Sylvie FAINZANG

Anthropologue, spécialisée dans le domaine de la santé
Directrice de recherche à l'INSERM et membre du CERMES
Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société.

[2002]

“Les patients face à l'autorité médicale et à l'autorité religieuse.”

Un document produit en version numérique par **Maurice KOUEPOU**, bénévole,
Psychologue clinicien, professeur des Écoles Normales d'Instituteurs,
dans le nord du Cameroun
Courriel : Maurice KOUEPOU : kmkouepou@yahoo.fr
[Page web](#) dans Les Classiques des sciences sociales.

Dans le cadre de : "Les classiques des sciences sociales"
Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Site web : <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi
Site web : <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle :

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.

- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf, .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.

Jean-Marie Tremblay, sociologue

Fondateur et Président-directeur général,

[LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.](#)

Cette édition électronique a été réalisée par Maurice KOUEPOU, Psychologue clinicien, professeur des Écoles Normales d'Instituteurs, dans le nord du Cameroun, à partir de :

Sylvie FAINZANG

“Les patients face à l'autorité médicale et à l'autorité religieuse.”

Un chapitre publié dans l'ouvrage **sous** la direction de Raymond MASSÉ et Jean BENOIST, **Convocations thérapeutiques du sacré**, chapitre VI, pp. 125-142. Paris : Karthala, Éditeur, 2002, 495 pp. Collection : “Médecines du monde”.

[Autorisation formelle accordée par MM. Raymond Massé et Jean Benoist le 11 août 2015 de diffuser ce livre en accès libre à tous dans Les Classiques des sciences sociales.]

Courriels : Raymond Massé : raymond.masse.1@ulaval.ca
Jean Benoist : oj.benoist@wanadoo.fr

Polices de caractères utilisée : Times New Roman, 14 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE US, 8.5” x 11”.

Édition numérique réalisée le 24 mai 2016 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, Québec.

Sylvie FAINZANG

Anthropologue, spécialisée dans le domaine de la santé
Directrice de recherche à l'INSERM et membre du CERMES
Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société.

“Les patients face à l'autorité médicale et à l'autorité religieuse.”

Un chapitre publié dans l'ouvrage **sous** la direction de Raymond MASSÉ et Jean BENOIST, **Convocations thérapeutiques du sacré**, chapitre VI, pp. 125-142. Paris : Karthala, Éditeur, 2002, 495 pp. Collection : "Médecines du monde".

[125]

Convocations thérapeutiques du sacré

Deuxième partie :

Nouveaux lieux d'interface entre religion et maladie

Chapitre 6

Les patients face à l'autorité médicale et à l'autorité religieuse

Sylvie Fainzang

On pourrait s'attendre à ce que l'intérêt que les chercheurs portent aux liens entre religion, santé et maladie les conduise nécessairement à considérer la question de la religion sous l'angle de sa dimension symbolique ou sous l'angle des pratiques qu'elle induit. Par conséquent, que ce soit pour magnifier la puissance du religieux ou, au contraire, pour déplorer la pierre d'achoppement qu'il peut constituer face à la biomédecine, la problématique des liens entre religion, santé et maladie paraît immanquablement liée à la question de la croyance.

Pourtant, une réflexion sur la place de la religion dans les rapports à la santé et à la maladie aujourd'hui ne saurait se réduire à l'examen de l'incidence des croyances ou des pratiques religieuses sur les représentations de la maladie et les conduites thérapeutiques ou les systèmes de soins. On peut déceler la prégnance des cultures religieuses parmi les conduites des patients, lors même qu'ils ont pris leurs distances avec la religion d'origine de leur milieu familial, et par conséquent avec la croyance. C'est de cela qu'il s'agira ici, c'est-à-dire non pas du religieux proprement dit, mais des traces laissées par les cultures religieuses.

Pour déceler ces traces, j'ai choisi d'étudier les conduites de patients de diverses origines religieuses à [126] l'égard de leurs ordonnances et de leurs médicaments. Cette étude met en regard plusieurs groupes, définis sur la base de leur origine religieuse (catholique, protestante, juive ou musulmane), résidant dans le Midi de la France. Dans le cadre de cette recherche, la question s'est posée de savoir quel rapport les individus entretiennent avec les médecins et plus largement avec l'autorité médicale.

S'il est admis que les sujets ont des comportements différents à l'égard de la maladie et des médicaments en fonction de leur milieu social, on ne sait rien en revanche des différences observables à l'intérieur d'un même milieu social, entre individus d'origines culturelles religieuses différentes. Or, la question doit pouvoir être reposée dans des termes nouveaux, qui permettent de rendre compte des raisons pour lesquelles les comportements des malades vis-à-vis de leurs médecins varient, sans les rabattre sur des explications psychologiques, autrement dit par-delà les différences imputables aux individus eux-mêmes. S'il est vrai que l'origine culturelle n'est pas une variable suffisante pour analyser les conduites, sa prise en compte *contribue* à analyser des conduites que les déterminations sociales ne suffisent pas à expliquer. Cette recherche ne vise donc pas à réifier un culturalisme stérile, oublieux des variables sociales, mais à mettre en évidence, parmi les multiples composantes sociales de l'individu, la marque de l'origine familiale religieuse. Les religions ne sont pas envisagées ici comme des corps de croyances qui détermineraient une certaine manière de gérer son corps et son mal, mais plutôt comme un creuset culturel d'où les conduites individuelles tirent leur origine.

La recherche s'est déroulée sur une période de cinq ans, auprès de quelques dizaines de malades d'origine catholique, protestante (calviniste pour la plupart, mais également luthérienne), musulmane ou juive (ashkénaze ou séfarde), dans les départements de l'Hérault et du Gard, en milieu rural et urbain. Les enquêtes ont été menées en milieu hospitalier (lors de consultations dans des services spécialisés, notamment aux services des maladies respiratoires, de cardiologie et de médecine interne, ou lors d'hospitalisations) et au domicile des malades. Les personnes auprès desquelles la recherche a été conduite appartiennent [127] à des milieux sociaux variés (employés, agriculteurs, instituteurs, infirmières, cadres supérieurs, etc.). Les enquêtes ont ten-

té de mettre en regard des personnes de milieux sociaux et/ou professionnels équivalents, de façon à ne pas biaiser la comparaison. Il s'agissait en effet de neutraliser la dimension proprement sociologique, apte à elle seule à introduire des différences dans les éléments observés. L'enquête a été menée aussi bien auprès de non-croyants que de croyants (et parmi ces derniers, auprès de non-pratiquants et de pratiquants), précisément pour mesurer ce qui reste des valeurs religieuses en dehors de l'adhésion et/ou de la pratique religieuses.

Il est bien évident que cette étude n'a aucune prétention à définir ce qu'est le comportement protestant par opposition au comportement catholique, ou juif, ou musulman, non seulement parce que les matériaux recueillis n'ont pas de valeur statistique, mais aussi parce que la variable culturelle ne peut être entièrement séparée des autres variables. Cette étude vise plus modestement à dégager des tendances, objectivables par l'observation de récurrences à l'intérieur d'un même milieu culturel (défini ici par le fait d'avoir une origine religieuse commune), dans une population hétérogène à de nombreux autres égards. L'appartenance à l'un ou l'autre de ces groupes est donc ici envisagée comme participation à un système de valeurs et à une culture dont il s'agit de cerner comment elle imprègne des pratiques quotidiennes extérieures au champ des pratiques religieuses, et en l'occurrence celles afférentes au champ de la santé.

Le rapport que les patients ont à leurs médecins et plus généralement à l'autorité médicale s'objective à travers l'usage qu'ils font des objets impliqués dans la relation médicale et à travers la représentation qu'ils ont de la place occupée par le médecin dans la gestion de leur corps et de leurs maladies. En ce qui concerne les objets les plus couramment présents dans un épisode de maladie et que le patient est amené à manipuler, ceux qui ont retenu mon attention de manière privilégiée sont l'ordonnance médicale et les médicaments. Le fait que le texte de l'ordonnance soit rédigé par un personnage bien déterminé, le médecin, dont l'en-tête et la signature encadrent la liste des médications prescrites, suggère [128] combien le rapport à l'ordonnance condense à la fois le rapport à la maladie et aux médicaments, mais aussi au corps, à l'écriture et au médecin. Les premières enquêtes, qui s'étaient focalisées sur les patients d'origine catholique et protestante, avaient cherché à savoir ce que les patients font de l'ordonnance, à savoir s'ils la jettent ou s'ils la conservent, à quelle condition, comment

et où ? L'observation avait permis de constater que, par contraste avec les familles catholiques, les protestants étaient plus enclins à détruire l'ordonnance à la fin d'un traitement, mais qu'alors, ils prenaient souvent soin de la recopier, une pratique qui, à l'analyse, s'avère avoir partie liée avec le rapport à l'écriture, au savoir et au pouvoir (cf. Fainzang, 2001). La poursuite de mes enquêtes, dans le cadre d'une recherche qui s'est élargie à d'autres cultures d'origine religieuse, et en l'occurrence aux juifs et aux musulmans, a révélé que ces divers groupes avaient toute une série de comportements à l'égard des médecins et de leurs prescriptions, analysables par référence à une certaine manière de se situer face à l'autorité en général et à l'autorité médicale en particulier.

Un résultat tout à fait saisissant de l'étude est, d'une part, l'étroite relation qui existe entre l'attitude que les individus ont à l'égard du représentant de l'autorité religieuse et du représentant de l'autorité médicale, d'autre part, le fait que les mêmes comportements sont observables chez les croyants et les non-croyants. Tout se passe comme si, à l'intérieur de chaque groupe culturel, il y avait une sorte de transmission et d'intériorisation de certaines valeurs et de certaines conduites, en vertu de laquelle l'individu apprend à se positionner face à l'autorité en général, dont l'autorité médicale serait un avatar et dont l'autorité religieuse serait le paradigme ¹.

La relation entre le sort réservé à l'ordonnance et la manière de se positionner vis-à-vis de l'autorité médicale apparaît de manière particulièrement criante au regard de [129] l'objectif poursuivi par le patient. Ainsi, dans les familles catholiques, les ordonnances sont soit gardées en vue de pouvoir être montrées à un médecin qui les demanderait, soit jetées, lorsque le patient estime qu'elles ne peuvent être d'aucune utilité car son médecin a consigné l'information. Dans les deux cas, c'est toujours par rapport à la possibilité que le médecin a d'intervenir sur le patient, que le choix est fait du sort réservé à cet l'objet. En revanche, les protestants qui les gardent le font en vue de pouvoir s'y reporter eux-mêmes, et donc de pouvoir, le cas échéant, recourir à l'automédication, et ceux qui les jettent prennent souvent le soin d'en recopier le contenu, là encore au cas où ils auraient besoin de

¹ Je ne parlerai pas ici des liens préférentiels que les patients entretiennent avec l'une ou l'autre autorité ni de la compétition dans laquelle elles peuvent être amenées à se trouver. Ceci est une autre question que je traite ailleurs.

se souvenir du nom des médicaments prescrits. En vérité, la possibilité de retrouver le nom du médicament en cas de besoin et, le plus souvent, en vue d'une automédication ultérieure, ne suffit pas à expliquer cette conduite, car il serait aisé, à cette même fin, de se reporter au double de l'ordonnance. Le fait de jeter l'objet-ordonnance mais d'en conserver la teneur n'est pas anodin puisqu'il implique de se débarrasser de l'en-tête du médecin. Il s'agit pour le patient d'effacer la trace du médecin prescripteur, pour ne conserver que la trace du remède jugé adéquat, c'est-à-dire la trace de sa propre décision, de son propre jugement, et s'attribuer la responsabilité de la prescription. Recopier l'ordonnance, c'est s'en approprier l'acte même et l'autorité de la prescription.

Dans les familles juives, la tendance dominante semble être celle de garder l'ordonnance pour pouvoir se souvenir du traitement, sans que le souci soit clairement marqué que ce soit le médecin ou le patient lui-même qui puisse en faire un usage ultérieur, les deux étant susceptibles d'y recourir, voire conjointement, dans quelque travail collectif de réflexion sur le traitement nécessaire, le patient s'arrogeant la possibilité de pouvoir discuter son opportunité, de même qu'est discutée la prescription.

Dans les milieux musulmans, en revanche, l'ordonnance n'est presque jamais conservée. Elle n'est généralement gardée que le temps du traitement. Dans ce cas, aucun usage ultérieur n'est fait de l'ordonnance. Il ne s'agit pas plus de la garder en vue de la montrer au médecin plus tard que pour s'y reporter soi-même. D'abord parce qu'il y a très peu d'auto-médication, [130] ensuite parce que le médecin (presque toujours le même) est supposé, par le patient, savoir ce qu'il lui a prescrit, sans qu'il soit besoin de le lui rappeler. C'est le médecin qui sait et il n'est nul besoin de se mêler de son champ de compétences. En revanche, ceux qui, parmi les musulmans conservent l'ordonnance, le font en raison directe du statut qu'elle a à leurs yeux. Pour certains, « une ordonnance, c'est comme une facture, c'est une preuve », la preuve de ce qui a été fait ou de ce qui doit être fait. L'en-tête (la « vignette du docteur »), le tampon et la signature sont l'estampille de l'autorité.

L'attitude des patients à l'égard de l'ordonnance délivrée par le médecin est à la fois partie intégrante et élément révélateur d'un ensemble de conduites concernant la gestion par les individus de leur

corps et de leurs maux. Le souci de gérer soi-même sa santé et de prendre part aux décisions concernant son corps et son traitement est ainsi beaucoup plus fort chez les protestants. D'une manière générale, les protestants refusent d'abandonner leur corps au médecin et s'en considèrent responsables. Le souci de disposer de son corps chez les protestants, que l'on peut opposer à la tendance à s'en déposséder chez les catholiques, se retrouve dans les pratiques des individus non seulement à l'égard de leur ordonnance et de l'information qu'elle contient, mais aussi à l'égard des correspondances entre médecins. Cette préoccupation chez les protestants se traduit par le fait que, contrairement aux catholiques, ils expriment souvent le désir de connaître le contenu des lettres que s'adressent les médecins à leur sujet. Ce savoir sur leur corps est revendiqué, tout comme parfois le contenu des dossiers médicaux les concernant. À l'inverse, les catholiques ne revendiquent généralement pas l'accès à ce savoir sur leur corps et semblent même gênés de pouvoir prendre connaissance du courrier que s'échangent les médecins à leur sujet.

De la même façon, l'accessibilité des informations que contient l'ordonnance est diversement perçue par les patients. En particulier, la calligraphie, qui est souvent assez difficilement déchiffrable, irrite considérablement certains, tandis qu'elle est considérée comme normale ou fatale par d'autres pour qui elle s'harmonise avec le savoir inaccessible [131] du médecin. S'il est vrai que les milieux populaires s'accommodent plus facilement de cette calligraphie que les milieux plus favorisés, de même qu'ils s'accommodent de ne pas avoir sur leur maladie une information précise qu'ils ne revendiquent d'ailleurs pas, des réactions différentes existent également selon l'origine culturelle des individus. Ainsi, chez les musulmans, et dans une certaine mesure chez les catholiques, on accepte plus volontiers le caractère indéchiffrable de l'ordonnance dans la mesure où l'on ne cherche pas à intervenir sur la prescription. Les protestants et les juifs, en revanche, ne s'accommodent pas aisément de cette écriture. Ces attitudes ne sont pas étrangères à celles que les fidèles ont appris à avoir dans le cadre de la religion d'origine du groupe auquel ils appartiennent.

L'écriture a longtemps été, en France, le privilège des clercs, tout comme la lecture des textes, religieux ou non. Non seulement l'imprimerie n'existant pas, les textes n'étaient pas diffusés à la population, mais l'Église gardait jalousement leur accès, et par là même l'accès à

la connaissance. La sacralisation du texte écrit qui en est résulté dans la population catholique et qui s'exprime à travers le pieux respect que marquent encore de nombreuses personnes pour les textes écrits, était entretenue et renforcée par l'affirmation ecclésiale que les fidèles ne pouvaient pas s'enquérir, seuls, du contenu et de l'interprétation des Écritures.

Rompant avec l'institution de ce magistère et prônant la nécessaire intelligibilité des Écritures pour le fidèle, le protestantisme eut pour premier souci d'ouvrir des écoles, au XVI^e siècle, pour permettre la lecture de la Bible, mais aussi l'accès à la lecture et à l'écriture.

La forte relation à l'écriture n'est pas l'apanage des protestants. Depuis longtemps, les juifs, appelés d'ailleurs le Peuple du Livre pour ses relations premières et privilégiées avec la Bible, ont développé ce goût pour le mot et la lettre. Certes, l'écrit sacralise. Pourtant qu'une chose soit écrite n'empêche pas, chez les juifs, qu'on puisse la discuter. Le sacré n'est pas exclusif d'une négociation, d'une interprétation, d'un arrangement. Les juifs, pour leur part, n'ont de cesse d'interroger le médecin sur le détail de ce qu'il a écrit.

[132]

Pour les musulmans, le Coran est la forme sous laquelle la parole de Dieu a été transmise au prophète Mohamet. Le rapport à l'écriture, considérée comme le résultat de la parole divine sans intervention de l'Homme, consiste à la réciter rituellement, après l'avoir apprise (Cesari, 1997). Le texte n'est pas consulté ou interrogé par les fidèles, mais il est assimilé.

Comme on le voit, le statut de l'écriture et du livre n'est pas le même dans ces différentes traditions : on discute le livre chez les uns (la Bible chez les protestants, la Torah chez les juifs), on l'assimile chez les autres (le « Nouveau Testament » chez les catholiques et le Coran chez les musulmans). Or, il est frappant de constater que les attitudes à l'égard de l'ordonnance ne sont pas étrangères au statut de l'écriture dans ces diverses traditions, au point que même l'attitude des patients non croyants à l'égard de l'écriture du médecin semble s'aligner sur l'attitude que développe leur tradition culturelle d'origine à l'égard de l'Écriture sainte et de son accès.

Si le souci de prendre connaissance de façon précise de l'ordonnance et des correspondances médicales participe de la volonté de prendre part à la gestion de son propre corps (et de ne pas s'en remettre aux seuls agissements du médecin ou du pharmacien), l'automédication exprime elle aussi le désir du patient de prendre en charge soi-même la résolution de son mal, sans passer par l'intermédiaire de l'autorité médicale. Là encore, les attitudes sont diversement marquées par les cultures religieuses. En effet, l'automédication est globalement plus répandue en milieu protestant. Il est vrai que l'automédication implique la responsabilité du sujet (cf. Molina, 1988), l'autonomie dans ses décisions à l'égard de sa santé, son indépendance à l'égard du médecin. On comprend volontiers qu'elle soit non seulement développée, mais surtout valorisée chez les protestants. S'il n'est pas certain, toutefois, que les milieux favorisés protestants quant à eux s'automédiquent plus que les milieux favorisés catholiques, il est clair qu'elle a une image différente selon les groupes : ainsi les protestants la revendiquent, tandis que les juifs y recourent volontiers sans que cela suscite d'état d'âme particulier, alors que les catholiques s'en défendent souvent tout en y recourant parfois, et [133] que les musulmans n'y recourent pratiquement jamais, valorisant le fait de s'en tenir à la prescription et donc à ce qui s'apparente à la Loi. Par-delà la pratique réelle de l'automédication, on constate qu'elle est valorisée par les uns et réprouvée par les autres, en phase avec l'image attribuée à la prise de distance ou au contraire à l'assujettissement à l'égard de l'autorité médicale.

De la même façon, l'information relative aux médicaments que diffuse, par exemple, la notice est diversement recherchée par les patients, à milieu social équivalent. Ainsi elle est très largement lue parmi les patients protestants. S'il est vrai que le monde protestant est, en France, globalement plus cultivé que d'autres en raison de son histoire, et qu'il a pris des habitudes de lecture et de recherche d'information (Garrison, 1986), la lecture de la notice parmi les protestants témoigne de leur volonté de savoir et d'accéder au pouvoir de régler leurs problèmes eux-mêmes. On a là quelque chose de très différent de ce qui se passe chez les catholiques, qui, globalement, lisent peu la notice, par habitude de déléguer au représentant du savoir (ici le médecin) la responsabilité de la médication, de même que, dans la doctrine, un magistère (les prêtres) est seul habilité à comprendre l'Écriture. Cette

délégation de pouvoir et de savoir s'observe également chez les musulmans qui ne lisent généralement pas la notice, même lorsqu'ils lisent parfaitement le français, laissant aux médecins le soin de leur signaler les problèmes éventuels liés à l'usage du médicament.

De nombreuses conduites peuvent être analysées à l'aune des relations que les patients entretiennent avec l'autorité médicale. Il en va ainsi du recours aux médecines parallèles. L'engouement d'un grand nombre de protestants pour ces médecines, et en particulier pour l'homéopathie, est lié pour partie à la possibilité plus grande qu'elle leur laisse de se soigner eux-mêmes. S'interrogeant sur la transmission familiale en matière de soins corporels chez les habitants de Chardonnay, F. Loux (1974) remarque que les protestants sont adeptes de nombreuses pratiques empiriques, relevant des médecines parallèles, et n'acceptent pas comme un dogme les canons de la médecine officielle. Elle suggère que l'attitude différente des protestants et des catholiques à l'égard de la [134] médecine officielle devrait être mise en relation avec une attitude différente à l'égard de la religion officielle, et elle oppose le caractère souterrain des croyances traditionnelles chez les catholiques devant le caractère impératif du dogme et le poids de la hiérarchie religieuse au plus grand droit à la parole chez les protestants.

Un aspect frappant toutefois est que, tandis que les protestants et, dans une moindre mesure, les juifs, qui recourent à l'homéopathie, le font en affirmant ce choix, les catholiques y recourent en s'en cachant face à leur médecin. Nombreux sont les patients d'origine catholique qui dissimulent toutes traces de consultation auprès d'un médecin homéopathe (médicaments, ordonnance) pour que leur médecin allopathe ne risque pas de l'apprendre, craignant que ce dernier n'y voie une mise en cause de ses compétences et que cela n'entraîne une altération dans leurs relations. Certains patients catholiques, me confiant qu'ils recourent à des médecins homéopathes, se sentent coupables de transgression et plusieurs m'ont demandé de n'en rien dire à leur médecin. Le médecin est une autorité à laquelle on ment pour échapper à son courroux.

Bien que la relation médecin/patient soit conditionnée par de nombreux facteurs (parmi lesquels la personnalité des protagonistes, leurs caractéristiques sociales et démographiques, les modifications du statut du médecin dans la société contemporaine, les contraintes liées à

l'exercice de la médecine libérale, etc.), on pourrait s'attendre à ce que, par-delà leurs différences individuelles et sociales, les patients observent de nos jours des comportements qui façonnent ce qu'on pourrait appeler le patient contemporain. C'est d'ailleurs ce qui a conduit l'école interactionniste à dessiner les traits du patient moyen (comme acteur) engagé dans cette relation.

Pourtant, là encore, on ne saurait occulter, parmi les nombreux aspects qui construisent les pratiques des acteurs, la dimension culturelle induite par une appartenance ou une origine culturelle religieuse donnée. De sorte qu'on ne peut appliquer indistinctement, à tous les sujets d'un même groupe social, les mêmes modèles de conduite, pas plus qu'on ne peut rabattre sur l'individuel ou le psychologique ce qui relève indubitablement de tendances collectives.

[135]

On ne saurait s'interroger sur les attitudes que les patients ont à l'égard du médecin sans s'interroger sur la question de l'observance. D'une certaine manière, les questions que pose l'observance renvoient en partie à celle de la soumission aux prescriptions que contient l'ordonnance. Comme l'a rappelé Dagognet (1994), le mot « ordonnance » renvoie effectivement aux mots « ordre » et « ordonner ».

Or l'ordre est quelque chose qui peut se contourner, se discuter, ou se refuser. L'ensemble des observations réalisées à cet égard révèle que, d'une manière générale, et par-delà le niveau socioculturel des individus, la soumission au médecin n'est pas étrangère à une relation plus générale à l'ordre donné, l'autorité médicale apparaissant comme un avatar de l'autorité en général. D'ailleurs, la pratique de l'observance est diversement valorisée. Tandis que les protestants revendiquent leur éventuelle non-observance, les musulmans mettent en avant leur attitude d'« obéissance ». L'ordonnance, en tant qu'elle est rédigée par une autorité et revêtue de son estampille, a le statut d'un texte auquel il faut obéir ².

Cependant, la soumission à l'égard du médecin n'équivaut pas à une soumission à sa prescription, autrement dit elle ne signifie pas nécessairement que l'observance du patient soit meilleure : elle témoigne

²

Concurrencé toutefois par le texte religieux, puisque l'observance du Ramadan chez les pratiquants l'emporte généralement sur l'observance médicale.

d'une relation différente à l'autorité qu'il incarne, impliquant éventuellement de ne pas dire au médecin son refus de suivre sa prescription et de ne pas remettre en question ni contester ouvertement la prescription médicale.

Ainsi, chez les musulmans, la confiance, voire la subordination, au médecin n'est pas synonyme de bonne observance puisqu'ils arrêtent souvent leur traitement dès l'arrêt des symptômes. Cela ne les empêche pas d'être, selon leurs propres termes, très « fidèles » à leur médecin et, selon les termes d'un praticien catholique, qui compte un certain nombre de musulmans parmi sa clientèle, d'être « moins revendeurs, plus confiants, et plus respectueux envers le médecin ». Le médecin est quelqu'un dont la parole ne se discute pas.

[136]

Les enquêtes révèlent à cet égard que, à milieu social équivalent, la contestation est plus directe et moins retenue chez les patients protestants et juifs que chez les catholiques et les musulmans. La dissimulation faite par les patients à leur médecin sur leurs conduites face à la thérapie prescrite fait système : les patients qui dissimulent leurs recours éventuels à une autre thérapie dissimulent également leurs conduites de non-observance. L'usage de la parole est un marqueur de la relation que le patient élabore vis-à-vis de l'autorité médicale. De nombreux patients catholiques jugent impensable de discuter directement avec un médecin de sa prescription, et lorsque celui-ci est un spécialiste, ils s'en remettent à leur généraliste. Seul celui-ci a compétence et autorité pour décider de leur sort. À cette tendance à remettre son sort entre les mains du médecin, qui n'est pas le seul fait des milieux populaires ³, fait volontiers écho la volonté de nombreux médecins, généralement d'origine catholique, de s'arroger le privilège de la connaissance sur le corps du malade, et de ne pas lui permettre de faire les choix qui lui incombent devant la réalité de son état ⁴.

³ Une femme (catholique, cadre supérieur, titulaire d'un diplôme universitaire en économie) : « Moi, je prends ce qu'on me dit, mais je ne sais pas comment ça s'appelle ! C'est lui qui doit savoir, c'est pas moi, moi je suis pas docteur ! J'ai assez de choses à me mettre dans la tête, s'il faut que je me souvienne en plus du nom des médicaments ! Je suis au niveau certificat d'études pour ce qui est des médicaments ! »

⁴ Deborah Gordon (1991) parle à cet égard du fondement culturel de la pratique qui consiste à ne pas dire et à ne pas connaître un diagnostic de

L'usage de la parole dans le cadre des consultations est une chose que ne maîtrisent pas nécessairement les patients, puisque la position de domination dans l'échange verbal qu'autorise la consultation est occupée par le médecin. Pourtant, l'observation fait valoir que les patients juifs sont volontiers plus loquaces lors des consultations que les autres, et qu'ils posent beaucoup de questions (sur leur mal, leur traitement, les causes, les conséquences) - et cela par-delà le [137] niveau socioculturel qui, dans chacun des groupes considérés, introduit des différences en ce qu'il détermine un rapport distinct au savoir et au partage du savoir. Or, la discussion et l'interrogation constante des patients juifs semblent liées à un usage spécifique de la question et de la contradiction, qui n'est pas étranger aux traditions du judaïsme. L'enseignement talmudique prévoit et enseigne en effet la contradiction : dans les écoles talmudiques, il doit toujours y avoir discussion sur les textes. L'étude juive est sur le mode de la controverse. La discussion, voire la contradiction, est hautement valorisée, à tel point que si tous les membres d'une classe sont d'accord, la composition de la classe est modifiée, le maître estimant qu'elle n'est pas productive. À l'impératif de l'interprétation, prônée par la tradition talmudique, s'ajoute donc la nécessité de la question. On se reportera sur ce point à Derrida (1967) qui, à propos du *Livre des questions* d'Edmond Jabès, évoque l'importance de l'herméneutique, et par conséquent de l'interprétation et du commentaire dans la tradition judaïque, et souligne le rôle de la question, montrant que le droit à la parole se confond avec le devoir d'interroger.

Au total donc, la résistance au médecin paraît plus ouverte et la tentative de négociation plus active chez les protestants et les juifs que chez les catholiques et les musulmans, dont la soumission au médecin est plus grande et la résistance plus dissimulée. Ces matériaux et les analyses qu'on peut en faire nous invitent à réévaluer les résultats des travaux prenant pour objet la relation entre le médecin et le malade. Ainsi l'école interactionniste a souligné le conflit existant parfois entre eux, un conflit qu'elle a analysé comme le résultat d'une divergence de perspectives et d'intérêts, et a mis en évidence le fait que la relation

cancer. Contrairement à ce qui se passe en Amérique du Nord, elle remarque qu'il existe un consensus culturel en Italie autour du fait de ne pas dire et de ne pas connaître la vérité à ce sujet. C'est une pratique dominante en Italie de ne pas informer les patients atteints d'un cancer, du diagnostic les concernant.

médecin/patient tend à relever du modèle de la négociation (Strauss, 1992). Or, on a vu que ce conflit ne s'exprime pas toujours de la même façon, et les caractéristiques culturelles des malades ne sont pas étrangères à ses modalités d'expression.

On s'aperçoit en définitive, à l'examen des rapports que le patient noue avec l'autorité médicale, que le médecin n'est pas loin de jouer, aux yeux du patient, un rôle en partie analogue à celui que joue le représentant du culte. Cet aspect résulte du processus d'enculturation religieuse qui façonne [138] une grille de lecture de la réalité par le biais de catégories cognitives propres à chaque religion. Les patients entretiennent donc avec le médecin une relation différente selon la manière dont est construite précisément l'image de celui qui incarne l'autorité à l'intérieur des diverses doctrines religieuses. Ainsi le médecin est-il volontiers envisagé à l'instar du curé chez les catholiques pratiquants, dans la mesure où il reçoit des confidences tout autant qu'il administre des traitements ou ordonne des conduites, et que sa parole est hautement écoutée. En revanche, chez les protestants, il tend à n'être considéré que comme le détenteur d'un certain savoir que l'on peut éventuellement consulter (comme on peut consulter un pasteur) mais auquel on n'aliène pas ses choix. De la même manière, l'attitude des juifs pratiquants à l'égard du médecin s'aligne sur celle qu'ils ont avec le rabbin. S'il est volontiers consulté, y recourir n'implique pas nécessairement pour le sujet de lui obéir, et les « patients-fidèles » engagent avec l'un comme avec l'autre de longues discussions à l'intérieur desquelles ils expriment leur désaccord. Tandis que parmi les musulmans, la parole du médecin n'est jamais contredite, en tous cas ouvertement, pas plus d'ailleurs que celle de l'imam ou du mufti. Le respect affiché est un impératif moral et social sans cesse réaffirmé, même si c'est pour contourner ensuite, mais dans le secret, la prescription délivrée quant à la conduite à tenir.

En ce qui concerne la différence entre les attitudes des catholiques et des protestants en la matière, on constate que les catholiques observent à l'égard du médecin une soumission construite par la relation qu'ils ont appris à entretenir avec l'autorité religieuse. L'Église catholique est une structure hiérarchisée et centralisée, ayant institué et structuré un rapport à l'autorité, fondé sur le fait qu'elle se considère comme le prolongement de la présence de Dieu dans l'histoire des hommes (Sahakian-Marcellin et Frégosi, 1997). L'Église se veut gar-

dienne des règles morales de par son origine divine, et s'estime seule capable d'éclairer l'Homme sur ce qu'il doit faire pour atteindre son salut, par l'entremise de ses prêtres.

Chez les protestants, en revanche, il n'y a pas de médiation par le pasteur, mais par la seule Écriture. S'il y a des fonctions et des ministères, il n'y a pas de monopole [139] (Kaltenbach, 1997). Alors que le catholicisme repose sur le principe d'autorité, le protestantisme repose sur le principe du libre examen. La genèse même du protestantisme s'inscrit dans la rupture de certaines valeurs catholiques et, en particulier, de la soumission à l'autorité de l'Église. L'attitude des patients à l'égard de l'autorité médicale s'aligne ainsi sur l'attitude vis-à-vis de l'autorité ecclésiastique puisque dans les deux cas, on note le refus d'une soumission à son pouvoir. L'avis du pasteur est d'ailleurs moins sollicité chez les protestants, contrairement à celui du curé chez les catholiques, pour régler les problèmes auxquels les sujets sont confrontés. On note toutefois que le rapport à l'autorité est légèrement différent chez les luthériens et les calvinistes, et tout particulièrement chez les réformés cévenols, et que ces derniers sont encore plus prompts à marquer leur indépendance. À cet égard, les valeurs que les individus tirent de leur culture religieuse ne reposent pas sur les seules doctrines mais sont indissociables du contexte historique dans lequel ces cultures se sont développées (cf. Fainzang, 2001).

Le rapport à l'autorité médicale chez les juifs s'aligne pour sa part sur le rapport à l'autorité religieuse que représente le rabbin et dont la parole est volontiers discutée ou contestée ⁵. Quant à l'attitude de soumission au médecin valorisée et préconisée chez les musulmans, elle est corrélative à celle qu'ils ont à l'égard de l'autorité religieuse comme le prévoit la doctrine. De fait, la soumission semble fortement valorisée chez les musulmans, dont le nom lui-même (musulman, *mousslim* en arabe) signifie « soumis », du mot *islam* dont la traduction est « soumission ». Les conduites des musulmans sont liées à une certaine indistinction entre la loi sociale et la loi religieuse ⁶.

⁵ Le rabbin n'est d'ailleurs en général consulté que par les familles juives très pieuses, et sa consultation n'est pas exempte de tentatives de discussions et de négociations comme il ressort des entretiens relatés par les rabbins eux-mêmes.

⁶ Les Tadiths des musulmans dictent les conduites, explique un imam qui compare les livres de la loi à la constitution et les tadiths au journal officiel.

L'apprentissage de la soumission n'est pas seulement celui, politique, auquel on peut légitimement penser, à savoir : des individus sont entraînés en ayant vécu sous un régime [140] répressif ou en vivant, pour un certain nombre d'entre eux, dans les conditions difficiles qui sont faites en France aux individus d'origine maghrébine. L'importance accordée aux papiers officiels n'est probablement pas étrangère au fait que les musulmans, majoritairement d'origine maghrébine, ont de plus grands risques de voir leur identité et leurs papiers contrôlés. Mais elle se double de la déférence à l'égard d'une figure qui est tout à la fois un dépositaire du savoir et un représentant de l'autorité.

Enfin, ces attitudes s'observent également chez les individus éloignés de toute croyance ou de toute pratique religieuse. La même dissimulation à l'encontre du médecin chez de nombreux patients d'origine catholique, le même souci de discuter et de négocier le traitement chez de nombreux patients d'origine juive, la même déférence chez les patients d'origine musulmane et la même indépendance, accompagnée d'une certaine distance critique chez de nombreux protestants.

Les liens étroits qui existent entre la manière de gérer la maladie et la pensée religieuse ont fait dire à Murdock *et alii* (1978), de manière quelque peu hyperbolique, que la religion est une médecine appliquée, et à F. Zimmermann (1995) que l'anthropologie médicale est de l'anthropologie religieuse. L'articulation entre les registres de la santé et de la religion est réaffirmée par J. Benoist (1993) lorsqu'il écrit : « De Lourdes au chamane, le divin et le médical ont toujours affiché leur fondement commun, et quelque part le souvenir de cette origine flotte encore dans l'aura du médecin. » Aussi, on s'accorde toujours pour dire combien le médecin est valorisé, voire idolâtré. Toutefois, on a montré ici que cette valorisation ne s'effectue pas de la même façon et que la relation qu'elle implique n'est pas identique dans toutes les cultures.

Mais cette étude a également permis de constater qu'il n'est pas nécessaire qu'un patient ait une pratique religieuse ni même qu'il soit croyant pour qu'il ait, à l'égard des médecins, une relation proche de celle que les fidèles de leur religion d'origine ont à l'égard de ses prêtres. Ainsi, non seulement la figure du médecin comme figure d'autorité, incarne aux yeux des patients, croyants ou non, un type de pouvoir comparable à celui que détiennent les représentants de l'autorité [141] religieuse dans leur religion familiale d'origine (les figures du

prêtre catholique, du pasteur, du rabbin et de l'imam étant affectées de rôles différents), mais les conduites des patients eux-mêmes à l'égard du médecin et de ses prescriptions sont aussi profondément marquées par le pouvoir qui lui est ainsi reconnu. Attendant de lui qu'il les conseille, qu'il les guide ou qu'il les dirige, qu'il les prenne en charge ou qu'il les assiste, les patients d'origine catholique, protestante, juive ou musulmane, gèrent diversement les prescriptions et les recommandations qui leur sont faites, prenant une plus ou moins grande liberté vis-à-vis d'elles.

Par-delà les diverses déterminations sociales aptes à induire des types de comportements spécifiques chez les individus, ces derniers sont donc imprégnés de modèles culturels de façon si profonde qu'ils tendent à entretenir avec leurs médecins un type de relation qui est à l'image de celui que leur culture religieuse d'origine accorde au représentant de l'autorité, à savoir de soumission, de dissimulation, de résistance ou de négociation.

Références bibliographiques

Benoist J.

- 1993 *[Anthropologie médicale en société créole](#)*, Paris, PUF (« Les champs de la santé »).

Cesari J.

- 1997 *Être musulman en France aujourd'hui*, Paris, Hachette.

Dagognet F.

- 1994 *Prescrire, psychiatrie française*, vol. XXV : 10-17.

Derrida J.

- 1967 *L'écriture et la différence*, Paris, Le Seuil (coll. « Essais »).

Fainzang S.

- 2001 *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris, PUF.

Garrison J.

- 1986 *L'Homme protestant*, Paris, Éd. Complexe.

[142]

Gordon D.R.

- 1991 « Culture, cancer & communication in Italy », in *Anthropologies of Medicine*, B. Pfleiderer & G. Bibeau eds, Curare 7 : 137-156.

Kaltenbach J.H.

- 1997 *Etre protestant en France aujourd'hui*, Paris, Hachette.

Loux F.

- 1974 « Transmission culturelle chez les catholiques et les protestants à Chardonneret », *Ethnologie française*, TV, 1-2 :145-178.

Molina N.

- 1988 *L'auto-médication*, Paris, PUF (coll. « Les champs de la santé »).

Murdock, G. P., Wilson, S.F. & Frederick, V.

- 1978 « World distribution of theories of illness », *Ethnology* (17) 4 : 449-470.

Sahakian-Marcellin S. et Frégosi F.

- 1997 *Etre catholique en France aujourd'hui*, Paris, Hachette.

Strauss A. L.

- 1992 *La trame de la négociation. Sociologique qualitative et interactionnisme* (textes réunis et présentés par I. Baszanger), Paris, L'Harmattan.

Zimmermann Francis

- 1995 [*Généalogie des médecines douces*](#), Paris, PUF.