

## Éducation sanitaire. Propositions de solutions au problème du langage

## Health Education: Suggestions for Solving the Language Problem

## Educación sanitaria. Proposición de soluciones al problema del lenguaje

Danielle Piette

Numéro 1 (41), printemps 1979

La prise en charge communautaire de la santé

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1034833ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1034833ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)

2369-6400 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Piette, D. (1979). Éducation sanitaire. Propositions de solutions au problème du langage. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (1), 115–121. <https://doi.org/10.7202/1034833ar>

Résumé de l'article

L'auteur s'interroge ici sur le problème de la communication experts-profanes. Quel langage employer lors de la transmission des informations des uns aux autres ? A propos d'une brève enquête menée à propos du rhume auprès de personnes de trois niveaux d'études très différenciés, l'auteur dégage les conclusions suivantes : les savoirs profanes sont constitués par des approches parcellaires et rationalisées d'expériences vécues; l'ensemble des profanes sont démunis face au savoir scientifique véhiculé par les médecins.

Le problème de l'éducation à la santé est vaste et complexe. Sa solution se trouve dans une animation réciproque d'information scientifique pour les profanes et de connaissance de la conscience populaire et de l'inconscient collectif pour les experts. Il doit donc y avoir une pluralité de messages allant tantôt des experts vers les profanes, tantôt des profanes vers les experts, tous alternant leurs rôles respectifs de manière continue. Un exemple relatif à la vaccination illustre ce processus.

# Education sanitaire: proposition de solutions au problème de langage

par Danielle Piette

Ne pas connaître le public auquel on s'adresse : voilà un des grands problèmes méthodologiques de l'éducation à la santé. Les définitions de l'éducation sanitaire sont multiples. Mais si on accepte comme objectif de promouvoir la participation responsable des individus et des groupes, il me semble qu'on s'engage à mettre à la disposition de la population un minimum d'informations tant sur *le corps sain et malade* que sur *les services de soins et leur gestion*. Des informations suffisantes, exactes et aussi compréhensibles, utiles à la prise de décision, à la participation, à l'autonomie...

## *Un problème de langage*

De toutes les questions que soulève l'éducation à la santé, seul le problème de la communication experts-profanes retiendra ici notre attention.

Il n'y a quasi pas de recherches ni même de réflexions sur le langage à employer lors de la transmission des informations par les experts (principalement les médecins) aux profanes (tous les non-travailleurs de la santé). Tout se passe comme si le savant parlait toujours le même langage que le public, comme s'il employait les mêmes mots en y mettant la même signification, comme s'il faisait les mêmes références à des connaissances de base, comme s'il raisonnait de la même façon.

Une enquête élémentaire sur les savoirs scientifiques et populaires d'une maladie relativement

simple permet déjà de montrer qu'il n'en est rien. C'est ce que j'ai voulu faire en interrogeant 24 personnes de trois niveaux d'études aussi éloignés l'un de l'autre que possible<sup>1</sup>. Le sujet de l'enquête était le rhume (rhinite aiguë ou common cold) maladie banale et généralement bénigne.

Plusieurs caractéristiques probablement transposables à d'autres représentations sociales des maladies apparaissaient très clairement à la seule étude des 24 entretiens.

## *Les savoirs profanes comme approches parcellaires et rationalisées d'expériences vécues*

Les profanes doivent l'exactitude scientifique de certains éléments de leurs discours à leurs expériences personnelles. Les *symptômes* du rhume par exemple sont des symptômes cliniques, c'est-à-dire des signes perceptibles à l'enrhumé comme au clinicien sans examen technique. Les discours profanes et scientifiques sur ce sujet étaient superposables quoique différents sur le plan du vocabulaire. *Les complications* éventuelles du rhume permettaient une intéressante comparaison : les individus interviewés n'ont jamais pu citer plus de deux complications du rhume et chaque fois, ces affections avaient été observées dans leur famille. L'expérience du profane est limitée à l'observation de sa propre personne ou de son cercle familial, ce qui explique la pauvreté relative de certaines de ses connaissances lorsqu'on les mesure à la "richesse" du savoir médical.

L'analyse des discours sur l'étiologie de rhume (la ou les cause(s) du rhume) est éclairante à plus d'un égard. Tout d'abord, elle révèle les phénomènes de rationalisation au départ d'informations incomplètes.

Les frissons et les éternuements sont, avec les malaises légers, les prodromes des rhinites aiguës, c'est-à-dire les signes avant-coureurs de la maladie qui se manifestent pendant la période d'incubation (temps qui s'écoule entre l'époque de la contagion et l'apparition des premiers symptômes de la maladie). Les frissons apparaissent donc en premier. Comme ce sont des tremblements inégaux accompagnés d'une sensation de froid, nous voyons que tout "naturellement", les individus font de ce froid la cause du rhume.

L'expérience renouvelée du refroidissement au début du rhume induit et renforce la perception d'une causalité qui semble être un des fondements de la représentation populaire du rhume.

La rationalisation est aussi un phénomène propre à la démarche scientifique. Une différence entre les rationalisations des experts et non-experts semble être l'importance des informations de base, la méthode de collecte des informations et le processus d'analyse (les médecins n'échappent pas à la rationalisation abusive quand, par exemple, ils attribuent la guérison d'une affection à l'absorption d'une substance médicamenteuse n'ayant jamais fait l'objet d'essais thérapeutiques contrôlés).

### *Contradictions au sein des savoirs profanes*

L'analyse des discours sur l'étiologie révèle aussi des contradictions à l'intérieur des savoirs populaires.

Pour les profanes, le phénomène "refroidissement - rhume" est une évidence résultant à la fois des expériences personnelles et de la tradition. Une évidence ne se démontre ni ne s'explique. Une évidence se vit. Les individus ne se demandent pas pourquoi ni comment un refroidissement même léger peut causer une maladie. Leurs connaissances sont tellement "naturelles", tellement peu réfléchies que même si elles renferment une contradiction importante, elles n'en affectent pas

pour autant leur assurance. Ainsi, le microbe — en fait un virus — élément du savoir scientifique qui apparaît dans certains entretiens se juxtapose, sans vraiment s'intégrer, aux croyances populaires du froid, comme agent causal du rhume. Savoir qu'un microbe peut induire un rhume relève d'un mode de connaissance qui ne se base plus sur l'expérience personnelle du non-expert mais bien sur la foi qu'il met dans les résultats d'expériences de savants, pour autant que ces résultats lui parviennent.

La juxtaposition parfois contradictoire du froid, de la contagion et du microbe différencie les individus selon leur niveau d'études. Plusieurs profanes ont parlé spontanément de la contagion tout en déniaient un rôle actif au microbe dans l'origine du rhume. Ces personnes principalement représentatives de la classe ouvrière citaient le froid comme seul facteur étiologique important, l'autre étant la résistance physique de l'individu. Les cadres, et à l'opposé les sous-prolétaires<sup>2</sup> n'étaient pas porteurs de cette contradiction. Pour eux, le microbe expliquait bien les phénomènes de contagion. *La classe supérieure et intellectuelle* a intégré au moins partiellement le microbe dans sa représentation du rhume, peut-être grâce à sa plus grande proximité des sources de l'information médicale. *Les sous-prolétaires* par contre, seraient plus attachés aux phénomènes immédiatement perceptibles, c'est-à-dire à la contagion encore souvent observée dans leur famille nombreuse. Le microbe s'intègre donc assez bien à leurs connaissances personnelles de la vie. Quant à *la classe ouvrière*, on peut supposer qu'elle est tout autant attachée à la représentation populaire du rhume que les sous-prolétaires. Toutefois, elle aurait perdu un contact souple et spontané avec des phénomènes naturels. Dans l'étiologie du rhume, le froid serait plus "fort" que le microbe réservé à l'étiologie des maladies plus graves comme la tuberculose encore fortement associée à l'angoisse de la contagion<sup>3</sup>.

### *Des savoirs profanes à un savoir populaire*

Les discours profanes sur le rhume présentent d'autres types de différences qui peuvent être regroupées sous les expressions savoir-dire, savoir-

faire et savoir-vivre, ce dernier terme signifiant entre autres les relations avec les professionnels de la santé et les attitudes devant la science et la technique. Quelles que soient ces différences, l'écart entre les savoirs des experts et des moins "ignorants" des profanes est toutefois tellement important qu'il n'est pas nécessaire, dans un premier temps, de considérer plusieurs groupes de non-experts lorsqu'on veut s'attacher à diminuer cet écart, quel que soit d'ailleurs le but de cet effort de communication. Dans chaque interview, il y a de graves lacunes, des erreurs et des interprétations qui n'ont rien à voir avec la rationalité scientifique. Il ne paraît donc pas que les individus les plus "cultivés" aient en mains les informations nécessaires pour prendre leur santé sous leur propre responsabilité. Quelques connaissances supplémentaires les laissent, tout autant que les individus culturellement moins privilégiés, démunis face au *savoir* scientifique véhiculé par les médecins. (Cela n'est pas contradictoire avec le fait que des différences de statut social ou de cohérence sociale du discours, soient sources d'inégalité face à la santé ou à la maladie et soient responsables des carrières hétérogènes des patients.)

Par comparaison au savoir scientifique, les savoirs profanes présentent les mêmes caractéristiques, ce qui peut justifier l'appellation "savoir populaire" employée en éducation sanitaire. Ce savoir populaire — ici, le savoir sur le "rhume" — comporte deux versants :

— *un versant concret*, qui est l'ensemble des expériences vécues par l'individu et son entourage. Ces expériences sont renouvelées, perçues et véhiculées par la tradition. Certains phénomènes morbides arrivent simultanément ou dans un ordre rapproché et cette juxtaposition de plusieurs symptômes précis devient la maladie du rhume. Un phénomène de rationalisation s'y greffe et cimente des signes retenus comme significatifs.

— l'autre côté de la représentation rassemble des éléments acquis dans un rapport secondaire à un savoir, c'est-à-dire *des éléments non immédiatement perceptibles*. Il s'agit ici de termes ou de petites parties du savoir médical qui, par la vulgarisation s'imposent finalement à la conscience des individus (exemple : le microbe). Entre ces deux versants, il peut y avoir des simi-

litudes, une identité ou des contradictions partielles. Il peut aussi n'y avoir aucun rapport...

### *Rupture entre les savoirs populaire et scientifique. Un peu d'histoire*

Quant aux médecins, ils embrassent la totalité du tableau clinique des rhinites. Ils bénéficient de l'expérience de l'ensemble des individus et non de trois ou quatre d'entre eux. Ils profitent des progrès des sciences physique, chimique et biologique dans l'explication des phénomènes physiologiques en jeu. Les examens techniques leur donnent d'autres moyens d'investigation que l'expérience clinique. Riches d'apports multiples, les experts médicaux peuvent produire un discours sur le rhume, discours qui tient compte au maximum de tous les aspects de cette pathologie.

Les rhinites s'inscrivent dans tout un sous-ensemble : soit la pathologie O.R.L. (la région anatomique), soit la pathologie infectieuse (l'étiologie), soit même la pathologie respiratoire (le système respiratoire). Ce savoir médical sectorisé, et toutes les pratiques qui en découlent, sont causes de rupture entre experts et profanes. Il s'est particulièrement développé depuis l'introduction des sciences physiques et chimiques dans le curriculum médical. C'est ce qu'avancent Twaddle et Stoeckle<sup>5</sup> pour qui le changement des connaissances a débuté en 1910 par le *rapport Flexner* qui critiquait les études médicales aux U.S.A. Les auteurs décrivent qu'à la suite de cela, des écoles de médecine furent fermées et d'autres intégrées aux universités : les sciences physico-chimiques devinrent une partie importante et obligatoire de l'enseignement des futurs médecins. Chez nous comme dans les pays anglo-saxons, cette réforme modifia qualitativement et quantitativement les sciences médicales, provoquant une explosion de la recherche. Les gens "hors médecine" ne peuvent plus suivre les progrès de cette science qui a dès lors besoin d'être vulgarisée pour être comprise par les esprits curieux.

Pour Michel Foucault<sup>6</sup>, la rupture entre les savoirs populaire et scientifique est plus profonde encore et date d'une époque antérieure. Au 17<sup>e</sup> siècle, pour les médecins, la configuration de la

maladie est encore *primaire* ; les phénomènes qui rendent compte d'une pathologie sont ceux qui "tôt ou tard, de plein fouet ou indirectement peuvent être donnés au regard. Une cause qui se voit, un symptôme qui peu à peu se découvre, un principe lisible dès sa racine..."<sup>7</sup>. La pleurésie par exemple, est toute entière contenue dans ces quatre phénomènes : fièvre, difficulté de respirer, toux et douleur de côté. Le tableau nosologique (classification des maladies) est basé sur les ressemblances entre les maladies. Le rôle du médecin consiste à découvrir et rejeter les perturbations qu'un malade apporte au tableau descriptif idéal de la maladie par ses caractéristiques personnelles (tempérament, âge, etc.). Fin 17<sup>e</sup> et début 18<sup>e</sup>, le regard médical est de moins en moins le regard de tout un chacun. En s'efforçant de préciser ressemblances et différences entre les maladies, le médecin commence à déchiffrer l'histoire des pathologies. L'introduction d'un ordre chronologique parmi les symptômes modifie et affine la classification des maladies. De plus en plus, le médecin doit connaître — posséder des connaissances — pour reconnaître une maladie. Mais à ce stade, l'atteinte d'un organe n'est pas absolument nécessaire pour définir une maladie : le mal peut aller d'un endroit à l'autre du corps sans changer de nature. Au 18<sup>e</sup> siècle par contre, apparaît ce que Foucault appelle la *spécialisation secondaire* de la maladie. Un organe sert de support aux symptômes. Les symptômes que le médecin reconnaît sont inscrits dans le corps et deviennent des signes. Dans cet esprit, la fièvre n'est plus seulement un des symptômes qui permet de diagnostiquer une pleurésie : la fièvre "dit", elle est le signe d'un mécanisme de défense. La *spécialisation tertiaire*, troisième étape décrite par Foucault, commence fin 18<sup>e</sup>. A cette époque, les pratiques médicales s'inscrivent dans un espace social spécifique avec ses structures et ses lois. Lutttes politiques, revendications, contrôle du soulagement de la misère entre autres, apparaissent et influencent la perception et l'organisation de la maladie. Les situations décrites par Twaddle et Stoeckle correspondent à l'évolution récente des spécialisations secondaires et tertiaires.

Au cours des siècles s'est donc creusé un fossé entre les perceptions des malades et le savoir des

médecins. La connaissance qu'ont ces derniers de la maladie est une connaissance construite, globale, multiple dans ses approches et ses aspects. Elle engloutit la connaissance individuelle des patients dans une totalité signifiante de la maladie : les expériences vécues et exprimées souvent maladroitement par le patient sont noyées dans un discours cohérent qui a une signification scientifique précise. Que représente pour le savoir médical, l'expérience fatalement tronquée d'une personne, d'un individu, face aux efforts des scientifiques pour étudier, analyser, rassembler, classer, interpréter des éléments qui s'accroissent ?

*L'éducation à la santé :  
un problème vaste et complexe*

Dans ce travail sur le rhume, le savoir des médecins a été idéalisé, parallèlement à une volontaire schématisation et réduction du savoir des profanes. Mais cela n'enlève rien aux implications possibles de deux des principaux résultats qui peuvent se résumer comme suit :

- *il y a une profonde rupture entre savoir scientifique et savoir profane. Cette rupture n'est pas comblée par l'emploi d'un vocabulaire commun,*
- *quel que soit le niveau d'études, les individus sont semblablement démunis face au savoir médical.*

Que l'on comprenne bien cette dernière affirmation : les différences entre individus existent, d'autres auteurs l'ont bien et abondamment montré<sup>8</sup>. Mais ces différences ne sont pas forcément le signe d'une différence d'autonomie ou d'efficacité personnelle dans les dimensions individuelles et collectives de la santé.

Efficacité et autonomie potentielles des mieux-nantis ? Peut-être et même probablement. Mais il faudrait amplifier et diversifier les recherches pour se prononcer valablement. Efficacité, autonomie et bien-être sont des concepts non superposables qu'il est difficile d'évaluer. Car ils ne recouvrent pas — et loin de là ! — le seul savoir même compris au sens large (outre le contenu du savoir, citons par exemple le processus d'analyse et l'existence ou l'absence de critique scientifique). La recherche du

plaisir, le goût du risque, la valorisation sociale, le désir de mort, le sens du sacré sont très probablement d'autres dimensions des attitudes face à la santé. Seule une sérieuse amplification des recherches pluridisciplinaires permettra une meilleure compréhension des mécanismes en jeu.

### *Que faire ?*

Actuellement et à court terme, il est toutefois possible d'améliorer la communication experts-profanes, donc, de répondre d'une façon plus adéquate aux besoins et demandes des individus et des groupes et parallèlement ou conjointement, de mieux vulgariser la science. Il est même possible de le faire sans appauvrir le savoir scientifique ou le savoir populaire, l'un enrichissant l'autre de ses nuances et de ses approches différentes de la réalité.

La vulgarisation scientifique est souvent une transposition simplifiée à l'extrême du savoir savant. A tel point que les informations en deviennent incompréhensibles ou inexacts. Ou bien au contraire, les experts présentent une telle profusion d'informations que le profane ne peut distinguer l'important de l'accessoire ni ce qui lui est directement utile de ce qui reste une information exacte et intéressante certes, mais superflue pour prendre une décision individuelle et collective. Et dans ces deux types d'informations manquent souvent les références aux *PRESUPPOSES*. Les présupposés d'une information sont les connaissances nécessaires et préalables à la compréhension de cette information. Ils peuvent être et sont souvent de différentes natures : principes physico-chimiques mais aussi notions de géométrie de l'espace, logique sous-tendue par la philosophie cartésienne, etc.

### *Un exemple : des slogans incitant la population à se faire vacciner*

Admettons qu'une campagne de vaccinations contre le tétanos soit lancée en Belgique et qu'un groupe d'usagers d'un service de santé décide de propager des suppléments d'informations pour répondre aux nombreuses questions des habitants

d'un quartier. Pourquoi les questions viendraient-elles nombreuses aux lèvres des individus ? Parce que cette campagne, composée uniquement de slogans, ne proposerait pas par exemple, les explications des phénomènes suivants :

- le tétanos est une maladie d'origine bactérienne
- le tétanos est grave et difficilement curable
- la vaccination est possible et efficace.

Cette campagne omettrait également de faire référence aux points suivants :

- notion d'immunologie
- mode de transmission du tétanos et notion de population à risques
- coûts social, économique et psychologique du tétanos. Comparaison avec les coûts de la vaccination
- notion d'épidémiologie, d'économie, etc.

Bref, une telle campagne négligerait de donner une grande part des informations qui amènent les professionnels de la santé à promouvoir la vaccination contre le tétanos, donc, les informations qui pourraient, de la même façon, décider les individus à se faire vacciner, à choisir en toute connaissance de cause la vaccination. Libre aux adversaires d'une telle vaccination d'expliquer eux aussi toutes les données sur lesquelles ils se basent pour justifier leurs affirmations (toute discussion sur le bien-fondé d'une telle vaccination n'a pas sa place dans cet article. Ce sujet a été pris comme exemple parce qu'il n'a jamais été sélectionné pour une campagne de ce genre en Belgique).

Donner une information avec ses présupposés est une gymnastique intellectuelle difficile qui demande aux travailleurs de la santé un temps considérable. En effet, les experts sont amenés à rechercher les étapes de leurs propres découvertes de la science. Car les experts ne sont pas nés experts. A eux de se rappeler comment ils le sont devenus et de sélectionner, éventuellement seuls dans un premier temps, les informations nécessaires aux individus pour agir en être responsable, pour poser les bonnes questions aux soignants qu'ils rencontrent, pour développer des motivations positives vis-à-vis de la santé, etc. Le choix des informations ne serait plus arbitraire mais justifié en fonction d'un but précis... La diffusion uniforme de slogans dans la population

ne permet pas une prise de responsabilité des individus.

*Education à la santé – et même vulgarisation scientifique – : un dialogue experts-profanes*

Tout ce travail que doivent entreprendre les travailleurs de la santé représente le *versant* “*experts*” du processus d’animation scientifique. Un *versant* “*profanes*” lui est nécessairement complémentaire. Il rassemble tout ce qui, à propos du même phénomène fait partie de la conscience populaire et même de l’inconscient collectif. Cette recherche est plus difficile encore à mener à bien car elle vise des données erratiques dont la cohérence est plus symbolique que cartésienne. Avec un minimum d’efforts, il est toutefois possible de connaître les grandes lignes des savoirs populaires sur un point précis de santé, de maladie, sur un mécanisme de fonctionnement du corps, sur un traitement, sur les angoisses liées à une affection ou à un soin, etc. Parallèlement, avec un peu d’attention, de temps et de pratique, il est possible de formuler des hypothèses qui expliqueraient ces savoirs populaires et d’en dresser la liste des présupposés.

Reprenons l’exemple de la campagne de vaccination contre le tétanos. On peut imaginer qu’une telle recherche mettrait en évidence, outre des questions précises sur la maladie elle-même, certains points du savoir populaire néfastes à un choix positif de vaccination, comme par exemple :

- incompréhension de l’efficacité d’un vaccin,
- rejet de la piqûre,
- ennuis causés par les déplacements vers les centres de vaccination,
- passivité devant l’obligation de structurer le temps (calendrier des rappels).

*Il y a donc une pluralité de messages sur la vaccination contre le tétanos, messages allant tantôt des experts vers les profanes, tantôt des profanes vers les experts, tous alternant leurs rôles respectifs de manière continue au cours de cette activité de promotion de la santé.* Quelles que soient les informations sélectionnées par les experts, l’animation décidée par ceux-ci sera inefficace si elle ne répond pas aux “savoirs” des profanes et donc

par exemple, si les lieux de vaccinations ne sont pas multipliés et si on n’essaye pas de démystifier la piqûre (ce qui pourrait par exemple se faire en formant à cet acte technique simple des volontaires de chaque communauté rurale et urbaine qui seraient alors chargés d’administrer eux-mêmes le vaccin à leurs voisins).

Les résultats seraient plus bénéfiques si le travail de recherche était mené par les groupes de profanes concernés. “Travail plus lent et certainement désordonné” diront certains. Peut-être, mais le but en est de favoriser l’autonomie des individus et des groupes et non d’accroître le savoir intellectuel, démarche complémentaire qui doit répondre à des normes méthodologiques sévères.

Les campagnes nationales d’éducation à la santé sont décidées par les experts en fonction de critères précis de santé publique, du moins l’espère-t-on. Les “savants” doivent rester disponibles, susciter et prêter leur concours aux animations choisies par les usagers des services de santé en fonction de leurs besoins et de leurs désirs. Car la santé n’est pas seulement mesurable par la morbidité des maladies infectieuses mais aussi par la satisfaction qu’engendre un accroissement du bien-être...

Et je terminerai en formulant l’hypothèse que cette démarche de recherche des savoirs populaires amènera une remise en cause sérieuse et profonde du savoir médical académique, tout comme ce dernier peut modifier considérablement le savoir profane. C’est à ce moment seulement qu’au sein de l’éducation à la santé, un dialogue réel où chaque individu sera à la fois savant et profane deviendra possible.

Danielle Piette

*Sociologue au Groupe d’étude pour une réforme de la médecine*

*Cet article n’engage que son auteur.*

---

notes

1 Le premier groupe ne compte que des individus ayant

terminé au moins trois années d'étude après le cycle secondaire des humanités et donc scolarisés au minimum jusqu'à 21 ans.

Le deuxième groupe est composé de personnes qui ont terminé le cycle court des humanités, ou des humanités techniques ou professionnelles ou enfin, qui ont suivi un apprentissage. Elles ont donc été scolarisées avec fruit jusqu'à 16 ans. Le troisième groupe enfin, rassemble des individus qui ont fait que des études primaires et qui souvent écrivent ou lisent peu ou prou. (échec de la scolarité obligatoire). Pour plus de renseignements, voir la Lettre d'information no 123 du G.E.R.M.

<sup>2</sup> Les sous-prolétaires sont un ensemble d'individus situés, dans nos sociétés d'abondance, au plus bas de l'échelle sociale, et cela, dans toutes les dimensions de leur existence : pauvreté économique, culturelle, physique, etc. Le sous-prolétariat est le résultat d'un phénomène de marginalisation qui touche de 5 à 10 % de nos populations.

<sup>3</sup> Ces hypothèses sont valables dans le contexte belge et plus particulièrement wallon où certaines zones sont industrialisées depuis le 18<sup>e</sup> siècle.

<sup>4</sup> Je n'aborde pas ici le problème des connaissances nécessaires aux profanes pour que ceux-ci se sentent bien dans leur peau et soient en toutes circonstances sujets à part entière plutôt qu'objet de médecine.

<sup>5</sup> Twaddle et Stoeckle. *Pressures for change in the medical care system. A conceptual model*. Paper prepared for the 3rd International Conference on Social Science and Medicine. Elsinore, Denmark, August 1972. Ronéotypé.

<sup>6</sup> Michel Foucault. *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Presses Universitaires de France, Collection "Galien", Paris, 1975.

<sup>7</sup> Ibid. p. 4.

<sup>8</sup> Quelques exemples parmi d'autres :

— Luc BOLTANSKI *Consommation médicale et rapport au corps* et aussi *La découverte de la maladie. La diffusion du savoir médical*. Centre de sociologie européenne, Paris, 1968. Ronéotypé.

— Alphonse d'HOUTAUD.

• "Comment les patients perçoivent leur médecin et ses relations avec eux." in : *Revue internationale d'éducation à la santé* XVIII 1975/2 pp 120 et 1975/3 p. 173.

• "Comment les patients parlent spontanément de leur médecin et de la médecine". in : *Revue internationale d'éducation à la santé*, XVIII 1975/4 p. 241.

— Claudine HERZLICH *Médecine, maladie et société*. Mouton, Paris, 1970.