

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

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 6 (1980)

Heft: 3

Artikel: Lieux du questionnement sociologique sur les pratiques

Autor: Fischer, Werner

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-814472>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 17.05.2025

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

LIEUX DU QUESTIONNEMENT SOCIOLOGIQUE SUR LES PRATIQUES

Werner Fischer

Centre psycho-social universitaire, rue du 31-Décembre 6,
1206 Genève, Suisse.

Les propos développés pour la discussion de la problématique : “sociologie et pratiques sociales” résultent d’une double insatisfaction éprouvée pendant le Congrès lui-même et à la lecture des principaux exposés qui y ont été tenus. En premier lieu, la tendance générale a prévu de se réfugier dans une situation confortable : restreindre la portée des questions posées sur les terrains de la sociologie dans la pratique, en visant principalement les vicissitudes de son insertion dans des domaines d’actions pragmatiques, comme si l’enseignement de la sociologie et les recherches universitaires n’étaient — ou seulement accessoirement — justiciables des mêmes interrogations. En deuxième lieu, ce centrage unilatéral s’est fondé sur une certaine idée ou sur une certaine projection de ce que doivent être — ou peuvent être au plus — ces sociologies dans la pratique et leurs effets.

En réaction à cet état du débat, cette contribution ne vise pas avant tout à présenter une factualité différente du travail sociologique qui est davantage exposé aux questions de la pratique sociale. Elle tente de montrer, sous une forme un peu systématisée, ce qui alimente et détermine une production sociologique particulière, à savoir celle de la médecine, et de défendre la thèse que tout travail sociologique dans quel cadre que ce soit, est soumis à des processus identiques qui se manifestent néanmoins à des degrés différents. Le point de départ de mes réflexions et de mes constatations est le problème des demandes adressées aux sociologues et davantage encore les réactions immédiates qu’elles peuvent déclencher chez eux : les préludes brefs au groupe de travail, les réflexions désenchantées sur les rapports de la collaboration, ce que l’on dit à voix basse, entre deux portes, au détour d’autres discussions. Lorsqu’on tente de dégager les fondements de ces rumeurs et de ces hypothèses farfelues en première approche, on s’aperçoit que l’on se trouve au cœur même de la question de la place, des fonctions et des effets sociaux de la sociologie, dont le terrain envisagé ici est simplement un paradigme.

1. LA SOCIOLOGIE ET LES (SES) PRATIQUES SOCIALES : CAS PARTICULIER?

La plupart des textes et des discours que les sociologues produisent sur la problématique de leur propre travail — de recherche, d’enseignement, de conseils, d’expertise, etc. — et sur la sociologie (sa place et ses fonctions dans le champ intellectuel, son inscription sociale, ses relations aux pratiques sociales, ses intérêts) me semblent caractérisés par le postulat implicite de la transparence immédiate des faits observés. Tout se passe comme si les principes épistémologiques que nous opposons à la sociologie spontanée — que les acteurs, objet de nos recherches et de nos analyses, font de

leurs propres conduites, de leurs attitudes et de leurs représentations — ne s'appliquaient pas quand il s'agit de ces faits sociaux que sont la sociologie et les propriétés de sa pratique. Le travail de construction théorique de cet objet est-il trop complexe ? L'explicitation du domaine empirique et l'opérationnalisation du système des variables sont-elles trop désenchanteresses, voire destructrices ? La sociologie, entendue : sa position sociale et universitaire, pourrait-elle souffrir lorsque les résultats de l'analyse mettent en évidence l'hétérogénéité concernant le degré de légitimité des différentes pratiques — enseignement et recherche universitaires et non-universitaires, insertion directe dans des domaines pragmatiques, fonction d'expert sur la base d'études sectorielles et ponctuelles — et les différences d'intérêts ainsi que des conditions objectives corrélatives ? Toujours est-il que l'on s'y hasarde rarement et que l'on se réfugie dans certaines formes de présentation consacrées qui n'ont que peu en commun avec l'exposé des recherches empiriques et théoriques que nous faisons de nos objets d'étude, à l'exception des travaux sur les caractéristiques sociales et professionnelles des sociologues.

L'une des formes consacrées, probablement la plus noble, consiste à réduire l'analyse des pratiques à une sorte de généalogie des concepts, des notions et des travaux élaborés et à reconstituer ces derniers dans un courant de pensées, à la limite dans une histoire des "étapes de la pensée sociologique". Dans la plupart de ces essais, il s'agit d'objectiver un processus, un devenir afin d'y discerner à posteriori certaines lignes de force et certains principes de cohérence entre les enchaînements successifs posés en même temps comme déterminants propres des pratiques empiriques ou théoriques. Or — mais l'argument est peut-être trop succinct — de telles présentations sont bâties davantage sur des nécessités logiques et chronologiques de la cohérence des données que sur des faits, souvent mineurs en apparence et relégués, oubliés comme vicissitudes secondaires, qui étaient effectivement à l'œuvre dans l'enchaînement, les détours, les impasses des situations objectives. L'ambition ou la nécessité de fonder une image intellectuellement satisfaisante conduit ainsi à broser des tableaux reconstitués qui ne rendent que très partiellement compte des différents événements, des résultats obtenus, des conflits et des contradictions, des positions prises, des accords passés et des alliances conclues.

Des considérations analogues peuvent être faites à propos de la deuxième forme consacrée qui consiste en une présentation historiographique du développement de la sociologie. Restreints aux dates de son institutionnalisation universitaire, aux figures marquantes ayant promu et personnalisé son extension et aux regrets de ses limites pratiques, de ses inerties — par exemple le manque de circulation internationale des sociologues — ces raccourcis historiques refoulent l'ensemble des déterminations politiques et économiques qui agissent à tous les niveaux de manière plus ou moins médiatisée et ont assigné à la sociologie la place et les fonctions sociales qu'elle a. Ils marquent aussi les contradictions d'intérêts, les oppositions idéologiques et les luttes politiques dont le développement de la sociologie est un produit de par ses forces et ses alliances ou l'absence de celles-ci.

Il ne faut sans doute pas généraliser hâtivement ces constatations. Mais il n'en reste pas moins que la problématique des rapports entre sociologie et pratiques socia-

les est considérée dans le champ sociologique lui-même et principalement par les tenants d'une légitimité plus assurée comme cas particulier qui ne les touche qu'indirectement et qui en revanche fournit l'occasion d'en faire un discours théorique plus ou moins formalisé. Cette troisième forme d'exposés nobles s'oppose explicitement au développement laborieux par lequel les sociologues dans la pratique tentent de rendre compte des particularités spécifiques — ou tenues comme telles — de leur travail. Ce dernier se trouve par conséquent comparé à la bonne manière de faire de la sociologie, comme si la production sociologique la plus légitimée n'était mue par aucun déterminant autre qu'interne, en ignorant ainsi que des influences, des effets sociaux et politiques structurent à un niveau médiatisé et retraduit, les enjeux, les oppositions, les conflits entre les écoles, les courants, les instituts dotés d'une position sûre.

Il en est de même lorsque sur la base d'expériences propres, mais tout à fait sectorielles et ponctuelles — considérées comme hauts faits significatifs — de sociologie empirique appliquée, les tenants des places confirmées et légitimantes du champ sociologique s'autorisent — comme le font les membres occupant des positions dominantes dans d'autres sciences — à légiférer sans contrôle sur pratiquement l'ensemble des domaines de l'enseignement et de la recherche sociologique, en favorisant des types d'études au détriment d'autres, en instaurant des partis pris méthodologiques en tant qu'orthodoxie de recherche dont les déviations sont sanctionnées d'incompétences, d'inféodations à des sociologies contestables ou, pire, de verbiages sans significations.

Les propos qui viennent d'être faits peuvent être taxés de nombrilisme inutile et de critiques injustifiées. Ils le seraient à condition que l'on accepte la dichotomie trop facile entre recherche au sens pur, théorique et recherche appliquée, qui s'opposerait à la première par le fait de ne pas définir les enjeux et les intérêts "autonomes" de ses travaux. Qu'une telle position est intenable, commence à être reconnu. Mais le plus souvent, cette reconnaissance résulte de la concession plus ou moins généreuse, que la sociologie appliquée ou pauvre en signes extérieurs de légitimité académique peut — parfois, chez certains — se hisser au niveau du vrai travail sociologique, parce que, en plus, des qualités intrinsèques des études, il contrôle leurs effets sociaux, idéologiques et politiques.

Le parti pris ici n'est pas de mettre en évidence, sur le plan des recherches pratiquées, les similitudes et les parentés des différents types de recherches, mais de montrer et d'analyser les conditions concrètes du travail sociologique dans un domaine particulier — la sociologie de la médecine. Les faits qui le caractérisent sont peut-être plus incisifs, mais comparables pour toute sociologie exercée dans un terrain pragmatique, à ce qui s'observe d'emblée sur le plan des entreprises de recherche universitaire. Le deuxième parti pris, c'est de rester au niveau qui favorise la possibilité de repérer et de reconnaître des mécanismes semblables dans d'autres champs sociologiques. On ne fera appel explicitement à des considérations plus générales et à des amorces de réflexions théoriques que dans la mesure où elles sont nécessaires à l'argumentation fondamentale qui place la sociologie dans les rapports de concurrence de légitimité scientifique et sociale avec d'autres points de vue et qui tente d'articuler

les stratégies déployées par les divers agents à faire prédominer leur position et leurs intérêts par rapport aux objets d'études délégués aux sociologues. Il va sans dire que cette concurrence caractérise, à des degrés différents, l'ensemble de la sociologie.

2. L'ANALYSE DE LA DEMANDE COMME CONDITION PRÉALABLE ET CONTINUE DU TRAVAIL SOCIOLOGIQUE

Deux données doivent être soulignées tout de suite : d'une part le fait que les travaux sociologiques en médecine sont l'aboutissement de demandes plus ou moins directes des instances médicales et de différents professionnels, soit que la demande parvienne sous forme de mandat ou d'offre de collaboration, soit que le sociologue, plus rarement, les propose à ses interlocuteurs habituels en anticipant ou en modelant une demande explicite probable. D'autre part, les usagers, patients actuels ou potentiels ne sont jamais commanditaires de recherches, comme c'est le cas des employés de la médecine occupant des positions hiérarchiques basses : comprises entre les femmes de ménage, les ouvriers d'entretien et les infirmières diplômées, voire les médecins assistants. A cela s'ajoute une opinion généralement répandue qui considère la demande faite au sociologue ou provoquée par lui comme claire et simple, permettant une réalisation rapide.

En effet, les termes du rapport entre les parties paraissent limpides : il s'agit d'une commande faite par une institution ou tout autre instance qui vise à clarifier ou à être informée des problèmes de pratique médicale et psychiatrique, à mettre en évidence des questions d'organisation, de fonctionnement des services, à dégager les modalités des pratiques et les facteurs déterminant les acteurs du système médical. En des termes plus actuels on dirait que le sociologue est invité au travail interdisciplinaire concernant les affaires de la médecine et de la santé pour lesquelles il fournit des instruments de pensée, d'argumentation, d'action. La demande qui est adressée au sociologue vise donc à ce qu'il fasse quelque chose qui est toujours lié aux enjeux du champ de la médecine et auquel il ne prend qu'une part relativement marginale. Faire quelque chose, formule volontairement vague, mais qui rend bien compte de l'indifférenciation habituelle des demandeurs concernant les attentes et les finalités du travail sociologique délégué : une étude à faire, des remarques circonstanciées à formuler, des informations à fournir, un avis à donner, un discours à prononcer, un article à publier ensemble, etc. et ceci sur des objets définis conjointement par des références diverses : les troubles mineurs en psychiatrie, la relation soignant — soigné, la chronicité, les urgences, l'information donnée au malade, etc. Etant donné que ces objets ne sont pas le produit d'une construction sociologique, et qu'ils ne sont pas destinés à être redéfinis, replacés de la sorte, le travail du sociologue risque toujours de n'être qu'un apport. Car ce qui lui est demandé d'abord et fondamentalement, c'est de jouer le jeu, de respecter les enjeux des parties prenantes dans le problème qui lui est défini, de ne pas regarder dans les cartes et de ne pas dévoiler les mises des partenaires de l'enjeu. Cette optique des demandes sous-tend que le sociologue occupe une certaine place correspondant aux attentes des commanditaires qui le situent dans trois ordres de rôles qu'il est censé remplir : celui d'abord d'être un auxi-

liaire de la médecine, fournissant au même titre que les autres groupes professionnels, des services ancillaires subordonnés aux finalités et aux impératifs strictement médicaux; en deuxième lieu, être un expert dont le mandat se termine avec la remise du rapport d'étude dont le but implicite est de légitimer les différentes problématiques qui sont soumises comme telles au sociologue; être enfin quelque part dans l'institution médicale, un membre très mal défini de l'équipe à propos duquel des attentes très différentes, voire contradictoires règnent : le statisticien du service, même si le sociologue est rarement un spécialiste des statistiques; un peu l'adjoint de la Direction, mais on ne sait pas très bien à quel niveau il se situe et quels effets son travail entraîne; l'interlocuteur de gens différents de l'institution lorsque des problèmes de fonctionnement ou de planification sont posés; ou enfin tout simplement celui dont on ne sait pas très bien ce qu'il fait ...

Il va de soi que la plupart des sociologues de la médecine — ainsi que d'autres par rapport à leur domaine respectif — n'entendent pas se définir selon ces opinions dominantes relatives à leur travail et à leurs rôles. Le statut qui leur paraît être le leur en vertu de leur appartenance à la sociologie et à une fraction déterminée du champ universitaire et de par leur formation, ainsi que la position qu'ils s'assignent eux-mêmes, pratiquement, dans le champ médical sont tributaires de quatre dimensions qui entrent dans la configuration particulière du poste qu'ils occupent.

— Le sociologue a tendance à s'attribuer une position éthico-politique, lorsqu'en vertu de considérations égalitaires, il dénonce par exemple des inégalités de traitement, des mesures "thérapeutiques" prises davantage sur la base de critères d'ordre social et institutionnel que de savoirs médicaux.

— Il peut se constituer une position technocratique en s'interrogeant par exemple sur l'efficacité d'une prise en charge ou sur l'évaluation du travail thérapeutique. La même orientation est à l'œuvre lorsqu'il élabore des instruments plus ou moins sophistiqués à l'aide desquels le degré d'intégration sociale, de cohésion familiale ou de satisfaction sont mesurés. A y regarder de plus près, on s'aperçoit rapidement que la pratique corrélative à cette position est celle qui recèle le plus de pièges et le plus de contradictions. En effet, le sociologue ne fait que reprendre ce que la médecine lui délègue, à savoir des questions auxquelles il n'y a pas de réponse détachée de jugements médicaux; les travaux psychiatriques sur l'efficacité de la psychothérapie par exemple, en témoignent. En outre, et plus grave, le sociologue fait comme si les fonctions officiellement proclamées par le système psychiatrique étaient effectivement les fonctions réelles. Ainsi la question de l'efficacité d'ateliers thérapeutiques de réadaptation sociale et professionnelle suppose que la mise au travail et la récupération de la capacité d'activité professionnelle soient effectivement l'objectif premier de cette instance. Or, la constatation qu'une infime minorité des patients suivis dans ces services sont "intégrés" au niveau professionnel, alors que la grande majorité mène une existence d'isolés et de ségrégués, ne dit rien de plus sur l'inefficacité mesurée selon les critères officiels. En revanche, elle exige le renversement complet de la problématique qui énonce alors que ces ateliers thérapeutiques ont pour fonction objective la confirmation de l'incapacité et donc de l'invalidité — produite par des mécanismes

économiques et sociaux — de patients fortement psychiatisés, ce qui éclaire tout autrement le paradoxe premier des résultats de l'étude. En suivant cette analyse, le sociologue étudiera les conditions, les instruments et les moyens par lesquels, concrètement, est constituée l'invalidité, de telle sorte qu'elle entre dans les catégories administratives prévues et que le patient lui-même soit subjectivement ajusté à son statut objectif ainsi consolidé. Mais il va de soi, pour revenir à la question de la place du sociologue que de telles hypothèses ne manquent pas de soulever des oppositions et des contradictions cruciales, qu'une position technocratique évite soigneusement.

— Pourtant, en général, le sociologue préfère se voir reconnaître la position plus enviable de l'intellectuel de service en se définissant comme celui qui n'a ni racines, ni rapport spécifiable à une pratique, ni relation à une fonction quelconque. Autrement dit, il s'autorise et il se légitime par des pratiques et des discours basés sur une rationalité qui ne se nomme pas, mais qui est censée être supérieure, transcendante par rapport aux rationalités pratiques et pragmatiques des praticiens. Aussi séduisante qu'elle soit, cette position encourt les mêmes risques de reprendre à son compte les postulats du champ médical — comme le fait l'optique technocratique — si la distance qu'elle entretient avec la médecine n'est pas basée sur la construction d'objets propres de la sociologie, ainsi que nous le montrerons plus loin.

— Très proche de la précédente, la dernière position qui me semble importante est celle du retrait, le sociologue se mettant délibérément en dehors des différents enjeux directs de la psychiatrie et de la médecine. C'est l'optique qui caractérise plus typiquement les sociologues de la médecine qui, craignant une contamination par des implications trop étroites, se tiennent à l'extérieur du cadre même du système qu'ils étudient. Il y aurait beaucoup à dire là-dessus; mais limitons-nous à souligner un des dangers de cette position : la quasi-impossibilité de connaître l'objet d'étude de l'intérieur et le risque de perdre la spécificité même de l'approche sociologique de la médecine.

Il ressort de ce qui précède que le sociologue de la médecine ne possède pas les dispositions statutaires qui mettraient à sa portée et d'emblée le regard analytique des enjeux et des intérêts du champ médical et qui lui rendraient possible de situer directement l'espace et les niveaux auxquels une demande particulière s'insère et prend son sens. Il est donc primordial que l'analyse préalable et continue de la demande s'enracine dans les contextes concrets des problèmes soulevés. Car ces problèmes soumis au sociologue sont toujours des problèmes tels que des groupes particuliers d'agents sociaux les perçoivent, les formulent en fonction de leur position, de leurs rôles, de leurs ambitions et anticipations dans l'ensemble du système médical. Autrement dit, pour le sociologue, les commanditaires de recherches, quels qu'ils soient, font l'objet de l'analyse sociologique, au même titre que les problèmes qu'ils désignent à l'étude du sociologue. Ces prémices de l'approche sociologique est sans doute peu acceptée en médecine. Mais on en voit la nécessité dès qu'on se pose des questions simples au début de l'étude : en vertu de quoi ces commanditaires agissent-ils, quels intérêts poursuivent-ils ou défendent-ils en posant les problèmes tels qu'ils les posent, quelles raisons y a-t-il d'en faire des problèmes délégués à la recherche sociologique ? L'exemple suivant va montrer que cette analyse préalable n'est

pas un exercice de style ou une passion futile du sociologue, dans la mesure où elle met en œuvre la configuration des positions et des intérêts qui caractérisent le problème soumis à l'étude. La direction des services psychiatriques extra-hospitaliers nous a demandé il y a quelques années de faire une étude sur les urgences psychiatriques, étude qui devait montrer, si un service fonctionnant 24 heures sur 24 était nécessaire pour tous les cas, anciens ou nouveaux, qui se présentaient à la consultation de secteur, sans avoir un rendez-vous. Or, quels sont, pour les diverses parties en jeu, les intérêts, les stratégies, les risques, les bénéfices, les craintes anticipées que ce problème touche ?

— La direction de l'extra-hospitalier y voyait un moyen d'enrayer des mesures d'hospitalisations psychiatriques opérées en catastrophe et d'amoindrir les effets négatifs, iatrogéniques de ces dernières par le fait même de les insérer dans un temps plus long et dans un projet dont le service d'urgence aurait pu être l'initiateur. D'autres intérêts étaient en jeu : extension et diversification des services extra-hospitaliers selon le modèle international en la matière et stabilisation ou diminution de l'importance de l'hôpital psychiatrique. En revanche, le principe même d'un service d'urgence plus ou moins autonome allait à l'encontre de la continuité des soins psychiatriques et augmentait le nombre d'intervenants successifs auprès du même patient.

— Pour le médecin-chef le plus directement concerné, un tel nouveau service fournissait l'occasion de réunir deux objectifs : d'une part développer davantage la psychiatrie sociale et d'autre part faire des expériences en matière de psychiatrie de crise, inspirée davantage d'une optique systémique. Par ailleurs, une telle pratique pouvait le démarquer d'une fonction plus limitative dans un centre de réadaptation sociale.

— Une autre partie prenante de la demande était un chef de clinique, principal promoteur de l'idée d'un service d'urgence. Pour lui, formé aux communautés thérapeutiques, ce projet pouvait aboutir à la création d'un service original disposant d'équipements plus importants, ainsi qu'à des pratiques plus novatrices telles que l'hospitalisation à domicile et la thérapie de crise dans le cadre d'un hôpital de jour géré selon les principes de la communauté thérapeutique.

— Pour les médecins assistants des services de consultation des quartiers, le projet en question présentait indéniablement des intérêts positifs, puisqu'ils ne seraient plus obligés de faire face à des situations et à des incidents qui modifient les plans de l'activité journalière; autrement dit, un tel aménagement leur aurait fourni la possibilité de pouvoir pratiquer selon l'ordre psychothérapeutique avec tous les avantages que cela comporte. Et enfin, fait non négligeable, l'institution d'un nouveau service aurait permis de procéder à un certain nombre de délégations, par exemple faire passer des patients dans d'autres services, ou bien faire hospitaliser les cas, décision qui n'est pas volontiers effectuée. D'autre part, des inconvénients importants aussi mettaient les mêmes assistants dans une situation embarrassante, à savoir qu'une telle organisation des prises en charge des urgences leur aurait retiré des attributions thérapeutiques souvent décisives : intervention dans les moments cruciaux (crises) de l'évolution de certaines pathologies, responsabilité médicale par rapport au cas, réa-

lisation du projet thérapeutique risquant d'être infléchi par le passage du patient vers d'autres thérapeutes de l'institution, même si les circuits d'informations fonctionnent de façon à peu près satisfaisante.

— La direction et les cadres de l'hôpital voyaient dans le projet et dans l'étude davantage la menace de contribuer à confiner l'hôpital psychiatrique dans ses fonctions les plus traditionnelles, par le fait même qu'un tel service d'une part diminuerait le nombre d'hospitalisations et d'autre part assumerait des mandats qui sont typiquement réservés aux cliniques psychiatriques; exigence d'un taux d'occupation présentable et respect de la responsabilité médicale étaient les arguments principaux contre une évolution qui aurait pu — c'était là la principale crainte — mettre en question la position dominante de l'hôpital dans le dispositif psychiatrique.

Il faudrait continuer l'analyse de cette demande d'étude en s'interrogeant sur les intérêts des médecins somaticiens et des psychiatres installés en privé dont la position est assez similaire à celle des assistants en consultation; des infirmiers qui adhéraient largement à la vision de la direction de la clinique tout en espérant pouvoir réaliser, grâce à ce projet, une percée dans le secteur extra-hospitalier qui leur est resté largement fermé; de plus, d'autres instances avaient des intérêts dans une telle modification : les assurances, les différents pouvoirs, politiques, administratifs, sociaux dont l'importance dans les mécanismes de contrôle social est attestée et qui, se conformant aux attentes plus ou moins diffuses, demandent des interventions et des corrections rapides contre certaines formes de désordre social par le biais de l'internement, sans devoir passer par un service supplémentaire qui aurait pu battre en brèche les mesures déjà décidées. L'énumération des divers intérêts, corrélatifs à des positions différentes des agents dans le système psychiatrique fait entrevoir clairement que ce projet d'étude et de service est caractérisé en premier lieu par des attentes et des prises de position fondamentalement contradictoires. Il s'ensuit que le sociologue ne pourra dans ces conditions adopter une optique qui est celle des demandeurs. Il devra, au contraire, inclure dans son travail de recherche précisément comme donnée fondamentale, ces intérêts et ces options différents et conflictuels qui déterminent aussi les priorités accordées à des services, l'importance conférée au problème qui fait l'objet de la demande ainsi que la définition même de l'urgence et le choix des variables considérées comme explicatives et pertinentes. Par conséquent, et c'est en cela que le sociologue déconcerte le plus ses interlocuteurs-demandeurs, l'objet de son étude n'est jamais une des versions institutionnelles du problème qui lui est soumis, mais comprend au contraire, outre le domaine matériel désigné, les diverses prises de position relatives au problème, les pratiques agencées par rapport à ce dernier et les stratégies sous-jacentes dont la problématisation explicite est un des indicateurs.

Le but de cette exemplification longue d'une analyse de la demande institutionnelle est de souligner son importance si en tant que sociologue on ne veut pas se limiter à importer des prédéfinitions médicales ou psychiatriques de l'objet. Ce n'est qu'à son terme qu'est possible une "sociologisation" du "problème" car elle permet de modifier les contours indiqués par la demande, de délimiter d'autres dimensions pertinentes et d'agencer l'articulation de la problématique. Elle fournit en outre les in-

formations qui s'avèrent par la suite les plus pertinentes en dépassant le cadrage initial restreint aux seuls patients et à leurs dossiers. En violant l'accord tacite sous-jacent — que tout de la médecine obéit à une logique proprement médicale et serait donc irréductible à d'autres principes explicatifs — l'analyse sociologique d'objets définis selon son point de vue spécifique, pourra produire des connaissances dont la validité n'est pas restreinte seulement au domaine médical, par exemple la relation thérapeutique comme rapport social; la thérapie en tant qu'investissement symbolique et corporel-matériel; les soins comme biens produits selon les processus de production dont la logique n'a rien de proprement médicale, etc.

On ferait preuve d'optimisme aveugle et de naïveté politique aiguë si on prétendait que ces démarcations par rapport aux demandes déléguées au sociologue sont faisables sans autre. Au contraire, elles ne manquent pratiquement jamais d'engendrer chez les demandeurs l'irritation, l'opposition, voire la censure et l'interdiction, c'est-à-dire les réactions qui se situent sur l'éventail habituel des "climats" de la collaboration et de la confrontation entre les sociologues et les dirigeants des instances médicales, administratives, politiques.

3. LES FONCTIONS DES RECHERCHES SOCIOLOGIQUES EN MÉDECINE

En suivant ce qui vient d'être développé, on est amené à s'interroger comment il se fait que des demandes soient adressées ou continuent à être faites au sociologue, étant donné d'une part les divergences et les incompatibilités de perspective et d'autre part la complicité dans le malentendu concernant le rôle du travail sociologique. En outre, aux dires des intéressés, les rapports d'étude des sociologues arrivent le plus souvent trop tard, compte tenu des questions posées toujours urgentes. Enfin, les résultats et les conclusions des recherches sont, aux dires des intéressés, soit trop compliqués, soit trop éloignés des problèmes contenus dans la demande, bref, ils sont "à côté de leurs pompes". Cette dernière remarque mériterait une discussion plus détaillée, bien que la réponse à la critique soit simple : il ne peut pas en être autrement, et les points suivants tentent de l'étayer. Les fonctions effectives des demandes faites au sociologue dépassent considérablement le mandat ponctuel qui lui est délégué. La thèse appliquée plus particulièrement à la psychiatrie, affirme simplement que les résultats réels du travail sociologique ont beaucoup moins d'importance que le fait premier, à savoir qu'un problème donné fasse l'objet d'une étude sociologique.

1) Les recherches sociologiques en psychiatrie ont d'abord pour *fonction de légitimer la psychiatrie*, et plus précisément, *la branche de la psychiatrie qui emploie les sociologues*. Il est frappant que la recherche sociologique est en psychiatrie extra-hospitalière, et avant tout dans le courant de la psychiatrie sociale, exactement l'équivalent des recherches biologiques ou biochimiques dans les hôpitaux. Outre que la sociologie fournit l'occasion à la psychiatrie sociale de constituer un champ de recherche, elle partage avec la recherche biologique des institutions hospitalières un certain nombre de caractéristiques : toutes deux sont constituées d'un corps professionnel relativement labile, provisoire; elles n'ont pas une emprise directe sur la pratique

psychiatrique et leurs travaux ne peuvent prétendre instaurer des démarches thérapeutiques différentes, étant donné leurs rapports très médiatisés à la pratique. Cette fonction de légitimation par les travaux sociologiques, qu'ils soient reconnus ou non, n'est opérante que si la sociologie concourt à l'accomplissement d'une autre fonction importante, cruciale même par la position de la psychiatrie extra-hospitalière.

2) *La fonction de problématisation* des faits d'observation, des domaines qui, tout en étant confiés à la psychiatrie, entrent difficilement dans l'approche psychiatrique, par exemple le retard scolaire, la toxicomanie, l'intégration sociale des jeunes, la famille, les invalides, les handicapés, etc. Ce qui est demandé au sociologue, c'est de fournir à l'aide de recherches de notions, des catégories qui permettent de penser ces faits d'observation à travers les grilles de compréhension psychiatrique et des éléments susceptibles de constituer une base d'actions sur ces faits. On comprend mieux pourquoi une conformité élevée et une allégeance fidèle est exigée du sociologue; les résultats de ses recherches doivent présenter cette propriété fondamentale de pouvoir être permutés en catégories de la pensée et de la pratique médicales, en collaborant à invalider la force et la pertinence propres des faits sociaux externes.

3) Une autre fonction réside dans *l'euphémisation des problèmes objectifs posés*. Il en est ainsi par exemple lorsqu'une étude est appelée à montrer que les problèmes d'emploi de certaines catégories de chômeurs résultent de leurs caractéristiques psychiatriques. De plus, la notion même de la chronicité, surtout de psychotiques, dans pratiquement tous les services psychiatriques est une euphémisation qui sous son apparente neutralité cache des problèmes considérables et des situations extrêmement précaires : la chronicité est plus que cette quasi nature d'une pathologie mentale; elle signale l'inefficience pratique des services psychiatriques par rapport à de larges catégories de patients; elle préfigure non seulement une carrière psychiatrique descendante, mais aussi l'issue dans des situations de relégation et de ségrégation de tout point de vue. Problématiser en termes de chronicité les différentes dimensions qui définissent la condition anthropologique de ces patients, c'est euphémiser le caractère contradictoire et explosif d'un certain nombre de questions qui sont elles-mêmes des résultantes des mandats que la psychiatrie assume dans le système social. En somme, on demande au sociologue de constituer ce qu'on appellerait, dans le vocabulaire psychanalytique, une formation de compromis, par la sublimation et l'évacuation des questions politiques, économiques, sociales, institutionnelles que ces problèmes objectifs soulèvent d'emblée. Ces derniers seront alors retraduits en questions de recherches (euphémisées) plus ou moins autonomes par rapport aux intérêts impliqués.

4) Il est indéniable que même sous l'aspect de questions de recherches neutralisées, les problèmes délégués au sociologue comportent des possibilités de critiques, qui sous certaines formes sont appelées de leurs vœux par les représentants du système médical. Cela correspond exactement à *la fonction de technocritique* que le travail sociologique fournit. Il est en effet attendu que le sociologue produit par ses études la distanciation objectivante afin d'énoncer des critiques du champ psychiatrique, de son organisation, de ses pratiques, de sa place et ses rapports dans la société, de ses effets, etc. Ces critiques seront retraduites par les représentants du système

psychiatrique en critiques intérieures et autonomes du champ. La division du travail psychiatrique procède donc aussi à la délégation de la fonction de mise en garde et de garde-fous de ses propres pratiques à des professionnels qui sont susceptibles d'avoir un regard extérieur et distant par rapport au champ, tout en les contextualisant dans sa logique. Il en est ainsi par exemple du self-care.

Les grands ténors, officiels et très cotés, de ces mouvements sur le plan international font des écrits et des discours étonnants. A les écouter, à les croire, on dirait que la médecine, depuis 150 ans, depuis l'avènement de la médecine expérimentale, n'a pratiquement produit que des effets négatifs. Ces ténors du self-care ne sont pas des sociologues, mais pour la plupart des professeurs de médecine sociale et préventive et d'autres médecins. Leurs critiques très virulentes de la médecine et de ses effets sont, bien entendu, basées sur des travaux de sociologues et d'économistes ou d'autres représentants des sciences humaines dont l'objet n'était pas directement les effets négatifs de la médecine. Par exemple l'ensemble des critiques et des thèses développées par Illich sont reprises quasi textuellement par ces porte-parole du champ médical, qui de plus les accentuent compte tenu de leurs connaissances de l'intérieur de ces pratiques. La fonction du sociologue est donc bien de faire rapport des problèmes qu'il discerne ou qu'il dégage en vue de leur usage critique par les instances médicales elles-mêmes, en favorisant en quelque sorte le rapatriement du rapport critique au système médical et à ses pratiques.

5) Une autre fonction du travail sociologique en médecine est les *contributions à la mise à jour et l'aide au développement des technologies sociales* du contrôle, de la répression et de la réparation d'une multitude de désordres. On peut en effet admettre que les diverses formes de traitement, d'intervention, de conseil, d'assistance constituent une vaste panoplie de techniques par lesquelles l'ordre social, culturel, symbolique, mental sont produits et reproduits. Ainsi les études sur les facteurs sociaux et culturels de la manifestation des pathologies et de leur évolution, des attitudes et des comportements des malades, livrent aussi, probablement plus indirectement, des renseignements relatifs à des modifications de l'emploi des techniques (indication, projet thérapeutique, conduite du traitement) en vue d'une efficacité accrue. C'est ainsi que l'on peut situer la thérapie familiale ou systémique, les interventions communautaires, les groupes de sensibilisation d'agents intermédiaires entre les médecins et les patients, comme des technologies sociales nouvelles dont l'efficacité quant au contrôle et à la réparation est supérieure, comparée à d'autres démarches. Cette contribution du sociologue est doublement sujette à caution : d'une part parce qu'il aide à l'optimisation du rendement des techniques d'intervention et de contrôle social dont les objectifs sont socialement centrés sur les classes et les groupes dominés de la société, et d'autre part il fournit le matériel nécessaire au travail d'idéologisation des faits de la psychiatrie et de la médecine : primat du changement individuel et des faits individuels par rapport aux conditions objectives considérées comme naturellement données, interprétation en termes de résistances, d'obstacles, de blocages des contradictions et des oppositions sociales, cassure des unités sociales en tant que lieux de principes d'intelligibilité et de compréhension des conduites, des attitudes et des représentations des individus.

On voit ainsi que, loin de pouvoir asseoir les fondements et la pertinence des déterminants sociaux des faits de la psychiatrie et de la médecine, la sociologie est souvent conduite à fournir les moyens de l'invalidation de ces mêmes déterminants dans le système médical. Nous verrons que les conditions de la production des études sociologiques, en psychiatrie en particulier, en sont un facteur capital.

6) Je ne fais que mentionner brièvement une dernière fonction qui me paraît importante, à savoir la contribution à la scientification d'enjeux politiques et sociaux de la psychiatrie et de la médecine. Il s'agit d'une forme particulière d'euphémisation et de neutralisation de faits sociaux et institutionnels problématiques qui souvent sont à l'œuvre dans les travaux sur l'invalidité, la chronicité, mais aussi dans le domaine de l'intégration sociale de différentes catégories d'individus. Les représentants du champ psychiatrique en particulier attendent que le sociologue produise des taxonomies qui entrent directement dans le discours scientifique et qui constituent des facteurs explicatifs ou justificatifs de la réussite ou de l'échec des pratiques.

4. DES OBJETS PROPRES DE LA SOCIOLOGIE DE LA MÉDECINE COMME UNE DES CONDITIONS DE LA PRODUCTION SOCIOLOGIQUE

Il va de soi que ces fonctions qui sont attribuées au sociologue travaillant en médecine ou en psychiatrie ne correspondent que très partiellement à ses intérêts en tant que professionnel et avec les principes de la pratique sociologique en général. Les mandats délimitent et déterminent certaines conditions du travail sociologique qui, tout en ne se distinguant pas foncièrement des pratiques des sociologues d'instituts universitaires, présentent néanmoins certaines spécificités communes avec la sociologie dans les domaines pragmatiques. Il faut préciser que ces conditions particulières ont un effet principal, c'est-à-dire rendre souvent très difficile la constitution de problématiques autonomes à la sociologie et le dépassement d'une optique sociologique particulariste. Ainsi, à la différence d'un institut universitaire de sociologie qui développe des situations de recherche basées sur des options théoriques et des stratégies sociologiques plus générales, un service de recherche sociologique en médecine se voit définir, si ce n'est imposer, des problématiques à partir de questions et de problèmes du champ médical, de ses relations aux autres instances (politiques, sociales, d'assurances, etc.) et de ses rapports aux moyens actuels ou potentiels. Autrement dit, les objets d'études sociologiques sont délimités bien plus par des enjeux et des intérêts internes et externes au système médical que par des interrogations propres au point de vue sociologique. Il en résulte que le sociologue se trouve en face de demandes qui privilégient clairement certains objets de recherche tels que les chroniques, les invalides, l'attitude du public, les infirmiers, les catamnèses. Par contre, d'autres objets sont fortement déconseillés, voire formellement interdits, par exemple la pratique médicale concrète, les malades, les maladies, le savoir médical, les coûts différentiels, la division du travail, les processus de délégation internes et d'autres.

Ce qui distingue le sociologue plus directement engagé dans la pratique sociale des autres, c'est qu'il se voit confronté à des interdits explicites, plus sensibles quant

aux restrictions et aux menaces de son travail, alors que le sociologue “universitaire” peut plus facilement envisager sa pratique comme effet de ses options et être plus à l’aise avec des recherches identiques.

Une autre particularité du champ de recherche en médecine réside dans l’atomisation des demandes selon les impératifs institutionnels du court terme qui rendent difficile, voire impossible d’élaborer des lignes de recherche cohérentes et des objectifs à plus long terme. Plus grave, cette défraction empêche considérablement toute tentative d’accumulation de connaissances sociologiques de la médecine et de construction théorique plus globale. Ces obstacles à une sociologie de la médecine sont encore accentués par l’insuffisance d’infrastructures pratiques et théoriques et évidemment l’instabilité des chercheurs travaillant sous contrats limités. Soulignons encore que les délais d’urgence ou les durées restreintes imparties à des études permettent au plus une exploitation sommaire des résultats et rendent improbable un approfondissement ou une extension des problématiques conformes aux méthodes sociologiques, sauf si on réussit à se préserver des marges de manœuvres suffisantes à cette tâche centrale pour le sociologue, mais négligeable, voire superflue pour l’institution-employeur.

Enfin les censures et les démentis aux travaux du sociologue sont plus immédiats et ont des répercussions plus directes sur le travail ultérieur : limitation dans les éventails restreints des problèmes médicaux pratiques, démentis des résultats par des observations quotidiennes qui n’ont pas été passées au travers des procédures d’analyse, censure à posteriori par le refus de publication ou par l’exigence de modifications euphémisantes, décret que telle étude ou telle problématique ne “présente aucun intérêt”.

Tout ceci montre qu’il y a nécessairement des tensions importantes, des intérêts antagonistes entre les commanditaires du champ médical et le sociologue qui ne se limite pas à fournir quelques services annexes, mais qui au contraire tente d’élaborer une recherche qui satisfasse en même temps ses intérêts et les principes de sa discipline. On est bien en présence de rapports de pouvoir et de domination qui sont de telle sorte, au moins jusqu’à présent, qu’ils placent la sociologie dans une position de dépendance et de subordination aux intérêts globaux de la médecine; alors même que les intérêts plus larges de la collectivité pourraient tirer un meilleur profit d’une recherche sociologique plus autonome.

Cette dernière devrait être basée sur le champ de la médecine et des pratiques sociales visant le corps, la santé par lesquels le patrimoine biologique et mental de la collectivité est reproduit et réparé. Une série d’orientations de recherche se dessinent pour une sociologie plus autonome.

Quel est, en premier lieu, le système de reproduction et de réparation de ce patrimoine ? De quoi est-il composé ? Quels sont les biens produits ? Selon quelle procédure de production les produit-on ? Qu’en est-il de la division du travail établie à cet effet ?

En deuxième lieu, quels sont les fondements anthropologiques des pratiques concrètes de ce système médical ? Quelles sont les représentations savantes et idéologiques de l’homme en général et des membres des différents groupes sociaux ?

En troisième lieu, il faudrait se poser des questions sérieuses et très peu explorées en sociologie sur les liens entre niveaux biologique, mental et social. On ne voit pas pourquoi ces problèmes appartiendraient au monopole de la médecine ou de la sociobiologie, dans la mesure précisément où des interrogations peu pratiquées pourraient être développées sur une base plus indépendante.

En quatrième lieu et à un niveau plus directement opératoire, il serait urgent d'analyser des processus plus globaux, des concomitances de variation ou des homologies entre des plans aussi différents que les caractéristiques sociales des patients, leur carrière et leur position, la trajectoire des prises en charge institutionnelles, la place qu'ils occupent dans le système médical, leurs propriétés cliniques, leur diagnostic et leur pronostic et les savoirs médicaux et psychiatriques qui sous-tendent les pratiques thérapeutiques.

Enfin, la médecine comme champ relativement autonome n'est pas un espace socialement neutre. Comme sur d'autres territoires sociaux, s'y déroulent des luttes, des oppositions et des affrontements, tant sur le plan de la pensée que sur celui des pratiques. Quels en sont les effets au niveau des fonctions sociales de la médecine ? Quels sont les enjeux et les hiérarchies, et quels en sont les points de vue sur la médecine et ses mandats ?

Il me paraît évident que le regard sociologique ainsi construit sur le monde social de la médecine et de la psychiatrie ne recueille pas ipso facto l'adhésion de tous ceux pour lesquels les intérêts vont bien plus à l'occultation et à la méconnaissance des enjeux objectifs dont le champ médical est le terrain. Mais il importe de souligner que les difficultés, voire l'impossibilité du travail sociologique dans ce domaine sont le produit de ce système lui-même dans la mesure où les questions sociologiques — au moins quand elles sont bien posées — dérangent et bousculent l'ordre des choses et ne peuvent manquer de s'allier — ou d'être considérées comme alliées — à des intérêts concurrents de ceux du monde médical. Mais ce n'est là qu'une des nombreuses caractéristiques que les sociologues partagent entre eux quand ils travaillent sur des terrains sociaux concrets.