. On peut remonter aux rôles joués par le médecin et philosophe Pierre Jean Georges Cabans (1757-1808) dans le développement initial de l'anthropologie, par Louis René Villermé (1782-1865) dans ses observations sur les ouvriers du textile, sur les conscrits parisiens et sur les statistiques de mortalité, par Philippe J.B. Buchez²² (1796-1865) dans son *Précis Élémentaire d'Hygiène*. De même, les travaux d'Émile Durkheim (1897) sur le suicide, de Marcel Mauss (1936 et 1950) sur *Les techniques du corps*, de Georges Canguilhem (1966) sur *Le normal et le pathologique* ont préparé l'approche de certains phénomènes biologiques par les sciences sociales et humaines. Pour sa part, Jean Stoetzel (1960) a mené une étude sur la maladie, le malade et le médecin.

Après, un Comité de recherche en sociologie médicale a été développé au cours des années cinquante au sein de l'*Association Internationale de sociologie*. C'est la période qui a été marquée par de nombreux voyages aux U.S.A. par la génération des sociologues d'après la seconde guerre mondiale, pour y prendre connaissance des développements de la sociologie médicale nord-américaine.

Dans les années soixante, ceux-ci ont été marqués par les travaux de Michel Foucault : *Histoire de la folie à l'âge classique* (1961) ; *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical* (1963) ; par les livres d'Henri Hatzfeld : *Le grand tournant de la médecine libérale* (1963) ; par ceux d'Haroun Jamous : *sociologie de la décision, la réforme des études médicales et des structures hospitalières* (1969).

En 1968, des étudiants en médecine ont réclamé des initiations aux dimensions psychologiques et sociologiques de leur discipline et de la maladie. Peu à peu, les équipes de sociologie médicale se sont multipliées, dans plusieurs villes sur des thèmes de plus en plus différenciés et pointus de recherche appliquée.

2.2.4. De la sociologie médicale à la sociologie de la santé

Les préoccupations d'actions préventives et éducatives à la santé se placent comme impératifs de pouvoirs publics, lesquels, à leur tour, réaniment les aspirations ainsi que les préoccupations sanitaires à tous les niveaux des sociétés. Ainsi, dans une perspective épistémologique, la question se pose alors de savoir s'il est possible de donner à la sociologie de la santé un contenu plus étroit et différent de celui de la sociologie médicale, telle que devenue classique aux USA et en Europe ?

L'extension de la sociologie médicale à la sociologie de la santé n'est pas une exhaustivité dans ce secteur particulier. La médecine elle-même est en train de passer progressivement de l'art de soigner ou de guérir les malades à la fonction de maintenir en santé les biens portants. Et simultanément, on se rend compte qu'aujourd'hui, l'épidémiologie déborde déjà le champ des connaissances et des techniques concernant les maladies contagieuses pour se vouer, également, à l'étude des autres maladies, et surtout à la recherche de l'ensemble des facteurs de risques pour la santé, individuelle et collective.

C'est pourquoi la médecine bénéficie de nos jours de progrès spectaculaires, et d'importants programmes d'équipements accompagnent les transformations de l'hôpital. Ce dernier évolue d'une traditionnelle vocation d'asile à une fonction de soins. De là, s'intéressant aux questions sanitaires, les sociologues s'intéressent au rôle des médecins, aux comportements des populations, bref, à la place de la médecine dans la société.

Spécifiquement, la nouvelle sociologie de la santé s'intéresse à plusieurs thèmes liés à la santé, dont l'analyse des conceptions et des significations de la maladie à travers la notion de représentations sociales. Nous pouvons en citer quelques-uns :

1) *L'histoire : malades et maladies d'hier et d'aujourd'hui*

La réflexion sociologique autour de la maladie, pour reprendre M. Renaud, vient en premier lieu du sociologue américain Talcott Parsons en 1951²³. Ce dernier montre que l'expérience de la maladie n'est exclusivement pas individuelle. Chaque société a à la fois ses maladies et ses malades. À chaque époque et à n'importe quel lieu, l'individu est malade en fonction de la société dans laquelle il vit, et selon des modalités qu'elle fixe. La ligne du temps nous a montré les victimes anonymes de l'épidémie, considérée comme fléau collectif envoyé par Dieu. Puis sont apparus les patients aliénés et passifs devant la technique et le savoir du médecin. Enfin, aujourd'hui, mais ce n'est pas fini, prennent leur place dans le système les groupes de malades chroniques capables de prendre en charge le traitement. L'histoire du malade montre et démontre que

²² J.B. BUCHEZ, *Précis élémentaire d'hygiène* (en collaboration avec le D'Ulysée Trélat), Paris, Raymond, 1825.

²³M. RENAUD, « De la sociologie médicale à la sociologie de la santé; trente ans de recherche sur le malade et la maladie », Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, 1985, p. 6. Disponible : <http://classiques.uqac.ca/>

l'expérience de la maladie, le personnage du malade et le rôle de malade sont socialement construits et historiquement situés. Être malade représente un état social.

2) *Le discours et les représentations de la maladie, de la santé, du handicap*

La santé est une construction culturelle et sociale. La définition même de ce qui est « être en bonne santé », la place qu'on y accorde dans nos vies, les moyens qu'on y consacre, la manière de construire le système de santé, tous ces aspects sont socialement déterminés. Divers travaux psychosociologiques ont montré que des états physiologiques, comme la faim ou la douleur, ne sont pas des données totalement objectives : ils sont interprétés en fonction des contextes sociaux dans lesquels ils se produisent²⁴.

Il est, désormais, nécessaire de mettre en relief comment les représentations sociales vont influencer la situation à la santé : aussi bien l'état de santé des individus que l'organisation des soins de santé. De plus, l'état de santé des populations et des communautés qui les composent modifie l'équilibre de la société dont l'archétype reste les épidémies. La contagion est un modèle bien installé dans l'inconscient collectif, y compris en regard des pathologies psychiatriques. Bien au-delà, l'enjeu des maladies chroniques est bien réel et non uniquement pour les soignants et/ou l'hôpital. L'évolution des soins de santé et des institutions peut influencer d'autres secteurs de la société.

3) *Les facteurs ou déterminants sociaux de la santé*

Les problèmes de l'environnement social sont encore peu envisagés en liaison avec ceux de la santé, d'après la réflexion d'Alphonse d'Houtaud²⁵. Évoquer les facteurs c'est comprendre les aspects qui influencent l'état de santé. Cela comporte plusieurs éléments, notamment le stress, le revenu, l'éducation, les relations sociales, l'environnement, le travail et le bagage génétique. Si ces facteurs sont favorables, les chances d'être en bonne santé seront élevées.

De manière semblable, par exemple, la santé de l'homme au travail se pose, généralement, en termes comportant des risques dans les domaines de stress, des rythmes de vie, d'isolement, des agressions contre l'équilibre mental : les préretraites et même celles à échéances programmées apportent des ruptures brutales dans la vie sociale. Toutefois, et compte tenu de l'imbrication des facteurs sociaux et sanitaires, ceux-ci sont associés à la place de l'individu dans la société, que ce soit en fonction du revenu, de l'éducation ou de l'emploi.

Dans la plupart des systèmes de santé au monde, aussi meilleurs soient-ils, aucun d'entre eux reste puissant à agir sur la plupart des facteurs qui influencent les maladies notamment chroniques. Plusieurs études constatent que, parmi les facteurs qui impactent la santé, le système de soins et la biologie représentent 30% ; les autres 70% sont le résultat de l'impact des modes de vie et des environnements²⁶. Ces facteurs composent ce qui est appelé les « déterminants de la santé » ; cette appellation ne renvoie pas au concept de déterminisme, au contraire, elle précise ce qu'il est possible de modifier grâce à des stratégies et à des interventions adaptées. Les déterminants de la santé se catégorisent en niveaux d'impact et sont en interaction constante les uns avec les autres, tout au long de la vie de chaque personne.

4) *Les inégalités sociales dans le système de soins*

L'amélioration du système de soins de santé, quant aux inégalités sociales, s'inscrit dans la perspective de l'OMS : supprimer les disparités jugées inacceptables, réduire celles qui sont tenues pour évitables et injustes. Car l'équité s'impose comme objectif des systèmes de santé et de protection sociale. À cet égard, les systèmes de santé des pays en développement (Afrique) paraissent moins équitables que ceux des pays développés. Toutefois, partout, beaucoup de difficultés posent des problèmes de financement et d'accès aux soins. Voilà pourquoi a été institué en Europe en 1989, un R.M.I.²⁷ et pourquoi a été adoptée en 1992 une réforme de l'aide médicale gratuite à la disposition des exclus. Cependant, des écarts s'aggravent aux niveaux territorial et socioprofessionnel.

Des disparités entre groupes socioprofessionnels apparaissent, comme le note Alphonse d'Houtaud, « au travers de la protection sociale, elles s'amplifient avec les difficultés de l'emploi, du logement et des ressources »²⁸. C'est pourquoi le risque de mourir jeune est plus important au bas de l'échelle sociale. Les

²⁴S. SCHACHTER et J. SINGER, « Cognitive, Social and Physiological Determinants of Emotional States », *Psychological Review*, 1962, vol. L XIX, pp. 379-399.

²⁵A. D'HOUTAUD, *Sociologie de la santé : Langage et savoirs. Environnement et éthique*, l'Harmattan Paris, 1998, p. 264.

²⁶M. BANTUELLE, « Agir sur les déterminants de la santé », in *Santé conjugulée*, n°97, déc. 2021, p.2. Disponible : <http://www.maisonmedicale.org>, site consulté le 27 février 2024.

²⁷Revenu Minimum d'Insertion.

²⁸A. D'HOUTAUD, *op.cit.*, p.266.

systèmes de soins, aussi efficaces soient-ils, ne sauraient à eux seuls éliminer de telles inégalités de santé, et dont la réduction pourrait constituer un facteur de cohésion sociale et privilégier les exclus, les pauvres et les chômeurs.

5) *Des profanes et professionnels : le rôle de malade, les métiers de la santé*

Les professionnels de la santé ont l'impression de détenir tous les bons savoirs sur la maladie et sur la santé. Pourtant, il existe aussi un savoir dit « profane » dont l'importance, inattendue, est considérable. Sans être dotés de ce bagage théorique, les profanes possèdent, eux aussi, de réels savoirs sur la maladie. Ce savoir profane gère bon nombre de problèmes de santé qui n'arrivent jamais jusqu'aux soignants. Il modifie et interprète les directives médicales quand le recours au professionnel s'est avéré nécessaire. Ils sont les dépositaires de représentations culturelles et sociales, héritées de leur famille et de leur entourage. Et surtout, il pose des questions auxquelles les soignants ne sont pas préparés et qui sont pourtant essentielles : quel sens a la maladie ? Pourquoi moi ? Pourquoi Dieu nous envoie-t-il des maladies?, etc. Le savoir savant semble ignorer (parfois sur le mode du mépris) le savoir profane.

Anne - Marie Pirard s'interroge sur les représentations de la maladie. D'après cette auteure, « *Santé et maladie sont des objets dont la définition ne va pas de soi, mais sont le résultat d'élaborations intellectuelles qui sont des processus sociaux* »²⁹. Ceci signifie que le savoir profane n'est pas un objet de manipulation ; il questionne ceux qui le confrontent. Les représentations des uns et des autres sont largement conditionnées par les cultures. Les professionnels de la santé, s'ils veulent agir au mieux de la santé de leurs patients, doivent oser faire face et se laisser questionner par ces représentations.

6) *L'hôpital comme organisation productrice et comme entreprise*

L'hôpital est aussi, et il l'a toujours été, une entreprise de socialisation. L'hôpital a une fonction sociale, une fonction de contrôle social. En outre, l'institution hospitalière est devenue une entreprise, y compris au sens industriel du terme. Puis, l'hôpital s'est doté de nouvelles missions. De ce fait, ces aspects fournissent à la sociologie de nombreux objets d'étude. Il est, d'un point de vue sociologique, un bouillon de cultures ou de logiques de métiers, le plus souvent, vécues ou pressenties comme contradictoires, voire conflictuelles.

Avec des recherches interactionnistes, sous l'influence de Everett Huges, par Erving Goffman et Anselm Strauss, se développent des travaux plus empiriques réalisés. Ces travaux sont parcourus par trois thèmes centraux : celui de la *fonction thérapeutique de l'hôpital*, celui de *l'hôpital comme organisation* et enfin, *l'hôpital comme lieu de production du travail médical*³⁰.

Dans la littérature sociologique, l'hôpital est souvent décrit comme une institution totale. Ainsi, l'institution totale est un terme employé par E. Goffman qui désigne un « *lieu de résidence de travail où un grand nombre d'individus placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées.* »³¹ L'hôpital a donc ses propres normes, ses acteurs, leurs rôles, leurs statuts et leurs hiérarchies.

Comme d'autres sociologues, Michel Crozier a décrit l'hôpital comme une véritable bureaucratie, c'est-à-dire, pour reprendre les termes de Max Weber, « *une forme d'organisation caractérisée par la prédominance des règles et des procédures appliquées de façon impersonnelle par des agents spécialisés* »³². Ces agents appliquent les règles sans discuter les raisons qui les fondent, ils doivent faire preuve de neutralité et oublier leurs propres intérêts personnels au profit de l'intérêt général. À cette analyse, Michel Crozier a ajouté des notions qui lui sont chères, celles de *stratégie d'acteur* et celle de *relation de pouvoir*. Alors parmi les acteurs qui peuplent l'hôpital, il y a évidemment les médecins qui utilisent leur savoir et leur autonomie pour obtenir et maintenir le contrôle de leur expertise, et assoir le pouvoir de l'organisation, l'hôpital.

7) *Les connaissances médicales*

Longtemps considérée comme autonome, la connaissance médicale a été étudiée par des épistémologues et historiens³³. Le regard médical paraît fondé sur les signes cliniques, lisibles au chevet des malades³⁴. Classiques, ces analyses ont été amendées pour rendre compte de l'insertion des profanes, et non seulement

²⁹ A.-M. PIRARD, « Des savoirs qui s'ignorent ? Des représentations de la maladie » in Santé conjugée n° 16, avril 2001. Disponible : <http://www.maisonmedicale.org>, site consulté le 27 février 2024.

³⁰ ADAM Ph. et al., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, 2012, p. 5.

³¹ E. GOFFMAN, *Asylums : Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Livres d'ancrage, Doubleday & Company, Garden city, New York, 1961, p.171.

³² M. CROZIER, *Le phénomène bureaucratique : Essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel*, Édition du Seuil, 1963, p. 201.

³³ Lire : M. GRMEK, *Histoire de la pensée médicale en Occident*, Paris, Le Seuil, 1995.

³⁴ M. FOUCAULT, *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 1963.

de leurs corps, dans l'élaboration des connaissances. On a, ainsi, pu identifier une mutation du modèle clinique, se traduisant par l'objectivation du point de vue des malades à travers la constitution d'indicateurs s'ajoutant aux données physiologiques. Dans son organisation également, la recherche s'est ouverte à des acteurs extérieurs. La recherche implique des organismes publics ou privés faisant valoir des objectifs pesant sur l'élaboration des connaissances, en matière d'essais cliniques, notamment. Attentives aux acteurs profanes, certaines études soulignent la place des associations de malades dans la production des connaissances. Ces connaissances donnent lieu à des usagers locaux : dans la pratique, les médecins mobilisent des savoirs sur les pathologies, les techniques ou les malades, qui justifient l'étude en situation des raisonnements qui motivent leurs décisions et comportements³⁵.

8) Relations entre Médecins et Malades

Le centre d'assistance médicale est la relation entre le médecin et le malade. Comme tous les rapports sociaux, cette relation est conditionnée par les positions respectives de ses composantes. Le premier élément dont il faut faire état est la situation dans laquelle se trouvent le médecin et le malade. Le premier remplit un rôle spécifiquement professionnel. Cette relation est pour lui, un acte quotidien que l'habitude peut transformer en routine. Le malade, au contraire, se trouve dans une situation exceptionnelle. Il n'est pas objectif de considérer cette réalité comme une situation d'égalité, qui puisse se régler, par exemple, suivant la loi de l'offre et de la demande. Le spécialiste Pedro Lain Entralgo³⁶ a étudié cette relation comme une rencontre entre deux êtres humains déterminée par les intentions conscientes et inconscientes du médecin et du patient au moment où ils se trouvent en présence. De la part du médecin, les intentions peuvent être la guérison ou le soulagement du malade, mais aussi le désir d'utiliser ce dernier comme une source de revenus, d'accroissement de prestige ou comme un élément de progrès dans la recherche. De la part du patient, les intentions seront de recouvrer la santé, de connaître sa maladie, de s'y complaire plus ou moins, de s'en remettre au médecin ou de le tromper en jouant la simulation.

Lain Entralgo a distingué quatre épisodes principaux dans cette relation: *cognitif ou diagnostique, opératif (ou traitement), affectif et éthico-religieux*, et a mis en relief son caractère à la fois personnel et social, sans lesquels la maladie ne peut s'étudier correctement.

Il va sans dire que la considération du malade sur le plan social est d'un poids décisif dans la relation de celui-ci avec le médecin. Dans les sociétés développées actuelles, l'on tient compte de ce facteur. Ce qui signifie la maîtrise d'autres facteurs de caractère négatif. Par contre, le malade, en effet, est abandonné dans les sociétés les plus primitives, réduit au rôle de victime de maléfices.

Dans les années 1960, des courants insistant sur les divergences d'intérêt plutôt que sur la complémentarité des rôles sociaux se renforcent. La négociation ou même le conflit entre médecins et malades apparaissent plus réalistes³⁷. L'importance des maladies chroniques transforme en outre la relation thérapeutique. Pour en tenir compte, les sociologues élargissent l'analyse à l'expérience de la maladie. Les malades sont plus activement impliqués dans la gestion de pathologies affectant toutes les facettes de la vie. On peut ainsi analyser des récits de vie qui révèlent le rôle de la durée dans des trajectoires incertaines, modifiant le rapport au corps, à autrui. Partant du rôle actif du médecin, les sociologues opèrent ainsi un nouveau décentrement, en réhabilitant la contribution des malades.

9) Institutions et politiques de santé

Les travaux sur l'hôpital laissent apparaître un même décentrement du monde médical au bénéfice d'acteurs périphériques. Pris comme objet d'étude dès les années 1950, l'hôpital est alors analysé selon diverses perspectives, qui soulignent le caractère collectif de la prise en charge. En 1961, E. Goffman pointe les mécanismes de contrôle à l'œuvre dans l'institution hospitalière, notamment en psychiatrie. L'hôpital apparaît comme une institution totalitaire et cohérente³⁸. Insistant davantage sur ces stratégies, A. Strauss (1992) voit dans la négociation l'élément constitutif de l'institution hospitalière, conçu comme un ordre négocié³⁹.

La définition des politiques de santé et l'essor de la protection sociale ont accru l'encadrement institutionnel de la médecine. Pour tenir compte de cette dimension politique, les sociologues se sont intéressés à des politiques publiques, d'abord, situées aux frontières des mondes sanitaires et sociaux, en

³⁵ cf. I. BASZANGER, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Le Seuil, 1995.

³⁶ L. ENTRALGO cité par R. LAFFONT, *Op.cit.*, pp.113-114.

³⁷ E. FREIDSON, *Op.cit.*

³⁸ E. GOFFMAN, *Asiles, Op.cit.*,

³⁹ A. STRAUSS, *op.cit.*

étudiant par exemple les politiques de lutte contre des fléaux sociaux comme l'alcoolisme, puis des politiques publiques de lutte contre des pathologies, telles que le cancer⁴⁰ ou le sida⁴¹.

10) Le droit à la santé, de la santé, d'accès aux soins de santé

S'intéressant aussi aux nombreuses dispositions régissant la santé, le sociologue cherche à comprendre les mécanismes ou les pratiques du droit à la santé ainsi qu'à l'accès aux soins de santé, tel que consacré avec force dans un grand nombre d'instruments internationaux et régionaux des droits humains⁴². En fait, la reconnaissance du droit de tout être humain au meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre dans le cadre du droit international relatif aux droits de l'homme impliquant une série d'aménagements sociaux, normes, institutions, lois, etc. permet au mieux la jouissance de ce droit. Les sociologues peuvent constater à quel point ces réflexions construisent un sens commun.

Par contre, les pratiques de soins s'établissent et varient selon l'ordre social, politique et culturel, les acteurs et actrices de terrain et les institutions de la santé appartenant à des luttes politiques et sociales autant qu'ils s'inscrivent dans un milieu culturel selon leurs représentations. Les sociologues y parviennent lorsqu'ils pensent aux multiples conceptions de la maladie, de la souffrance et de la santé ; aux divers modèles, structures et cadres sociaux qui permettent ou empêchent l'accessibilité aux pratiques de soin ; à la circulation de l'information, à l'éducation et la transmission de recherches et de connaissances médicales, qu'elles soient conventionnelles ou alternatives.

11) Politiques sanitaires et inégalités sociales

Talcott Parsons décrit la santé comme une des conditions requises du fonctionnement du système social. Pour lui, « un haut niveau de maladie et un bon niveau de santé sont dysfonctionnels parce qu'ils empêchent la tenue des rôles sociaux »⁴³. Plusieurs organisations sociales ont porté une attention particulière sur les problématiques de santé et se sont attardées à en organiser la gestion. Dans les sociétés occidentales contemporaines, l'intrusion continuelle de la médecine dans la vie quotidienne bouleverse en permanence les comportements dits de santé, comme le régime, l'exercice physique, la prévention des risques de maladies, etc. Comme le souligne Daniel Carricaburu et Marie Ménoret dans *Sociologie de la santé, Institutions, professions et maladies*, la « médicalisation à une surresponsabilisation de l'individu par rapport à sa propre santé »⁴⁴. La santé est devenue non seulement un droit mais aussi un devoir. Dans un contexte où la santé la plus précaire est toujours du côté de moins dotés socialement et économiquement, ce devoir est loin d'être une prescription équitable.

Tous les pays ont l'obligation de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour garantir le droit à la santé de leur population. Le droit à la santé ne signifie pas le droit d'être en bonne santé. En effet, le droit en bonne santé supposerait que l'État doit assurer une bonne santé à l'ensemble de la population en vertu de l'obligation de résultat en termes de prérogatives régaliennes⁴⁵. Ainsi, les sociologues analysent la manière dont l'État garantit aux personnes la possibilité de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint.

12) D'autres médecines et d'autres médecins : notion d'itinéraire thérapeutique

La recherche du bien-être étant inscrit comme un objectif de développement à atteindre, l'individu face à sa maladie et à ses représentations peut s'orienter vers plusieurs itinéraires qui peuvent être proposés aussi bien par la médecine alternative que par la médecine classique. L'individu opère des choix en se comportant en tant qu'acteur dans la recherche de sa propre guérison et joue tout de même le libre arbitre. En effet, la notion d'itinéraire thérapeutique est liée aussi à celle du trajet du malade. Ces différents trajets sont représentés, comme le note H. Kwilu Landundu, par le « Conseil de famille (groupe organisateur de la thérapie)-guérisseur-féticheur-médecin-pasteur »⁴⁶, et ils varient suivant de nombreux critères socio-culturels. En d'autres termes, chaque itinéraire thérapeutique est fixé selon sa spécificité, dépendant de différents thérapeutes et à différents moments. Kwilu Landundu a montré que dans les trajets thérapeutiques des malades du sida qu'il a pu rencontrer à Kinshasa, tous avaient décidé à un moment ou à un autre d'aller voir un pasteur d'une église de réveil. Encore dans ce contexte, le trajet des recours n'est pas linéaire et que l'efficacité du thérapeute

⁴⁰ P. PINELL, *Naissance d'un fléau : histoire de la lutte contre le cancer en France*, Paris, Métailié, 1992.

⁴¹ M. POLLACK, *Les homosexuels et le sida : sociologie d'une épidémie*, Paris, Métailié, 1988.

⁴² Lire par exemple : Conseil Économique et Social des Nations-Unies, Observation n°14 sur le Droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, 11 août 2000.

⁴³ T. PARSONS, *The social system : The Major Exposition of the Author's Conceptual Scheme for the Analysis of the Dynamics of the Social System*, The free Press, New York, 1964.

⁴⁴ D. CARRICABURU et M. MÉNORET, *Sociologie de la santé*, col « U », Armand Colin, 2004.

⁴⁵ OMS, Aide-mémoire sur le Droit à la santé, 2007.

⁴⁶ H. KWILU LANDUNDU, *Op.cit.*, p. 210.

n'est toujours pas centrale dans la définition du parcours car d'autres éléments entrent souvent et toujours en jeu.

13) Des recompositions sociales autour de la maladie, de la maladie chronique

Les différentes sociétés établissent la frontière entre *le normal* et *le pathologique*. Cette question a notamment été abordée par le biais de la santé mentale. La question de la santé mentale a particulièrement intéressé la sociologie parce qu'elle pose de manière particulière la question du rapport entre l'individu et la société. On a notamment montré une grande variabilité dans l'espace et dans le temps des comportements jugés acceptables et/ou inacceptables. Comme le constate G. Canguilhem, la distinction entre *le normal* et *le pathologique* échappe à des limitations parfaitement strictes et définies. S'il existe bien un état malade, il ne peut pas être élevé au niveau du concept et d'une généralité universelle, voire philosophique⁴⁷.

Une autre piste ouverte par G. Canguilhem qui alimente la réflexion sociologique, c'est de dire que « *le normal c'est quand l'individu arrive à maintenir son propre équilibre interne et l'équilibre avec son environnement* ». Dans ce contexte, des signes autistiques, psychotiques, névrotiques évidents peuvent arriver à s'en accommoder, au quotidien, et évoluer dans un milieu qui les accepte, et qui, éventuellement même, les valorise. On aura dans ce cas-là une vie normale.

La santé mentale a permis d'explorer d'autres sujets de l'analyse des facteurs sociaux et culturels de la maladie mentale, les représentations à l'égard de la folie, l'analyse de l'institution psychiatrique sont largement considérés comme des travaux pionniers en matière de sociologie de la santé. Sur cette question, Erving Goffman a ouvert des réelles perspectives dans une étude célèbre intitulée : *Asiles. Étude sur les conditions sociales des malades mentaux*. Côté francophone, on peut citer M. Foucault avec, entre autres, ses travaux sur les *Anormaux*. L'exemple de la psychiatrie est intéressant parce qu'il souligne bien les processus sociaux en jeu dans la définition de la normalité et de la déviance, mais aussi dans le rapport entre les individus, la communauté et la société.

III. PERSPECTIVES : LA SOCIOLOGIE DE LA SANTÉ EN RD CONGO

Nous avons signalé ci-haut que la sociologie de la santé a rapidement émergé et supplanté la sociologie médicale. Par contre, en RD Congo, elle est encore dans l'état embryonnaire. Les chercheurs congolais en sociologie de la santé pensent que cette dernière est réservée à des domaines à caractère médical comme la médecine, la pharmacie et la santé publique. Alors que la santé est un fait social comme tous les faits sociaux.

Toutefois, quelques chercheurs s'y sont, d'une manière ou d'une autre, intéressés. Nous pouvons citer, par exemple, les rôles joués par Carole Hembe Kimpesa⁴⁸ dans la communication publique pouvant servir à la promotion de la santé mentale en RD Congo, par Hortense Shidi Ihemba Kotshi⁴⁹ dans une analyse empirique établissant une relation entre l'accès aux soins de santé et la pauvreté, par Dédé Watchiba⁵⁰ dans l'évaluation systématique de la politique publique en matière de lutte contre le Sida en RD Congo, etc.

Étant donné que chaque discipline des sciences sociales et humaines a un objet d'étude et un cadre méthodologique bien spécifiques, il est regrettable que les sociologues congolais ne soient pas beaucoup intéressés à un fait social aussi intéressant qu'est la santé. À l'exception près d'Hubert Kwilu Landundu qui a écrit, entre autres, *VIH/Sida et flux migratoires à Kinshasa (2015)*, *VIH/Sida, représentations, croyances et mythes en RD Congo (2015)*, *Flux migratoires et violences politiques à Kinshasa (2007)*, et *Kwilu-ngongo : une cité entre deux extrémités (2007)*, *La sociologie de la santé au Congo-Kinshasa (2016)*, *La sociologie des hôpitaux et des soins curatifs au Congo-Kinshasa (2022)*, de Ntumba Lukunga qui a élaboré et enseigné le cours de Sociologie de la santé pendant plusieurs années à l'Université de Kinshasa.

Il est temps que la sociologie de la santé puisse quitter cet état embryonnaire pendant que les épidémies et les pandémies deviennent de plus en plus menaçantes. Elle doit s'institutionnaliser au même titre que les autres disciplines comme la psychologie qui a gagné sa place dans les organisations hospitalières.

CONCLUSION

Cet article a porté sur l'intérêt de la sociologie dans le domaine de santé et la recension des travaux à travers les thèmes couramment traités par les sociologues en cette matière. Pour y parvenir, nous avons adopté l'approche à la fois documentaire, descriptive et analytique, c'est-à-dire combinant la lecture de la littérature spécialisée et l'analyse des effets socio-culturels en rapport avec la santé. Nous avons, d'abord,

⁴⁷ G. CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, 1966, p. 87.

⁴⁸ C. HEMBE KIMPESA, « Communication publique et promotion de la santé mentale en RD Congo », in *Annales de la faculté des lettres et sciences humaines*, n°XVII, 2017, pp.233-244.

⁴⁹ H. SHIDI IHEMBA, *L'accès aux soins de santé et la pauvreté dans la zone de santé de Maluku*, PUK, 2007.

⁵⁰ D. WATCHIBA, *Évaluation systématique de la politique publique en matière de lutte contre le Sida en RD Congo*, l'Harmattan, 2018.

situé la portée sémantique des notions de base de cette étude, à savoir : *sociologie, santé, maladie, sociologie médicale, sociologie de la santé et sociologie hospitalière*. Ensuite, nous avons passé en revue la production sociologique en matière de santé à travers les thèmes étudiés dont l'histoire des maladies et de malades ; les facteurs ou déterminants sociaux de la santé ; les inégalités sociales dans le système de soins ; les profanes et professionnels de santé ; l'hôpital comme organisation productrice et comme entreprise ; les connaissances médicales ; les relations entre les médecins et les malades ; les institutions et les politiques de santé ; le droit à la santé, de la santé et d'accès aux soins de santé ; les politiques sanitaires et les inégalités sociales, les notions d'itinéraire thérapeutique d'autres médecines et d'autres médecins et les recompositions sociales autour de la maladie.

Il a été démontré que la sociologie de la santé en RD Congo est encore dans son état embryonnaire. D'où, un impératif appel aux chercheurs en sociologie de s'emparer de la santé qui est un fait social comme tout autre.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM Ph. *et al.*, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, 2012.
- BANTUELLE M., « Agir sur les déterminants de la santé », *Santé conjugulée*, n°97, déc. 2021. Disponible : <http://www.maisonmedicale.org>.
- BASZANGER I., *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Le Seuil, 1995.
- BLACKWELL E., *Essays in medical sociology*, London, Ernest Bell, 1902.
- BUCHEZ J.B., *Précis élémentaire d'hygiène* (en collaboration avec le D'Ulysée Trélat), Paris, Raymond, 1825.
- CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, 1966.
- CARRICABURU D. et MÉNORET M., *Sociologie de la santé*, col « U », Armand Colin, 2004.
- COMTE A. (*47^{ème} leçon du cours de philosophie positive, 1839*), cité par H. JANNE dans *Le système social : Essai de théorie générale*, Edition de l'Institut de sociologie de l'Université Libre de Bruxelles, 1970.
- Conseil Économique et Social des Nations-Unies, Observation n°14 sur le Droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, 11 aout 2000.
- CROZIER M., *Le phénomène bureaucratique : Essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel*, Édition du Seuil, 1963.
- D'HOUTAUD A., *Sociologie de la santé : Langage et savoirs. Environnement et éthique*, l'Harmattan, 1998.
- DURKHEIM E., *Le Suicide. Étude de sociologie : causes sociales et types sociaux*, Livre II, 1897.
- FOUCAULT M., *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 1963.
- GOFFMAN E., *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Livres d'ancrage, Doubleday & Company, Garden city, New York, 1961.
- GRMEK M., *Histoire de la pensée médicale en Occident*, Paris, Le Seuil, 1995.
- HATZFELD H., *Le grand tournant de la médecine libérale*, Éditions ouvrières, Paris, 1963.
- HEMBE KIMPESA C., « Communication publique et promotion de la santé mentale en RD Congo », in *Annales de la faculté des lettres et sciences humaines*, n°XVII, 2017, pp.233-244.
- HERZLICH C., *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Mouton, Paris, 1969.
- JANNE H., « Introduction à la Sociologie Générale », *Revue de l'Institut de Sociologie*, 1951. Disponible : <https://doi.org/10.4000/sociologies.2964>.
- JANNE H., *Le système social : Essai de théorie générale*, Edition de l'Institut de sociologie de l'Université Libre de Bruxelles, 1970.
- KWILU LANDUNDU H., *Sociologie de la santé au Congo-Kinshasa*, Paris, l'Harmattan, 2016.
- LAFFONT Robert, *Santé et Maladie*, Ed. Grammont, Paris, 1976.
- MASSÉ R., « Les sciences sociales au défi de la santé publique », *In Sciences Sociales et Santé*, vol. 25, no 1, mars 2007.
- MIRKO GRMEK D., *Histoire de la pensée médicale en Occident*, Paris, Le Seuil, 1995.
- OMS, Aide-mémoire sur le Droit à la santé, 2007.
- PARSONS T., *The social system : The Major Exposition of the Author's Conceptual Scheme for the Analysis of the Dynamics of the Social System*, The free Press, New York, 1964.

- PENEFF J., *L'hôpital en urgence*, Métailié, 1992
- PETTY W., cité par DUPÂNIER J., « William Petty et l'invention de la table de mortalité », in *Population*, 1984, n°6, pp. 1069 – 1073
- PINELL P., *Naissance d'un fléau : histoire de la lutte contre le cancer en France*, Paris, Métailié, 1992.
- PIRARD A.-M., « Des savoirs qui s'ignorent ? Des représentations de la maladie » in *Santé conjugée* n° 16, avril 2001. Disponible : <http://www.maisonmedicale.org>.
- POLLACK M., *Les homosexuels et le sida : sociologie d'une épidémie*, Paris, Métailié, 1988.
- Préambule à la Constitution de l'OMS, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19 juin - 22 juillet 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États, (Actes officiels de l'OMS, n°2, p.100) et entré en vigueur le 7 avril 1948 ».
- RENAUD M., « De la sociologie médicale à la sociologie de la santé; trente ans de recherche sur le malade et la maladie », Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, 1985. Disponible : <http://classiques.uqac.ca/>.
- SCHACHTER S. et SINGER J., « Cognitive, Social and Physiological Determinants of Emotional States », *Psychological Review*, 1962, vol. L XIX, pp. 379-399.
- SHIDI IHEMBA H., *L'accès aux soins de santé et la pauvreté dans la zone de santé de Maluku*, PUK, 2007.
- STRAUSS A., *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme*, Paris, Éditions A.-M. Métailié, 1992.
- WATCHIBA D., *Évaluation systémique de la politique publique en matière de lutte contre le Sida en RD Congo*, l'Harmattan, 2018.
-