

Les Usages Sociaux du Corps¹

Luc Boltanski

1. La dimension sociale des comportements corporels.

S'il fallait définir le modèle auquel s'apparentent aujourd'hui la sociologie et l'ethnologie du corps, on ne pourrait sans doute trouver meilleur paradigme que celui du « colloque interdisciplinaire », lieu de rencontre fictif et abstrait où se ras- semblent pour un temps, autour d'un même domaine du réel ou d'un problème social perçu et désigné comme tel par la conscience commune, des spécialistes venus des disciplines les plus différentes. Parce que son objet d'études est seulement désigné sans être systématiquement construit, la sociologie du corps paraît s'enfermer dans les débats et les querelles qui concernent la définition même de son champ d'application, et se contente souvent de poser, dans des termes qui ne sont pas loin de rappeler ce~ du droit et plus particulièrement du droit international, la question de ses relations avec les autres disciplines réductible à la question du partage des terrains conquis ou de la gestion des zones d'influence ou encore pré- tend se fonder sur la volonté de procéder à la synthèse des différentes sciences du corps, solution qui n'est pas sans lien elle aussi avec la logique régissant les relations entre états et qui rappelle, par son caractère utopique et par l'idéologie pragmatique qui lui est sous-jacente, les efforts des organismes internationaux pouf concilier verbalement (c'est-à-dire en effaçant artificiellement les différences) les intérêts les plus divergents²

Les travaux, au demeurant peu nombreux, qui se donnent explicitement pour objet la « sociologie du corps » et du rapport que les individus entretiennent avec leur corps -articles programmatiques ou essais polémiques -s'accordent moins pour tâche, en effet, de présenter des recherches empiriques, d'ailleurs à peu près inexistantes, ou même de constituer les schèmes théoriques qui les rendraient possibles, que de soustraire l'étude du corps à l'emprise des autres disciplines -anthropologie physique, technologie, diététique, sexologie, biométrie, etc. -de façon à en faire un objet disponible et apte, de ce fait, à être investi, ne serait-ce que de façon très partielle et presque clandestine par la sociologie³. Mais suffit-il de constater la diversité géographique et historique des usages du corps (en accumulant parfois à titre de « preuves » les données les plus hétéroclites empruntées à des sociétés très diverses et coupées des ensembles culturels qui seuls leur confèrent du sens)⁴, et de mettre ainsi en question les postulats naturalistes en affirmant le caractère relativement arbitraire des habitudes corporelles ou, ce qui revient au même, de déclarer qu'elles sont *aussi* modelées culturellement, pour rendre possible leur analyse sociologique ? On pourrait le penser si les recherches empiriques qu'au- raient dû normalement susciter les travaux programmatiques des « fondateurs » ne s'arrêtaient, le plus souvent, à la question du choix des outils techniques exigés par la pratique de la sociologie du corps. C'est peut-être, en effet, au niveau du choix des techniques qu'on saisit le mieux les difficultés qui résultent de la non construction de l'objet: tout se passe comme si la sociologie du corps hésitait sou- vent, s'agissant de rendre compte des comportements physiques, par exemple, des habitudes de consommation corporelle, entre une analyse économétrique qui tend à dissoudre l'objet d'étude dans la macro-économie et une analyse micro- technologique qui tend à le dissoudre dans l'anatomie ou la biologie sans trouver le type d'approche qui permettrait d'en dégager la dimension proprement sociale. Ainsi, l'analyse

¹ * Nous remercions P. Bourdieu à qui ce travail doit ses principales idées directrices et dont les conseils et les suggestions nous ont été très utiles pendant la rédaction de cet article.

² La science du corps serait alors définie, à la façon de l'océanographie, « par la juxtaposition de disciplines diverses s'appliquant à un même domaine du réel ». Cf. P. BOURDIEU, *l.-C. CHAM- BOREDON, l.-C. PASSERON, Le métier de sociologue*, Mouton-Bordas éd., Paris, 1968, p. 51, ouvrage auquel on se reportera pour l'ensemble de cette analyse.

³ La place manque ici pour fonder cette analyse qui risque, en conséquence, de paraître cava- lière et schématique. Elle repose sur un dépouillement, actuellement en cours de réalisation, des principaux travaux qui ont le corps pour objet et donnera lieu à une publication ultérieure.

⁴ On pense ici, notamment aux travaux de W. LABARRE et O. W. HEWES et, plus particulière. ment, à W. LABARRE, « The cultural Basis of Emotions and Gestures », *Journal/ of Personality*, vol. 16, septembre 1947, pp. 49-68 et à O. W. HEWES, « World Distribution of Posturals Habits » *American Anthropologist*, 57, 2, 1, avril 1955, pp. 231-244.

de la consommation alimentaire paraît osciller perpétuellement entre une étude très générale des budgets familiaux et une étude trop particulière des apports caloriques fournis par chaque type de ration alimentaire; ou encore celle de la gestualité et de l'effort physique entre une étude des « mouvements et des temps » de type tayloriste qui dilue l'objet dans l'ensemble des faits de production et une « analyse mécanique du mouvement » qui tend à le confondre avec l'objet de cette branche particulière de l'anatomie descriptive que constitue l'anatomie fonctionnelle de l'appareil locomoteur¹. Ainsi, oubliant que toute méthode et toute technique sont une technique et une méthode de construction d'objet, la sociologie du corps paraît condamnée à reproduire l'objet des sciences auxquelles elle emprunte ses méthodes et ses techniques, et tend à se confondre avec les disciplines dont elle prétend pourtant s'affranchir. Elle s'interdit, par voie de conséquence, d'opérer la rupture avec les traditions scientifiques qui se partagent traditionnellement l'étude du corps, les intentions de rupture périodiquement renouvelées ne pouvant que demeurer vides et sans effet tant qu'elles ne sont pas associées à la construction de l'objet comme effort pour ressaisir la logique spécifique, c'est-à-dire ici proprement sociologique, selon laquelle s'organisent les comportements corporels. Or, ce travail de construction ne peut être opéré par le moyen du transfert direct et de la simple juxtaposition des schèmes théoriques et des outils techniques utilisés par les autres disciplines. En effet, constituées autour de demandes sociales déterminées, les disciplines qui prennent le corps pour objet d'étude privilégié n'ont pu, le plus souvent, qu'engendrer des théories partielles du corps et du rapport au corps; que l'on songe, par exemple (et pêle-mêle), aux sciences de l'alimentation sommées de définir des « rations alimentaires », à l'analyse mécanique du mouvement dont les progrès sont liés à ceux de la division du travail et de la rationalisation de la production ou même de la rationalisation d'activités ludiques comme le sport ou la danse, à la sexologie, domaine partagé entre la morale et la médecine (qui fut en conséquence particulièrement difficile à constituer scientifiquement et qui paraît, au moins à l'origine, plus morale que médicale), à l'étude de la communication gestuelle et des expressions faciales qui trouve son origine notamment dans l'analyse psychiatrique des signes cliniques et, plus généralement, à l'ensemble des disciplines que se rattachent, de près ou de loin, à ce qu'il est convenu d'appeler les « problèmes d'hygiène et de santé » -« hygiène sociale », « hygiène du travail » ou puériculture, par exemple -dont l'apparition ou le développement, socialement encouragés ou suscités à la fin du XIXe siècle, sont corrélatifs d'un effort généralisé de moralisation et de domestication des classes populaires².

Ces différents types de demande sociale définissent eux-mêmes les formes et les catégories d'appréhension du corps d'autrui: parce que les taxinomies et les catégories de perception du corps que constituent et utilisent les membres de ces disciplines sont engendrées par leur pratique spécifique et par la situation où elle s'exerce, bref, parce qu'elles sont fondées sur la nécessité pratique de maîtriser le corps en situation, c'est-à-dire, souvent (et notamment dans le cas de la relation médecin-malade), de maîtriser la situation, les problématiques particulières à chacune de ces disciplines particulières (qui n'existent d'ailleurs souvent qu'à l'état implicite ou quasi-systématique) tendent à réduire le corps tout entier à une et une seule de ses propriétés ou de ses dimensions: machine thermique pour le nutritionniste, système de leviers pour l'analyste du mouvement, émetteur involontaire de symptômes ou de signaux pour le médecin ou le psychiatre, etc. Produite par des praticiens sommés de fournir une réponse à une demande sociale, engendrée par et pour la pratique, c'est-à-dire directement ajustée à la nécessité sociale de manipuler le corps d'autrui, de le guider et d'agir sur lui, par exemple de lui fournir une réponse à une demande sociale, engendrée par et pour la pratique, c'est-à-dire directement ajustée à la nécessité sociale de manipuler le corps d'autrui, de le guider et d'agir sur lui, par exemple de lui fournir une quantité déterminée de biens rares (produits alimentaires ou pharmaceutiques) ou de produire pour lui des règles de conduite, les théories implicites du corps qui sous-tendent les disciplines dont le corps constitue le champ d'investigation privilégié, sont vouées à engendrer

¹ Ainsi, par exemple, J.-L. PELOSSE qui s'accorde pour tâche de définir « une méthode d'ensemble à laquelle on puisse se référer pour une analyse des mouvements corporels des usages traditionnels », et qui déclare pourtant qu'il convient d'« éviter le double écueil d'un certain naturisme ou d'une trop grande abstraction qui ne permettrait pas une expression satisfaisante des faits ethnologiques » (« Contribution à l'étude des usages corporels traditionnels », *Revue Internationale d'ethno-psychologie normale et pathologique*, Éditions internationales, Tanger, vol. 1, n° 2, pp. 123-159) présente (et utilise dans ses recherches empiriques) des techniques d'analyse qui ont largement pour résultat d'opérer la réduction du social au physiologique. On pourrait sans doute montrer, de même, que les techniques d'enregistrement et d'analyse des mouvements du corps humain mises au point par E. T. Hall ou R. Birdwhistell ne permettent pas de saisir la dimension proprement sociale des comportements physiques et les réduisent, au moins dans une large part, à leur dimension paralinguistique.

² cf. L. BOLTANSKI, *Prime éducation et morale de classe*, Mouton éd., Paris 1969, Coll. « Cahiers du Centre de Sociologie Européenne », pp. 18-56.

des représentations purement fonctionnalistes du corps, sorte d'outil ajusté à des fins particulières et possédant corrélativement et, en quelque sorte, par essence des besoins particuliers qui doivent être satisfaits pour qu'il puisse remplir les fonctions qui lui sont socialement assignées. Or, c'est à la condition de rompre avec la relation « pratique » qu'implique toute situation où le corps d'autrui est l'objet d'une stratégie, fût-elle thérapeutique ou éthique, pour se placer, à titre d'observateur, au point où le corps peut apparaître sous la pluralité de ses aspects que l'on pourra opérer la construction, premièrement, du système des relations entre l'ensemble des comportements corporels des membres d'un même groupe et, deuxièmement, du système des relations qui unissent ces comportements corporels et les conditions objectives d'existence propres à ce groupe, relations qui ne peuvent elles-mêmes être établies que si, comme on le verra par la suite, on procède à l'analyse et à la description de la culture somatique propre à ce groupe. En effet, si l'établissement du système des relations entre les différentes dimensions du comportement corporel implique la rupture avec la situation pratique définie par un besoin social, c'est qu'il exige peut-être, à titre de préalable, la remise en question de la théorie des besoins et des fonctions naturels, soit qu'elle réduise le corps tout entier à un seul de ses « besoins » ou à une seule de ses « fonctions », soit, même, qu'elle procède à la sommation de l'ensemble des « besoins » et des « fonctions » qui sont accordés au corps par la conscience commune et par les sciences qui la reflètent, la systématisent, l'informent et lui apportent la caution de leur légitimité.

Une fois définis les différents comportements corporels symboliques ou pratiques qui sont sociologiquement pertinents, on peut alors, sans courir le risque de voir s'évanouir l'objet que l'on s'est donné, c'est-à-dire de le voir s'étendre à l'infini ou, ce qui revient au même, se dissoudre dans la poussière des disciplines qui prétendent toutes en dégager la vérité, interroger les autres sciences du corps et en réutiliser les produits en substituant aux questions en fonction desquelles ils ont été explicitement engendrés les questions implicites auxquelles ils peuvent répondre à la seule condition qu'elles leur soient explicitement et systématiquement posées. Certes, l'analyse secondaire d'un matériel très divers, recueilli en fonction de problématiques divergentes, se heurte à toute une série d'obstacles que le travail de réinterprétation ou de retraduction qu'exige, en toute éventualité, la construction d'un ensemble cohérent d'indicateurs, ne permet pas toujours de neutraliser ou de réduire. Dans la mesure où elle contraint à ne saisir chaque indicateur qu'isolément sans rendre possible l'établissement de liaisons systématiques entre indicateurs, dans la mesure, surtout, où elle ne permet pas, le plus souvent, d'établir le système des relations entre les différentes variables et de définir le poids relatif de chaque variable dans ce système et, a fortiori, d'établir la relation entre le système des relations entre indicateurs et le système des relations entre variables, l'analyse secondaire condamne au constat des co-variations de même sens ou des variations de sens opposé des différents indicateurs en fonction de chaque variable prise séparément¹. Ainsi, par exemple, il n'a pas toujours été possible ici de déterminer le poids fonctionnel des variables économiques, dont on ne saisissait l'action qu'indirectement à travers la catégorie socio-professionnelle, dans le système des contraintes qui déterminent l'adoption d'une conduite physique déterminée. Mais peut-être convient-il de ne pas surestimer les conséquences de ces obstacles techniques: il n'est sans doute pas, en effet, de façon plus cachée et plus totale de succomber à l'idéalisme culturaliste que de prétendre distinguer à *toute force* (comme le font parfois les économistes en rupture de ban avec l'économie traditionnelle au moins durant la « phase d'opposition » qui suit habituellement la découverte émerveillée de la « sociologie ») ce qui, dans un comportement donné, est imputable à l'action des « variables économiques » et à l'action des « variables culturelles » car c'est supposer implicitement que les normes et les règles culturelles pourraient être autre chose que la retraduction dans l'ordre culturel des contraintes économiques qui pèsent sur les individus et déterminent jusqu'à leurs « besoins » ou leurs « désirs ».

Encore l'établissement, *en dernière analyse*, d'un rapport de causalité entre le type de conditions objectives (largement réductibles au type de conditions économiques) auxquelles sont soumis les sujets sociaux et le type de comportement corporel qui est le leur, n'autorise-t-il pas à faire l'économie d'une analyse de leur *habitus physique* (qui est une dimension de leur *habitus* de classe) comme « système des dispositions organiques ou mentales et des schèmes inconscients de pensée, de perception et d'action » permettant aux agents d'engendrer « dans l'illusion bien fondée de la création d'imprévisible nouveauté et de l'improvisation libre, toutes les pensées, les perceptions et les actions conformes aux régularités objectives... »².

¹ Encore est-il rare que l'on puisse disposer à la fois et pour un même indicateur de tableaux selon le sexe, l'âge, la catégorie socio-professionnelle, le revenu, le niveau d'instruction, etc., pour ne parler que de ce qu'il est convenu d'appeler les « variables de base ».

² P. BOURDIEU, *Un art moyen, essai sur les usages sociaux de la photographie*, Éditions de Minuit, Paris, 2. éd. 1970, pp. 22-23.

Ainsi, les variations de la consommation médicale des différentes classes sociales, dont l'analyse constitue l'argument de ce travail ou, si l'on préfère, sert d'introduction à l'analyse de la culture somatique des différentes classes (à laquelle on pourrait tout aussi bien accéder en prenant pour point de départ un grand nombre d'autres entrées possibles, soit, par exemple et pêle-mêle, les techniques de soins corporels, les pratiques sexuelles, la gestualité ou les utilisations ludiques du corps) ne sauraient trouver leur explication ni dans une simple analyse économétrique des consommations des différentes classes, ni dans une évaluation (d'ailleurs sans doute impossible à réaliser pratiquement) des besoins physiques des membres de chaque classe en matière de soins médicaux, ni même dans une description purement objectiviste ou behavioriste du traitement ou du régime (au sens où l'on parle du régime d'un moteur) auquel le corps est quotidiennement soumis dans les différentes classes sociales: de telles explications sont vouées à rester partielles parce qu'elles oublient que les déterminismes sociaux n'informent jamais le corps de façon immédiate par une action qui s'exercerait directement sur l'ordre biologique mais sont relayés par l'ordre culturel qui les retraduit et les transforme en règles, en obligations, en interdits, en répulsions ou en désirs, en goûts et en dégoûts.

2. La consommation médicale

S'agissant de rendre compte des variations observées dans la consommation médicale des différentes classes sociales¹ dont on sait qu'elles ne sont que faiblement liées aux différences de revenu², on tend souvent à réduire, au moins de façon implicite, le « besoin médical » à un « besoin primaire » qui, directement subordonné aux exigences du corps, tendrait, en l'absence d'obstacle d'ordre économique (comme le prix du service médical), écologique (comme l'éloignement des équipements médicaux) ou technique, à apparaître dès qu'apparaît la maladie et à se satisfaire dès qu'il apparaît. Or, la simple mise en relation de deux indicateurs grossiers, soit le quotient ajusté de mortalité pour 1 000 à trente-cinq ans par catégorie socio-professionnelle comme indicateur de « l'usure physique » des membres de chaque classe³ et la consommation médicale en francs par personne et par an selon la catégorie socio-professionnelle, comme indicateur de la morbidité exprimée et donnant lieu à des soins⁴ fait voir que l'écart entre le risque sanitaire encouru par les sujets sociaux et les moyens sanitaires qu'ils mettent en oeuvre pour se prémunir contre ce risque est très inégal dans les différentes classes sociales. Plus précisément, ce rapprochement montre, premièrement, que les différences dans le comportement sanitaire des membres des différentes classes sociales sont beaucoup plus fortes que ne le laisserait supposer la seule prise en compte de la consommation médicale, un même niveau de consommation n'ayant pas la même signification lorsqu'il est le fait de catégories sociales dont les membres ont des chances de vie inégales (ainsi, par exemple, la consommation médicale presque identique chez les cadres supérieurs, les cadres moyens et les employés doit être rapportée, pour prendre tout son sens, aux chances de vie, c'est-à-dire *mutatis mutandis* au degré d'usure physique inégal des membres de ces catégories); deuxièmement que l'écart entre le « risque sanitaire » encouru par les membres de chaque classe et l'importance de la morbidité qu'ils expriment et des soins médicaux qu'ils consomment croît régulièrement

¹ L'analyse présentée ici, repose principalement, premièrement sur une série de recherches de terrain : observations de consultations médicales (n = 70), interviews de médecins (n = 30), interviews centrés sur les pratiques sanitaires et les comportements corporels (n = 150), etc.; deuxièmement, sur l'analyse secondaire des principales enquêtes statistiques, publiées ou inédites, réalisées depuis dix ans environ dans la plupart des domaines qui intéressent la sociologie du corps.

Ces différents travaux avaient essentiellement pour fonction de rendre possible la construction d'un corps d'hypothèses que l'on se propose de soumettre ultérieurement à vérification par le moyen d'une enquête statistique sur un échantillon national.

² Cf. notamment S. SANDRIER, « L'influence des facteurs économiques sur la consommation médicale », *Consommation*, (XIII), 2, 1966, pp. 71-94 et L. KARAIMSKY, « L'influence de la Sécurité sociale sur les dépenses médicales des exploitants agricoles », *Consommation* (XIII), 2, 1966, pp. 95- 102.

³ L'étude menée au *Centre d'Hygiène Appliquée « Doria » de Marseille* sous la direction du professeur Desanti sur dix-sept mille assurés sociaux et dont l'objet était de déterminer, au moyen de bilans de santé, le degré d'usure ou de vieillissement de sujets âgés de quarante-cinq à cinquante ans montre que les différents groupes sociaux professionnels se hiérarchisent de façon sensiblement identique selon qu'on les classe par ordre de mortalité croissante ou par ordre « d'usure physique » croissante soit: Enseignants, cadres supérieurs, cadres moyens, employés, patrons, ouvriers, manoeuvres (cf. *Compte rendu, d'activité pour 1968*).

⁴ La morbidité ressentie et exprimée varie d'une catégorie socio-professionnelle à l'autre dans le même sens que la consommation médicale et croît régulièrement quand on passe des exploitants agricoles aux petits indépendants, aux ouvriers, aux « autres salariés ». Cf. M. MAGDELAINE, A. et A. MIZRAM, G. ROSCH, « Un indicateur de la morbidité appliqué aux données d'une enquête sur la consommation médicale », *Consommation*, (XIV), 2, 1967, pp. 3-42.

et fortement quand on passe des cadres supérieurs aux cadres moyens, aux employés, aux patrons de l'industrie et du commerce, aux ouvriers, aux agriculteurs, aux ouvriers agricoles. Si l'on sait, en outre, que la part relative dans la consommation médicale de la pharmacie prescrite par le médecin ou des examens de laboratoires ordonnés par lui ne varie que faiblement en fonction de la catégorie socio-professionnelle, on peut voir dans la consommation en « actes de médecin » ou, si l'on préfère, dans la fréquence du recours au médecin selon la classe sociale le principal indicateur de l'intensité du « besoin médical » ressenti par les membres de chaque classe ou plus précisément, de l'intensité avec laquelle les membres de chaque classe perçoivent et tolèrent leurs sensations morbides (cf. tableau 1).

Tout se passe, en effet, comme si la perception des sensations morbides était inégalement acérée dans les différentes classes sociales ou plutôt comme si des sensations similaires faisaient l'objet d'une « sélection » ou d'une « attribution » différente et étaient éprouvées avec une plus ou moins grande intensité selon la classe sociale de ceux qui les éprouvent. Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, les sensations qui suivent l'absorption d'un repas riche en féculents et en graisses paraissent faire l'objet d'une attribution très différente selon la classe sociale, la part des individus qui les sélectionnent et les attribuent à la classe des sensations morbides -sensations de « lourdeur », de « mal au cœur », de « nausées », « d'assoupissement », et « d'encombrement », etc. -plutôt qu'à celle des sensations euphoriques de la réplétion digestive -sensations d'être « calé », d'être « rempli », de « reprendre des forces », etc. -croissant régulièrement quand on passe des classes populaires aux classes supérieures comme en témoignent par exemple les opinions sur la digestibilité des graisses ou de la viande (cf. tableau 2).

On ne saurait tenir pour négligeable la sensibilité aux impressions digestives si l'on sait, premièrement que, après les « maladies aiguës saisonnières » (grippes, angines, etc.) les « affections digestives » constituent le second motif de consommation pharmaceutique des particuliers et représentent 20% de l'ensemble des motifs invoqués par les consommateurs de soins médicaux¹ et, deuxièmement, que les « troubles fonctionnels » siègent dans la majorité des cas (56 %) au niveau de l'appareil digestif où ils s'expriment à travers des symptômes tels que gastralgies, troubles dyspeptiques, constipations, diarrhées, dyskinésies biliaires, etc.². La classe des « maladies fonctionnelles » ou plutôt des « malades fonctionnels » n'a de définition que négative: elle réunit parmi l'ensemble des sujets qui ont une morbidité ressentie et présentent des symptômes au médecin tous les malades chez qui le médecin, avec ses procédés d'investigations habituels, ne peut déceler de lésion organique. Aussi la propension aux « maladies fonctionnelles » est-elle d'abord le signe d'une aptitude à surinterpréter les messages du corps, c'est-à-dire à percevoir, sélectionner et attribuer à la classe des sensations morbides des sensations que d'autres individus ne perçoivent pas ou auxquelles ils ne prêtent pas attention, bref, d'une aptitude à opérer la transformation de la sensation en symptôme. Or, les « malades fonctionnels », qui constituent une fraction importante de la clientèle du médecin et dont la part relative dans l'ensemble des malades traités par les praticiens s'accroît, semble-t-il, rapidement se rencontrent essentiellement, selon les médecins interrogés, chez les cadres, les membres des professions intellectuelles et des professions libérales (55 %) et secondairement, dans les classes moyennes parmi les employés (26 %) et les instituteurs (17 %)³. Parce que les malades fonctionnels se définissent par la distance entre les symptômes présentés au médecin, c'est-à-dire les symptômes exprimés verbalement par le malade, et les symptômes ou signes physiques dont la découverte est le résultat de l'intervention du médecin et exige la mise en oeuvre de techniques spécifiques, la part des 'malades fonctionnels varie comme l'aptitude à verbaliser les sensations morbides et peut-être plus généralement les sensations corporelles, aptitude qui est très inégalement répartie dans les différentes classes sociales: alors que, en réponse aux questions de l'enquêteur qui les interroge sur les principales maladies dont ils ont souffert au cours des dernières années, les membres des classes supérieures et à un moindre degré des classes moyennes produisent une description détaillée et structurée des modifications de leur état morbide, les membres des classes populaires, malhabiles à livrer ce qu'on imaginerait être leur « expérience vécue » de la maladie se contentent, le plus souvent, de

¹ M. et C. MAGDELAINE, J. L. PORTOS, « La Consommation pharmaceutique des Français », *Consommation*, (XIII), 3, 1966, pp. 1-34.

² *Les malades fonctionnels*, enquête réalisée par « Orthométrie et Information » (Laboratoires Roches), Ronéo, Paris, 1969.

³ Sur un échantillon représentatif de 235 praticiens, 42 % déclarent avoir dans leur clientèle de 10 % à 30 % de fonctionnels et 58 % de 30 % à 85 % (« Les malades fonctionnels », *op. cit.*). La part du diagnostic de « troubles fonctionnels » sur l'ensemble des diagnostics opérés par un échantillon de médecins a enregistré, entre 1963 et 1966, un taux d'accroissement de 82 % (cf. « La consommation des médicaments », *Prospective et Santé publique*, Ronéo, Paris, 1970. (Résultats fournis par l'analyse périodique des diagnostics et des prescriptions effectués par un pannel de médecins : pannel DOREMA.)

renvoyer à l'enquêteur ce qu'ils ont retenu du discours du médecin ou encore de décrire ce que le médecin leur a fait. De même, en présence du médecin et en réponse à la question qui inaugure l'interrogatoire médical « où avez-vous mal ? », les malades des classes populaires ne se plaignent souvent que de « douleurs » non localisées ou de « faiblesse » généralisée comme s'ils étaient incapables -pour parler comme les médecins -de « décrire correctement leur état » ou de « comprendre les questions les plus simples », bref, de présenter au médecin des symptômes clairs, intelligibles et signifiants, c'est-à-dire ces symptômes auxquels la médecine accorde du sens parce qu'elle les a reconnus, catalogués et décrits.

3. La compétence médicale

Si l'aptitude à entendre, identifier et exprimer les messages corporels varie comme l'aptitude à les verbaliser et croît quand on passe des classes populaires aux classes supérieures, c'est que les sensations morbides ne possèdent pas l'exorbitant privilège, que leur accorde souvent le sens commun, de s'exprimer sans langage : la perception et l'identification des sensations morbides, « acte de déchiffrement qui s'ignore comme tel »¹ et qui, à ce titre, exige un apprentissage spécifique ou diffus, implicite ou conscient², sont d'abord fonction du nombre et de la variété des catégories de perception du corps dont dispose le sujet, c'est-à-dire de la richesse et de la précision de son vocabulaire de la sensation et de son aptitude, socialement conditionnée, à manipuler et à mémoriser les taxinomies morbides et symptomatiques. En effet, le langage qui sert à exprimer les sensations morbides et, d'une manière générale, à parler de la maladie constitue l'expérience que les sujets sociaux ont de la maladie en même temps qu'il l'exprime³. Mais, loin d'appartenir au fonds commun de la langue à la façon des taxinomies morbides en usage dans les sociétés sans écriture, les taxinomies morbides et symptomatiques qui ont cours dans une société possédant une culture savante, c'est-à-dire les taxinomies dont la connaissance permet seule l'identification, l'expression et, dans une large mesure, la perception des symptômes auxquels les médecins accordent valeur et qui pourvus, en quelque sorte, d'une fiche signalétique, constituent la classe des symptômes légitimes, sont le produit de la médecine savante: aussi leur mémorisation et leur manipulation exige-t-elle un apprentissage qui, s'il ne s'accomplit totalement que par le moyen de l'enseignement systématique et spécifique que l'institution scolaire procure aux médecins, peut se réaliser partiellement et pratiquement par le moyen d'une familiarisation progressive et diffuse, de sorte que les sujets sociaux en auront une maîtrise plus ou moins complète selon qu'ils disposent plus ou moins des moyens matériels et culturels de leur appropriation⁴.

La familiarisation avec les taxinomies morbides et symptomatiques d'origine savante et l'acquisition de nouvelles catégories de perception du corps sont, pour l'essentiel, le résultat de la fréquentation du médecin qui constitue aujourd'hui le principal agent de diffusion du vocabulaire médical (et secondairement de la lecture d'articles ou d'ouvrages de vulgarisation médicale). Or, on l'a vu, la fréquence et l'intensité des relations que les malades entretiennent avec le médecin et la qualité du « colloque singulier » croissent quand on s'élève dans la hiérarchie sociale, c'est-à-dire quand diminue la distance sociale entre le médecin et son malade. Ainsi, les membres des classes supérieures qui appartiennent, par définition, à la même classe

¹ P. Bourdieu, « Éléments d'une théorie sociologique de la perception artistique », *Revue internationale des sciences sociales*, (20), 4, 1968, pp. 589-612.

² Sur l'apprentissage culturel de la perception des sensations physiques, cf. R. MELZACK, « The Perception of Pain », *Scientific American*, (204), 2, 1961, pp. 41-49. a. aussi la description que donne O. S. BECKER du processus d'apprentissage social qui rend seul possible l'identification des sensations procurées par l'usage de la marijuana (in *Outsiders*, The Free Press, Glencoe, 1963, pp. 41-57).

³ Cf. notamment B. L. WHORF, *Linguistique et Anthropologie*, Denoël éd., Paris, 1969 et E. CASa SIRER, « Le langage et la construction du monde des objets », dans *Essais sur le langage*, Éditions de Minuit, Paris, 1969, con. « Le sens commun », pp. 36-68.

⁴ Si l'on accepte, avec A. WALLACE «< On being just Complicated Enough », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, t. 47, 1961, pp. 458-464) de distinguer les taxinomies populaires des taxinomies savantes par cela que les premières, à l'inverse des secondes, sont connues de tous les membres d'une même société et n'exigent pas pour être acquises et manipulées un apprentissage spécifique, on voit bien qu'il n'existe pas, à proprement parler dans nos sociétés, de taxinomies populaires organisées, cohérentes et consciemment manipulées par les sujets sociaux (au moins dans des domaines comme la médecine, la zoologie, la botanique, etc.), mais seulement des taxinomies savantes construites conformément à des règles explicites et manipulées délibérément par les spécialistes (zoologistes, botanistes ou médecins), les sujets sociaux possédant une connaissance plus ou moins complète de ces taxinomies en fonction de la distance sociale qui les sépare du monde intellectuel, c'est-à-dire de leur niveau d'instruction. Il s'ensuit, entre autres conséquences, qu'on ne saurait transposer, sans risque, à l'étude du discours vulgaire sur la maladie que produisent les membres de classes sociales différentes dans une société hiérarchisée et technicienne les méthodes d'analyse componentielle utilisées par les anthropologues dans le domaine de l'ethnoscience.

sociale que leur médecin ou encore au même « milieu », le médecin de famille étant souvent un ami de la famille ou même un membre de la famille, entretiennent avec lui des rapports de familiarité. Us peuvent déclarer qu'ils sont « en parfait accord avec leur médecin », ou « qu'avec lui le dialogue est facile » parce qu'ils parlent le même langage, ont les mêmes « habitudes mentales », utilisent des catégories de pensée similaires, bref ont subi l'influence de la même « force formatrice d'habitudes » qui est en l'occurrence le système d'éducation. A l'opposé, les membres des classes populaires qui sont les plus nombreux, par exemple, à juger l'examen médical trop rapide et à considérer que le fait de consacrer du temps au malade est une des qualités les plus importantes d'un médecin, à estimer que leur médecin ne leur donne pas assez d'explications ou qu'il a tendance à utiliser des mots incompréhensibles, à ne pas parler de leurs problèmes personnels à leur médecin, sont éloignés de lui par la distance sociale qui sépare, en toute éventualité, un membre des classes supérieures fortement scolarisé et détenteur d'un savoir spécifique d'un membre des classes populaires et qui est redoublée ici par la distance linguistique, due aux différences lexicologiques et syntaxiques séparant ~ langue des classes cultivées de la langue des classes populaires¹ (cf. tableau 3).

Une telle différence de classe et, peut-être surtout, de niveau d'instruction limite considérablement la diffusion du savoir médical ~u cours de la consultation médicale. En effet, l'asymétrie de la relation malade médecin dans laquelle un des partenaires, le médecin, possède l'avantage stratégique puisque ses fonctions lui donnent la possibilité matérielle et le droit légal de manipuler physiquement et moralement: le malade au nom d'un savoir que le malade ignore, croît quand croît la distance sociale entre le médecin et le malade et que décroît corrélativement la force de la stratégie que le malade peut opposer au médecin, c'est-à-dire essentiellement la force du discours que le malade est en mesure d'opposer au « discours fort » du médecin, seul détenteur de l'autorité de la science et de la légitimité médicale. n s'ensuit que l'information médicale qui se transmet au cours de la consultation médicale est d'autant moins importante (quantitativement et qualitativement) que le malade est situé plus bas dans la hiérarchie sociale, c'est-à-dire que son aptitude à comprendre et à manier la langue savante qu'utilise le médecin et, par conséquent, ses moyens de pression sur le médecin, sont plus faibles: se sentant dispensé de rendre compte au malade de ses faits et gestes, le médecin tend à transformer la relation thérapeutique en une simple imposition d'autorité et à s'abstenir de livrer ou même à tenir cachées les raisons de ses questions, de ses actions et de ses prescriptions. Il faut en effet se garder d'oublier que la relation entre le médecin et le malade est d'abord une transaction commerciale et, à ce titre, un rapport de force : en effet, du fait de la nature même de la marchandise qu'il produit, dont il fait commerce et qui a pour caractéristique principale de tirer toute sa valeur (y compris au sens économique) de la valeur qui lui est reconnue, bref, de sa légitimité et de la rareté de ses producteurs légitimes, le médecin qui vend ses « services » c'est-à-dire ses actes et son discours, ses « conseils » et ses « prescriptions », est contraint de tout faire pour que le malade reconnaisse la valeur de ses « services », accepte son autorité et se plie à sa volonté, mais aussi pour limiter, autant qu'il se peut, le contrôle que le malade serait en mesure d'exercer sur ses actes, enfin pour se prémunir contre le danger d'une appropriation toujours possible pour le malade d'une partie de sa propre compétence et de son propre discours (par exemple la connaissance de signes cliniques, de noms de maladies et de noms de médicaments) qui permettrait au malade de se substituer à lui en certaines occasions et donc de se passer de ses services en devenant « son propre médecin »².

Sachant d'une part que l'émission d'informations médicales au cours de la consultation médicale est d'autant plus faible que le malade est situé plus bas dans la hiérarchie sociale et d'autre part que l'aptitude du malade à mémoriser de nouvelles taxinomies morbides et à accroître sa compétence médicale est d'autant plus forte qu'il est situé plus haut dans la hiérarchie sociale, on voit que l'effet propre- ment éducatif de l'acte médical s'exerce avec moins de force auprès de ceux dont la formation ou la transformation exigerait pourtant l'effort d'inculcation le plus systématique et le plus continu. En effet, plus les différences entre le système catégoriel utilisé par le médecin et le système catégoriel utilisé par le malade sont grandes, plus l'assimilation par le

¹ cf. B. BERNSTEIN, « Social Class, Speech Systems and Psychotherapy », *British Journal of Sociology*, (15), 1964, pp. 54-64 et P. BoURDIEU, J.-C. PASSERON, M. DE SAINT-MARTIN, *Rapport pédagogique et communication*, Mouton éd., Paris, 1965, coll. « Cahiers du centre de sociologie européenne », n° 2.

² Sachant que l'aptitude à s'approprier le discours médical est maximale chez les malades des classes supérieures, on pourrait se demander pourquoi le médecin leur transmet plus d'informations médicales qu'aux membres des autres classes. Cela tient, d'une part, à ce que les malades des classes supérieures peuvent plus aisément que les membres des autres classes (pour les raisons évoquées plus haut) faire pression sur le médecin et obtenir de lui des informations et, d'autre part, à ce que la propension à se passer du médecin est minimale dans les classes supérieures, parce que le « besoin médical » y est le plus fort, mais aussi parce que les membres des classes supérieures, qui ont subi plus longtemps que les membres des autres classes l'action de l'école sont, de ce fait, plus disposés à reconnaître la légitimité de la science médicale et du médecin.

malade du discours lacunaire, hermétique et chiffré du médecin~ c'est-à-dire la « compréhension » et la mémorisation de ce discours, exigeront un difficile « travail » de réinterprétation ou de « réinvention ». Car la diffusion des connaissances médicales, lorsqu'elle n'est pas rationnellement organisée par l'institution scolaire, s'exerce selon la logique qui régit d'une manière générale les phénomènes d'emprunt culturel: un élément arraché aux ensembles intégrés et cohérents auxquels il appartient ne peut être intégré à la culture préexistante du récepteur qu'au prix de toute une série de réinterprétations si bien que sa transmissibilité est essentiellement fonction de son aptitude à la décontextualisation, les « éléments amovibles » -comme dit Sapir -étant d'abord ceux qui, détachés de leur contexte, gardent encore un sens et peuvent être réinterprétés différemment par les différentes populations réceptrices¹. Ainsi, le discours médical produit en situation d'enquête par les membres des classes populaires, -dont on sait, par ailleurs, qu'il consiste, pour l'essentiel, dans la reproduction du discours tenu par le médecin en leur présence -, est construit tout entier autour de quelques termes empruntés au discours du médecin qui doivent sans doute d'avoir été sélectionnés et mémorisés par le malade à ce qu'ils évoquent par leur racine ou même par leur sonorité des mots de la langue commune auxquels on peut les rattacher par le moyen de la fausse étymologie. L'utilisation par le médecin du terme « ponction » incite, par exemple, le malade des classes populaires à expliquer sa maladie par la présence d'eau dans le corps. Manifestation de ce que C. Bally nomme « l'instinct étymologique »², on rattache ponction à pompage. On croit alors que le malade auquel le médecin fait une ponction, une ponction lombaire, par exemple, est « rempli d'eau », la ponction ayant pour effet de le guérir en le vidant de son trop plein d'eau. D'une manière générale, le « travail » de réinterprétation qu'exigent la « compréhension » et la mémorisation par le malade du discours médical et qui est nécessairement d'autant plus considérable et difficile que le malade est dépourvu de « capital culturel » consiste, pour l'essentiel, à opérer une suite de réductions analogiques des catégories de la médecine savante à des catégories plus générales qui (constamment présentes dans le langage sans qu'elles y soient de toute nécessité explicitées) sont « presque inséparables du fonctionnement normal de l'esprit »³ qu'il s'agisse, par exemple, des catégories de l'espace comme le haut et le bas, l'intérieur et l'extérieur, la droite et la gauche ou encore de catégories de substance comme le maigre et le gros, le doux et le fort, le sec et l'humide⁴.

Bref, plus la distance sociale entre le médecin et son malade augmente, moins la mémorisation et la reproduction par le malade des termes savants utilisés par le médecin auront pour résultat de modifier les représentations que le malade a de son corps ou d'accroître le nombre et la diversité de ses sensations corporelles parce que les catégories nouvelles empruntées à la science, en même temps que les mots qui les supportent, seront immédiatement submergées par les catégories plus anciennes et plus générales dont le malade fait un usage courant et qui lui sont familières. Ainsi, s'il est vrai que le besoin médical des sujets sociaux est fonction, au moins partiellement, de leur compétence médicale, le besoin de ceux dont la compétence médicale est la moins forte s'accroîtra moins vite que le besoin de ceux dont la compétence médicale est la plus forte puisque, premièrement, l'accroissement de la compétence médicale est fonction de l'accroissement du recours au médecin qui résulte lui-même de l'accroissement du besoin médical et que, deuxièmement, la fréquentation du médecin accroît d'autant plus la compétence médicale du malade que le malade est situé plus haut dans la hiérarchie sociale (et que, corrélativement, son besoin médical est plus fort), c'est-à-dire qu'il est plus en mesure d'exiger des explications du médecin et de tirer partie de ces explications, de les mémoriser, de les intégrer et de les reproduire. Il s'ensuit que les individus qui, situés au

¹ cf. R. LINTON, *De l'homme*, les Éditions de Minuit, Paris, 1968, coll. « Le sens commun », notamment pp. 360-380 et E. SAPIR, *Anthropologie*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1967, coll. « Le sens commun », vol. 2, pp. 42 et suiv.

² cf. C. BALLY, *Traité de stylistique française*, C. Klincksieck éd., Paris, 1951, vol. I, pp. 32-40. Sur l'étymologie populaire des termes médicaux, cf. aussi, I. VENDRYES, *Le langage, introduction linguistique à l'histoire*, Albin Michel éd., Paris, 1923 (nouvelle édition, 1968, pp. 203-204) et P. GUI- RAUD, *Le français populaire*, P.U.F., Paris, 1963, pp. 13-29 et 51-77.

³ M. MAUSS, *Oeuvres*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1967, coll. « Le sens commun », vol. 1, p. 28 et E. DURKHEIM, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, P.U.F., Paris, 1960, p. 13.

⁴ On dira ainsi que certaines maladies résultent d'un mouvement *vers /e haut* ou *vers /e bas* d'un organe ou d'un liquide. Par exemple, dans la méningite, « le sang monte à la tête », et dans certaines maladies du tube digestif, l'estomac, les intestins, se décrochent et tombent; ou encore, en recourant aux catégories *d'intérieur* et *d'extérieur*, on imaginera le corps comme une sorte de sac, d'enveloppe, qui aurait une surface extérieure visible, mais aussi, une profondeur, une densité, où s'encastre la maladie conçue alors comme une sorte de corps étranger: on dira alors que la maladie doit sortir pour que le malade guérisse. Ainsi, par exemple, dans la coqueluche il faut « rejeter les glaires », « changer d'air », et « éviter la brume » qui « fait étouffer » et « empêche de sortir quelque chose qu'on a dedans ». (On trouvera une analyse plus détaillée du discours populaire sur la maladie dans L. BOLTANSKI, *La découverte de la maladie*, Ronéo, Centre de sociologie européenne, Paris, 1969.)

bas de la hiérarchie sociale, possèdent en conséquence le vocabulaire de la sensation le plus sommaire mais aussi le plus archaïque -car le langage des sensations porte en lui les acquis successifs de la science médicale -premièrement ne seront en mesure d'identifier qu'un nombre limité de sensations ou pourront percevoir des sensations inhabituelles sans les tenir pour les signes ou les symptômes de maladies alarmantes et donc, si elles ne sont pas trop intenses, sans leur prêter grande attention¹; deuxièmement, éprouveront souvent des sensations qui ne devraient plus exister, c'est-à-dire des sensations dont les médecins d'aujourd'hui contestent la réalité et le bien fondé et que les membres des classes supérieures ou de la frange supérieure des classes moyennes ne sont plus en mesure d'éprouver, comme, par exemple, ces étranges sensations en « points » ou en « boules », « points » dans le dos ou dans les poumons, « boules » dans le ventre ou dans les reins qui reviennent si fréquemment dans le discours médical des membres des basses classes.

4. La culture somatique

Mais rendre compte de l'inégalité du besoin médical dans les différentes classes sociales par les variations de la compétence médicale et par elles seules, c'est oublier que la mise en oeuvre de la compétence médicale est elle-même soumise à des règles qui déterminent le degré d'intérêt et d'attention qu'il est convenable de porter aux sensations morbides et peut-être, plus généralement, aux sensations corporelles et au corps lui-même, le degré auquel il est convenable de parler de son corps, de faire part à autrui de ses sensations corporelles et, plus particulièrement, de se plaindre de ses sensations morbides et corrélativement, les seuils d'intensité à partir desquels une sensation doit être tenue pour anormale et être consciemment ressentie, acceptée, exprimée, et déterminer le recours au médecin. Or ces règles ne sont pas identiques dans les différents groupes sociaux. L'intérêt et l'attention que les individus portent à leur corps, c'est-à-dire, d'une part à leur apparence physique, plaisante ou déplaisante, d'autre part, à leurs sensations physiques, de plaisir ou de déplaisir, croît à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale (passant des agriculteurs aux ouvriers, des ouvriers aux employés, des employés aux cadres), et que diminue la résistance physique des individus qui n'est autre que la résistance qu'ils sont en mesure d'opposer à leur corps et leur force physique, c'est-à-dire le parti qu'ils peuvent tirer de leur corps. De telles « règles de bienséance », qui définissent la façon conforme d'accomplir les actes physiques les plus quotidiens, de marcher, de se vêtir, de se nourrir, de se laver, de se maquiller et, pour certains, de travailler, la façon correcte dont doivent se dérouler les interactions physiques avec autrui, la distance que l'on doit maintenir avec un partenaire, la façon dont on doit le regarder, le toucher, les gestes qu'il est convenable d'accomplir en sa présence et cela en fonction de son sexe, de son âge, selon qu'il est un parent, un ami, un étranger, qu'il appartient ou non à la même classe sociale, selon le lieu et l'heure de la journée², enfin et peut-être surtout la façon correcte de parler du corps, de son aspect extérieur et des sensations physiques et qui, jamais énoncées de façon explicite et systématique ou sous la forme d'injonctions positives, ne s'expriment verbalement que de manière négative et indirecte à travers le rappel à l'ordre, la moquerie, le dédain condescendant, le mépris ou l'indignation morale forment une sorte de *code des bonnes manières* d'être avec son corps, profondément intériorisé et commun à tous les membres d'un groupe social déterminé. Parce qu'un tel code, largement inconscient, ne s'exprime, comme les codes linguistiques, qu'à travers ses produits, c'est-à-dire dans la pratique de ceux dont il règle la pratique, on ne peut le saisir que par l'observation, l'analyse et la comparaison des pratiques corporelles des membres des différents groupes sociaux de sorte que les règles ainsi reconstruites par simple déduction ne sont que les règles dont il faut postuler l'existence pour rendre compte de l'aptitude des sujets sociaux à produire des comportements spécifiques ou encore qu'il faudrait utiliser si l'on voulait reproduire artificiellement les comportements physiques propres aux membres d'un groupe social particulier. Les règles qui régissent les conduites physiques des individus et qui leur permettent d'adopter dans des situations déjà expérimentées aussi bien que dans les situations nouvelles où ils peuvent être placés, des comportements conformes à la culture somatique de leur groupe, possèdent un caractère suffisamment général pour s'appliquer à une infinité de cas particuliers. Ainsi, par exemple la règle qui, dans les classes populaires, régit l'expression verbale des sensations corporelles ou, ce qui revient sensiblement au même; l'exhibition visuelle du corps et interdit, sous

¹ Cf. M. ZBOROWSKI, « Cultural Components in Responses to Pain », *Journal of social Issues* 8, 1952, pp. 16-30 : plus le niveau d'instruction est élevé (et par-là même la classe sociale), plus on tend à voir dans la douleur le signe ou le symptôme d'une maladie grave. Sur les variations de l'aptitude à reconnaître et identifier les symptômes selon la classe sociale, cf. aussi, S. H. KING, *Perception of Illness and Medical Practice*, Russel Sage Foundation, New York, 1962, pp. 122-127.

² Cf. E. T. HALL, « Proxemics », *Current Anthropology*, (9),2-3, 1968, pp. 83-108 et « A System for the Notation of Proxemic Behavior », *American Anthropologist* (65), 5, 1963, pp. 1003- 1026; cf. aussi, R. L. BIRDWSTELL, « Body Motion Research and Interviewing », *Human Organisation*, (11), 1, 1952, pp. 37-38.

certaines réserves, de trop parler de son corps ou encore de l'exposer aux yeux d'autrui, s'exprime aussi bien dans les attitudes à l'égard de la maladie et de l'expression des sensations morbides que dans les attitudes à l'égard de la sexualité et de l'expression de la sexualité. Interrogée sur l'importance qu'il convient d'accorder à la sexualité, une ouvrière de vingt-sept ans déclare: « n y a des choses auxquelles on doit accorder plus d'importance que ça; ça, c'est la nature, on ne doit pas en parler tant. » Une telle « pudeur » (qu'il faudrait se garder de confondre avec un puritanisme pratiqué volontairement et consciemment au nom de principes éthiques ou religieux déterminés) conduit à condamner les allusions explicites à l'acte sexuel, l'exhibition du corps, et peut-être plus généralement, à évacuer la sexualité du discours, si ce n'est entre personnes du même sexe (et dans une certaine mesure du même âge) et sur le mode fortement stéréotypé et routinisé de la plaisanterie ou de la joute verbale.

Parce que la « pudeur » dont on entoure ce qui a trait à la sexualité est particulièrement forte dans le milieu familial et en présence des enfants, on ne peut mieux la saisir qu'en analysant les attitudes à l'égard de l'éducation sexuelle. Tandis que, dans les classes supérieures, qui disposent de la maîtrise du vocabulaire à la fois technique, métaphorique et abstrait conventionnellement utilisé pour parler avec décence de la sexualité, l'éducation sexuelle détient cette sorte de légitimité que lui confèrent l'autorité et la respectabilité de ses prosélytes les plus ardents, médecins, psychologues, enseignants et même ecclésiastiques, elle ne paraît pas avoir conquis son autonomie dans les classes populaires où, faute d'un vocabulaire spécifique et de justifications savantes, on a peine à opérer la distinction entre le discours éducatif sur la sexualité et le discours obscène, et où l'on tend, en conséquence, à ne pas donner spontanément d'informations d'ordre sexuel aux enfants ou même à laisser leurs questions sans réponse. On comprend, dans ces conditions, que les membres des classes populaires qui sont moins opposés au principe même de « l'éducation sexuelle » (à l'exception des agriculteurs) qu'à l'idée de procéder eux-mêmes à cette éducation (comme en témoigne la variation des opinions sur la création de cours d'éducation sexuelle dans les écoles), soient les moins nombreux à considérer que l'éducation sexuelle doit être donnée précocement, à partir de l'âge de six ans ou même de trois ans, c'est-à-dire à un âge où ils considèrent qu'un tel effort éducatif incomberait essentiellement à la famille (cf. tableau 4).

Appliquée aux soins corporels et aux soins de beauté, la même règle de pudeur qui, lorsqu'elle est énoncée, s'exprime plutôt sous la forme éthique (« ce n'est pas convenable ») que sous la forme esthétique (« ce n'est pas joli ») limite strictement les investissements en argent et en temps qu'une femme convenable est censée consacrer à l'ornement et à l'entretien de son corps: les femmes des classes populaires se maquillent moins que les femmes des autres classes et vont beaucoup moins chez le coiffeur. En outre, les variations de la consommation de chaque produit de beauté en fonction de la catégorie socio-professionnelle sont d'autant plus fortes que l'on passe des produits de maquillage aux produits de soin, plus particulièrement, aux produits destinés à soigner et entretenir le corps: les femmes des classes populaires achètent et emploient presque exclusivement des produits (rouge ; à lèvres, poudre, etc.) dont la fonction est de maquiller le visage et dont l'utilisation, fortement institutionnalisée, est liée aux temps forts de la vie sociale. A l'inverse, elles n'utilisent que très peu -contrairement aux femmes des classes supérieures - les produits, déodorants, crèmes, « laits » ou dépilatoires, par exemple, qui sont destinés à « soigner » et à « embellir » le corps tout entier et de façon permanente, y compris les parties du corps qui restent habituellement cachées et auxquelles, conformément aux règles qui régissent le rapport au corps dans les classes populaires, il n'est pas convenable de prêter trop fortement attention (cf. tableau 5).

Si les conduites en matière de soins corporels et de soins de beauté sont beaucoup plus directement déterminées par les variables économiques que les conduites sanitaires, il reste que les attitudes à l'égard de la santé et de la beauté sont verbalisées et rationalisées à peu près dans les mêmes termes: ainsi, par exemple, les femmes des classes populaires tracent un portrait presque identique et, également réprobateur, des femmes qui « soignent leur beauté » et « vont chez le coiffeur ou l'esthéticienne » et des femmes qui « surveillent leur santé » et qui « passent leur temps chez le médecin »; les premières sont « des femmes qui ont le temps et l'argent pour ça », qui « ne travaillent pas », les « femmes du monde qui sont qualifiées pour », les « femmes qui ont les moyens et veulent garder leur ligne »; les secondes sont « des femmes qui n'ont pas grand-chose à faire », qui ont « toujours mal quelque part », qui ont « le temps de s'écouter ». De fait, les membres des classes populaires qui réprouvent celui qui « s'écoute trop » et qui « passe sa vie chez le médecin » et qui valorisent la « dureté au mal », attendent souvent avant de consulter le médecin que la sensation morbide soit devenue d'une intensité telle qu'elle leur interdise de faire un usage normal de leur corps. n faudrait pourtant se garder de voir dans cette résistance à la douleur et à la maladie la mise en application de principes moraux qui valoriseraient la douleur pour elle-même, le résultat d'une volonté

d'ascétisme, d'une adhésion aux règles et aux valeurs d'une *éthique* ascétique comme « système de principes explicites prétendant régler la conduite ». Les membres des classes populaires, dont *l'ethos* ascétique n'est pas explicitement systématisé ni verbalisé et ne se manifeste « qu'à travers la conduite et son style particulier », invoquent très généralement, pour justifier leurs conduites médicales, la pression de la nécessité plutôt qu'une règle morale, un « principe » fermement institué et strictement suivi. Si on refuse de « s'écouter », si on attend la dernière extrémité pour aller « voir le médecin », se « faire opérer » ou « rentrer à l'hôpital », c'est que les contraintes de la vie quotidienne, les contraintes économiques notamment, interdisent ou rendent pour le moins extrêmement difficile l'abandon des tâches quotidiennes, du travail, du travail physique que l'on exige continuellement du corps. Car l'interdit qui inhibe l'expression des sensations physiques (et par suite leur perception) a pour corollaire la règle positive qui prescrit de faire de son corps en toutes circonstances l'utilisation maximum: en conséquence, l'expérience que les membres des classes populaires ont de leur corps tend à se concentrer dans l'expérience qu'ils ont de leur force physique, c'est-à-dire de leur plus ou moins grande aptitude à faire fonctionner leur corps et à l'utiliser le plus longtemps et le plus intensément possible, Aussi l'idée de force qui exprime l'essentiel d'une représentation mécaniste du corps jamais explicite ni systématisée, constitue-t-elle le principe de cohérence de toute une série d'attitudes indépendantes en apparence. Appliquée par exemple aux conduites alimentaires, la règle qui régit l'activité physique et qui prescrit le mode d'utilisation correct du corps, conduit les membres des classes populaires qui, d'une manière générale, semblent accorder plus d'importance à l'alimentation que les membres des autres classes (ils consacrent plus de temps à la préparation des repas que les membres des autres classes et demeurent à table plus longtemps qu'eux, ils sont les plus nombreux à prendre un casse-croûte le matin, etc.), à rechercher les aliments tenus pour « nourrissants » et « fortifiants » qui « soutiennent », « tiennent au corps », « remplissent », « calent » ou « ravigotent » et dont l'absorption est censée donner de la vigueur et de la force. Tels sont les pâtes, les pommes de terre, les soupes, les graisses, la charcuterie, les ragoûts, tous ces aliments riches avec lesquels on fait, comme le déclare une ouvrière, la « grosse cuisine »¹. Ainsi, les femmes des classes populaires sont les plus nombreuses à juger les féculents « essentiels à la santé », à utiliser le lard et le saindoux dans la cuisine et à souhaiter augmenter la consommation des matières grasses, à faire souvent des plats de viande à cuisson longue et à déclarer que « la viande est bonne pour la santé parce qu'elle est fortifiante » (cf. tableau 7).

C'est par référence à l'idée de force que l'on peut interpréter aussi les caractères particuliers de la consommation d'alcool dans les classes populaires. Ainsi, s'il est vrai que la proportion de ceux qu'on est en droit de tenir, au nom de critères nécessairement normatifs, pour des « alcooliques », augmente quand on passe des classes supérieures aux classes populaires (comme en témoigne l'accroissement de la consommation quotidienne d'alcool), il n'en reste pas moins que les boissons consommées ne sont pas les mêmes dans les classes populaires et dans les hautes classes, la consommation de vin augmentant considérablement quand on passe des classes supérieures aux classes populaires, alors que la consommation de spiritueux varie en sens inverse. Si l'éthylisme des membres des classes populaires est presque toujours un oenolisme, c'est que, outre qu'il est moins cher, le vin et particulièrement le vin rouge, contrairement aux spiritueux et aux apéritifs, est tenu par les membres des classes populaires pour un aliment nourrissant et fortifiant. Ainsi, alors que la quantité de vin octroyée à un travailleur non manuel est à peu près identique dans les classes populaires et dans les classes supérieures, les membres des classes populaires sont à peu près

¹ Cf. Thi NGUYEN Huu et G. VANGREVELINGHE, « Premiers résultats d'une enquête permanente sur la consommation alimentaire des Français », *Études et conjoncture*, 22. année, n° 7, juillet 1967, pp. 30-90. Cette enquête permanente (qui porte sur un échantillon national de 10000 personnes) montre que la consommation des aliments tenus pour nourrissants par les membres des classes populaires, soit par exemple, le pain, les pâtes alimentaires, les légumes secs, les saucisses, etc. croît quand on passe des classes supérieures aux classes populaires tandis que décroît la consommation des aliments réputés « sains » et « légers » comme les grillades, les salades, etc. On ne peut se contenter de voir, dans ces différences, les résultats directs des contraintes économiques : des groupes dont le revenu est à peu près identique soit, par exemple, les ouvriers (dont le revenu moyen par ménage était au moment de l'enquête de 15118 F) et les employés (dont le revenu déclaré était de 16558 F) ont des consommations alimentaires qui s'organisent de façon nettement différentes; deuxièmement des produits de prix à peu près équivalents sont consommés dans des proportions très inégales dans les différents groupes sociaux. Sans doute n'est-on pas en droit non plus d'expliquer le type de consommation alimentaire des membres des classes populaires uniquement par la « recherche d'aliments riches en éléments énergétiques » due à la « pénibilité du travail physique exercé ». Sur les limites de l'explication des comportements alimentaires en termes purement physiologiques, cf. I. TRÉMOLIÈRES et I. CLAUDIAN, « Apport des études de comportement à la compréhension des facteurs de l'appétit », *Cahiers de nutrition et de diététique*, vol. 1, fasc. 1, pp. 39-51 ; I. CLAUDIAN, « Ethnologie du jeûne », *Cahiers de nutrition et de diététique*, vol. 1, fasc. 4, pp. 51-64.

deux fois plus nombreux que les membres des classes supérieures à considérer qu'il est normal pour un travailleur de force de boire plus d'un litre de vin par jour. Car le vin est par excellence un aliment qui « donne de la force » de sorte que sa consommation, même en quantité assez considérable, ne peut nuire au « travailleur de force » pour qui elle remplace même avantageusement l'absorption d'aliments solides¹ (cf. tableau 9).

La valorisation de l'activité physique et de la force physique qui est corrélative d'un rapport instrumental au corps font que la maladie est ressentie d'abord comme une entrave à l'activité physique et occasionne essentiellement un sentiment de « faiblesse ». Aussi, face au médecin, les malades des classes populaires ne se plaignent souvent que d'un « manque de force », exprimant ainsi leur expérience intime de la maladie. La maladie c'est ce qui enlève sa force au malade, c'est-à-dire ce qui lui interdit de « vivre normalement » et de faire de son corps un usage (professionnel surtout) habituel et familial. Ainsi, pour les membres des classes populaires qui ne prêtent pas volontiers attention à leur corps, qui l'utilisent d'abord comme un outil et qui lui demandent avant toute chose de fonctionner, la maladie se manifestera brutalement parce qu'on n'en a pas perçu les signes avant-coureurs ou qu'on s'est refusé à les percevoir et sera saisie, le plus souvent, sur le modèle de l'accident imprévisible et soudain. A l'inverse, les membres des classes supérieures qui prêtent attention à leur corps et ont une perception aiguë des messages qu'ils en reçoivent, n'établissent pas une différence aussi tranchée entre l'état de santé et l'état de maladie, si bien qu'ils ont tendance à voir dans la maladie une sorte de dégradation longue et insidieuse de la santé plutôt qu'un accident soudain. La maladie a pour eux une histoire, un début souvent invisible, une évolution, une fin, des suites. Elle s'inscrit dans le temps². Aussi les membres des classes supérieures adoptent-ils à l'égard de la maladie une attitude de prévision, soit qu'ils cherchent, dans le présent, les signes avant-coureurs de maladies qui ne se sont pas encore manifestées brutalement, soit qu'ils se soumettent à un certain nombre de règles qui visent à les préserver de l'atteinte de la maladie. On comprend, dans ces conditions, que la part des sujets sociaux qui acceptent de se soumettre aux exigences de la médecine préventive croisse quand on passe des classes populaires aux classes supérieures; comme en témoigne la prise en compte d'un certain nombre d'indicateurs, tels que la présentation régulière des nourrissons au médecin, la tenue d'un carnet de santé pour les enfants ou les opinions sur les visites médicales préventives pour les adultes (cf. tableau 8).

En effet, les règles de conduites auxquelles l'individu doit se plier et dont la réunion forme ce qu'on appelle habituellement la « médecine préventive », sont objectivement porteuses d'une philosophie implicite et exigent de ceux qui doivent les appliquer un certain type d'attitude globale devant la vie et particulièrement face au temps. La médecine préventive requiert des sujets sociaux l'adoption d'une conduite rationnelle face à la maladie qui, réinsérée à titre d'éventualité possible dans un plan de vie, peut alors être maîtrisée ou surmontée par la prévision à long terme. Or, les conditions objectives dans lesquelles se meuvent les membres des classes populaires et, plus particulièrement, l'insécurité économique qui les retient d'adopter dans le domaine économique une attitude de prévision (supposée, par exemple, par la planification à long terme des décisions d'achat) leur impose l'intériorisation d'un *ethos* et d'une attitude à l'égard du temps qui leur interdit, a fortiori, l'adoption d'une telle attitude de prévision face à la maladie. Les membres des classes populaires ne peuvent réinsérer la maladie dans une temporalité parce que la maladie est justement pour eux ce qui interrompt le temps, ce qui coupe inutilement le déroulement normal de la vie et oblitère l'avenir tout entier, ce sur quoi on n'a pas de prise, bref une catastrophe économique et familiale à laquelle on n'ose même penser.

5. *L. usage du corps*

Les règles qui déterminent les conduites physiques des sujets sociaux et dont le système constitue leur « culture somatique » sont le produit des conditions objectives qu'elles retraduisent dans l'ordre culturel, c'est-à-dire sur le mode du devoir-être et sont fonction, plus précisément, du degré auquel les individus tirent leurs moyens matériels d'existence de leur activité physique, de la vente des marchandises qui sont le produit

¹ 62 % des ouvriers touchés par une enquête réalisée en 1958 dans la région de Lorient répondent affirmativement à la question: « pensez-vous que le vin nourrisse ? ». 34 % d'entre eux déclarent que le vin peut remplacer d'autres aliments et 32% qu'un buveur d'eau doit manger plus qu'un buveur de vin. a. P. FRÉOUR, M. CERISE, P. COUDRAY, I. CHATON et KERFELEC, « Etude préliminaire à une prophylaxie de l'alcoolisme », *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 9, septembre 1958, pp.937-943.

² Comme les conduites économiques, les représentations de la santé et de la maladie des membres des classes supérieures et des classes populaires et les conduites sanitaires qui leur sont liées mettent en jeu des types différents d'attitudes face au temps (cf. P. BOURDIEU et L. BOLTANSKI, J.-C. CHAMBOREDON, *La banque et sa clientèle*, Ronéo, C.S.E., Paris, 1963, p. 158).

de cette activité, ou de la mise en oeuvre de leur force physique et de sa vente sur le marché du travail. Si les différents groupes sociaux se hiérarchisent de façon identique (*mutatis mutandis*) selon que l'on prend en compte l'importance de leurs consommations médicales ou la part des non diplômés à l'intérieur de chaque groupe, c'est, on l'a vu, que l'accroissement du niveau d'instruction est associé à un accroissement de la compétence médicale, c'est aussi que le niveau d'instruction moyen d'un groupe constitue le meilleur indicateur du degré auquel les membres de ce groupe font un usage professionnel de leur corps. Si les individus portent d'autant moins attention à leur corps et sont avec lui dans un rapport d'autant moins conscient qu'ils sont plus fortement tenus d'agir physiquement, c'est peut-être que l'établissement d'un rapport réflexif au corps est peu compatible avec une utilisation intense du corps. Premièrement, l'effort physique qui accroît considérablement le flux des sensations physiques rend difficile la sélection et l'identification des sensations morbides ou, si l'on veut, introduit du bruit dans la communication entre le sujet et son corps et la « brouille » ; deuxièmement, l'accroissement de l'attention portée au corps et, corrélativement, de la sensibilité aux messages morbides a nécessairement pour résultat de réduire en durée et en intensité l'activité physique, si bien que tout se passe comme si celui qui doit faire l'utilisation maximum de son corps ne pouvait, sans peine, entretenir avec lui un rapport attentif ou attentionné, l'écouter, l'analyser et le « comprendre ». S'il en est ainsi, les règles qui organisent, dans les classes populaires, le rapport des individus à leur corps et qui, lorsqu'elles sont présentes à la conscience, n'y apparaissent que sous la forme de règles de morale, ont peut-être, d'abord, une fonction de régulation visant à empêcher ceux que leur condition économique contraint à utiliser intensément leur corps d'établir un rapport réflexif et conscient au corps, parce que l'instauration d'un tel rapport ne pourrait avoir d'autre effet que de diminuer la résistance qu'ils sont en mesure d'opposer à leur corps, donc de réduire en qualité et en quantité le travail qu'il fournit.

A mesure qu'on s'élève dans la hiérarchie sociale, que croît le niveau d'instruction et que décroît corrélativement et progressivement l'importance du travail manuel au profit du travail intellectuel, le système des règles qui régissent le rapport des individus à leur corps se modifie également: lorsque leur activité professionnelle est essentiellement une activité intellectuelle n'exigeant ni force ni compétences physiques particulières, les sujets sociaux tendent premièrement à établir un rapport conscient à leur corps et à s'entraîner systématiquement à la perception de leurs sensations physiques et à l'expression de ces sensations et, deuxièmement, à valoriser « la grâce », la « beauté », ou la « forme physique » au détriment de la force physique¹. Les goûts alimentaires des membres des classes supérieures qui recherchent les aliments « sains » et « légers », légumes verts, grillades ou « crudités ». les aliments « de régime » qui nourrissent sans « faire grossir », sont motivés, pour une grande part par la volonté de se « maintenir en forme », d'éviter la « graisse » ou la « cellulite », de rester mince ou de maigrir. La valorisation de la « minceur » croît quand on passe des classes populaires aux classes supérieures en même temps que croît l'attention portée à l'apparence physique et que décroît corrélativement la valorisation de la force physique, de sorte que deux individus de même corpulence seront considérés comme minces dans les classes populaires et gros dans les classes supérieures (cf. tableau 6).

La pratique d'un sport, utilisation ludique, intentionnelle et réglée du corps dont la fréquence croît quand on passe des classes populaires aux classes supérieures, c'est-à-dire quand décroît l'activité physique à usage professionnel, constitue peut-être le meilleur indicateur de l'inversion des usages du corps et de l'inversion corrélatrice des règles qui régissent le rapport au corps quand on s'élève dans la hiérarchie sociale. Si l'on sait, premièrement, que l'âge auquel on abandonne le sport est d'autant plus élevé qu'on est situé plus haut dans la hiérarchie sociale, deuxièmement, que la part des femmes dans l'ensemble des sportifs pratiquants croît de la même façon, enfin que les sports d'équipe qui sont les plus fortement pratiqués dans les classes populaires sont délaissés à mesure qu'on s'élève dans la hiérarchie sociale au profit des sports individuels, on voit bien que les fonctions imparties à la pratique du sport se modifient quand on passe des classes populaires aux classes supérieures, comme l'ensemble du rapport que les individus entretiennent avec leur corps. Dans les classes populaires, le sport est essentiellement une distraction pratiquée en groupes par les adolescents de

¹ On pourrait peut-être voir dans l'opposition entre *la force* et *la grâce* l'homologue dans l'ordre physique de l'opposition entre *le sérieux*, *le brillant* dans l'ordre intellectuel. Cf. P. BoURDIEU et M. DE SAINT-MARTIN, « L'excellence scolaire et les valeurs du système d'enseignement français », *Annales*, (25), I, janvier-février 1970, pp. 147-176. Lors même qu'ils apprécient la force physique, les membres des classes supérieures semblent attacher moins d'importance à la « force brute » qu'à la façon d'user de la force qui doit être en quelque sorte « civilisée » ou « domestiquée » et ne s'exprimer que de manière indirecte et allusive à travers la souplesse des gestes ou la maniabilité du corps (cf. l'idée de « force contenue »).

sexe masculin¹. Au contraire, les sports qui sont le plus souvent pratiqués dans les classes supérieures (presque autant par des femmes que par des hommes, par des individus dans la force de l'âge que par des adolescents) ski, natation, athlétisme ou tennis, ont d'abord pour fonction de maintenir l'individu « en forme », c'est-à-dire de lui permettre d'acquérir et de conserver un corps solide certes, mais peut-être surtout un corps conforme aux canons de beauté en vigueur dans les classes supérieures (cf. tableau 10).

De tels usages ludiques du corps et, plus généralement, l'ensemble des conduites physiques des membres des classes supérieures, depuis les gestes quotidiens, jusqu'au rapport à la violence physique, à la maladie, à la douleur et, en général, à la force physique et à l'effort physique, sont tenus pour « efféminés » par les membres des classes populaires parce que les règles qui gouvernent le rapport que les membres de ces classes entretiennent avec leur corps s'imposent avec moins de force aux femmes (dont la pratique corporelle est moins intense) qu'aux hommes de sorte que le rapport que les hommes entretiennent avec leur corps dans les classes supérieures tend à se rapprocher du rapport que les femmes entretiennent avec leur corps dans les classes populaires. De fait, tout se passe comme si l'opposition entre le rapport au corps des membres des classes populaires et des membres des classes supérieures reproduisait l'opposition du rapport au corps des hommes et des femmes: ainsi, les femmes ont une consommation médicale plus forte que celle des hommes². De plus, si les femmes consomment plus de produits pharmaceutiques que les hommes, les produits plus souvent consommés par les femmes que par les hommes sont, essentiellement, des antalgiques, des sédatifs, des médications digestives. Parallèlement, si on analyse les motifs invoqués pour rendre compte des consommations pharmaceutiques, on voit que ce sont les femmes qui, dans la proportion la plus forte, se plaignent de « troubles digestifs », de « douleurs » indéterminées, de « troubles psychiques », de « migraines » (c'est-à-dire de ces maladies vagues qui ne sont perçues, on l'a vu, que si l'attention portée au corps est assez forte)³. Bref, les femmes paraissent plus attentives que les hommes à leurs sensations morbides, s'écoutent plus que les hommes, à la façon dont les membres des classes supérieures s'écoutent plus volontiers que les membres des classes populaires et entretiennent plus volontiers que les hommes un rapport douillet à leur corps. Mais, parce que le rapport que les individus entretiennent avec leur corps est de moins en moins fondé sur la nécessité d'agir physiquement à mesure qu'on s'élève dans la hiérarchie sociale, les conduites physiques des hommes et des femmes tendent à se rapprocher corrélativement et tout se passe comme si le système d'oppositions entre les sexes, essentiellement fondé, dans les classes populaires, sur l'opposition physique entre la force et la faiblesse, la dureté et la douceur, la vigueur et la grâce, évacuait, à mesure qu'on s'élève dans la hiérarchie sociale

, le terrain corporel pour se reporter dans d'autres domaines, celui, par exemple, des aptitudes intellectuelles (opposition entre « l'intelligence » des hommes et la « sensibilité » ou « l'intuition » des femmes, ou entre les « dons » des garçons pour -les sciences, des filles pour les lettres et les arts), ou encore de l'économie domestique (opposition, par exemple, dans les classes supérieures, entre l'homme à qui échoit la fonction de production et la femme à qui revient la fonction de consommation).

6. Les besoins physiques ..

Seul le détour par le rapport que les individus entretiennent avec leur corps permet de rompre avec la théorie naturaliste des besoins et des fonctions qui sous-tend souvent, quoique de façon implicite, l'analyse économétrique de la consommation et qui porte à voir dans chaque consommation particulière, ici la consommation médicale, l'expression directe d'un besoin spécifique préexistant, ici le « besoin sanitaire », sorte de besoin primaire dont la nature serait identique dans tous les temps et dans tous les groupes et dont l'économètre se condamne à postuler implicitement l'existence lorsque, ayant choisi d'étudier coup par coup chaque consommation particulière, il ne peut l'expliquer que par les variations de l'intensité du besoin particulier dont elle est censée être l'actualisation. Une telle théorie implicite interdit d'apercevoir, premièrement, le caractère spécifique des conduites sanitaires (mais aussi, par exemple, alimentaires, ou

¹ L'abandon du sport par les hommes des classes populaires est très probablement lié au mariage. Comme la danse et, d'une manière générale, comme l'ensemble des activités ludiques statutairement associées à l'adolescence, le sport ne fait pas partie des rôles adultes dans les classes populaires où, à l'inverse de ce qui se passe dans les classes supérieures, l'idée qu'un homme fait puisse investir avec sérieux beaucoup de temps, de travail, d'argent et, peut-être, surtout d'énergie ou de force dans des activités purement ludiques paraît risible et presque extravagante (cf. P. BOURDIEU, « Célibat et condition paysanne », *Études rurales*, (I), 5-6, août-septembre 1962, pp. 32-135).

² Le montant des dépenses médicales est, en moyenne, par personne et par an, de 87,70 F pour les hommes et de 132,65 F pour les femmes (cf. G. ROSCH, I. M. REMPP, M. MAGDELAINE « Une enquête par sondage sur la consommation médicale », *Consommation*, IX, 1, 1962, pp. 3-84):

³ Cf. M. et C. MAGDELAINE, J. L. PORTOS, *loc. cit.*

sportives) des membres de chaque classe sociale et, deuxièmement, l'espèce « d'affinité » qui existe entre l'ensemble des comportements physiques propres aux individus d'une même classe (et a fortiori d'en rendre compte) parce qu'elle se prive, délibérément, du principe générateur et unificateur des conduites qui est *l'habitus* corporel des membres d'un groupe comme système des règles profondément intériorisées qui, sans jamais être exprimées en totalité ni de façon systématique, organise implicitement le rapport des individus d'un même groupe à leur corps¹ et dont l'application à un grand nombre de situations différentes permet la production de conduites physiques différentes et différemment adaptées à ces situations mais dont l'unité profonde réside en ce qu'elles restent toujours conformes à la culture somatique de ceux qui les réalisent.

C'est à condition d'apercevoir que la consommation médicale et les conduites sanitaires sont des terrains d'application du système des schèmes implicites, régissant le rapport que les individus entretiennent avec leur corps, que l'on accède au principe d'explication qui permet de rendre compte des différences de consommation médicale des membres des différents groupes sociaux mais aussi, au moins partiellement, de l'évolution dans le temps de ces consommations. Car les différences qui, comme on l'a vu, séparent sous le rapport de *l'habitus* corporel, les membres des classes populaires des membres des classes supérieures, ou les hommes des femmes, semblent reproduire d'une certaine façon, l'évolution dans le temps du rapport des sujets sociaux à leur corps² : ainsi le système des conduites physiques (donc des conduites sanitaires) qui est aujourd'hui encore dominant dans les classes populaires, particulièrement chez les hommes, tend à apparaître de moins en moins souvent et de moins en moins complètement à mesure qu'on se rapproche de la frange inférieure des classes moyennes, alors que le système des conduites physiques qui trouve sa réalisation la plus accomplie dans les classes supérieures, particulièrement chez les femmes, tend à se diffuser très rapidement et à s'imposer à un nombre de plus en plus grand d'individus, notamment dans les classes moyennes.

En effet, l'évolution du niveau d'instruction moyen des membres des différentes classes sociales qui est marquée par une translation générale vers le haut (sans diminution toutefois des écarts entre classes)³, en même temps que l'accroissement de la part, dans la population active, des travailleurs non manuels par rapport aux travailleurs manuels, des urbains par rapport aux ruraux, tendent à accroître le nombre des individus qui sont en situation de porter attention à leur corps parce que ces changements ont pour résultat, premièrement, de diminuer l'importance de l'activité physique parmi les facteurs de production, deuxièmement, de favoriser la diffusion des catégories savantes de perception du corps. Aussi n'est-il pas faux d'établir une relation entre les progrès de la technique et de l'implantation médicale et l'évolution des consommations médicales ou d'accorder, comme le font souvent les économistes, une influence prépondérante au nombre, à la densité et à l'importance des équipements médicaux et hospitaliers dans l'explication des disparités régionales dans la consommation médicale, à condition toutefois de ne pas voir dans la liaison observée le résultat d'une sorte d'adaptation immédiate et naturelle de la demande à l'offre. En effet, si le niveau de la consommation médicale propre à une région particulière n'est pas indépendant de la densité médicale de cette même région, c'est, peut-être d'abord, que la production de services médicaux produit le besoin de ces services parce qu'elle produit la maladie ou pour le moins le malade en créant de nouvelles entités morbides, en les divulguant et en enseignant le langage dans lequel elles peuvent être exprimées, c'est-à-dire en diffusant les signes physiques et les sensations corporelles qui signalent leur présence. Si le « besoin médical » semble bien, en effet, être « illimité » et « impossible à saturer », c'est qu'il est, comme le « besoin culturel », un « besoin cultivé » et que, comme lui, « il s'accroît à mesure qu'il s'assouvit »⁴ si bien que des décisions, limitées en apparence, en matière de législation sociale, par exemple l'obligation faite aux travailleurs de justifier leurs absences par la présentation d'un certificat médical ou l'instauration de visites médicales obligatoires visant à détecter précocement des maladies comme le cancer ou la tuberculose, peuvent avoir sur l'évolution de la consommation médicale des conséquences à long terme qui dépassent largement les prévisions des techniciens parce qu'elles favorisent l'instauration d'un rapport au

¹ Sur la notion d'*habitus* corporel, cf. P. BOURDIEU, « Célibat et condition paysanne », *loc. cit.*

² Il semble bien, en effet, que les positions respectives, sous le rapport de *l'habitus* corporel, des différentes classes sociales aujourd'hui reproduise l'évolution dans le temps de la relation que les individus ont entretenue avec leur corps. Ainsi, les travaux des historiens qui se sont intéressés à l'évolution des pratiques corporelles montrent l'accroissement continu depuis le XVIII. siècle de l'attention et de l'intérêt portés au corps (cf. notamment l'ensemble des travaux réalisés par le groupe réuni autour de la revue *Annales* et publiés régulièrement sous la rubrique « vie matérielle et comportement biologique »).

³ cf. P. BOURDIEU, c. GRIGNON, I. c. PASSERON, *L'évolution de la structure des chances d'accès à l'enseignement supérieur: déformation ou translation ?*, Ronéo, Centre de Sociologie européenne, Paris, 1969.

⁴ P. BOURDIEU, « Éléments pour une théorie sociologique de la perception artistique », *loc. cit.*

corps plus conscient et plus complaisant. Une fois le « décollage » amorcé, c'est-à-dire une fois modifiées les règles qui provoquent l'inhibition de la conscience corporelle, le processus circulaire de la satisfaction et du besoin entraîne l'extension constante du marché des biens dont la consommation est fonction, notamment, de l'intérêt que les individus portent à leur corps et de l'attention qu'ils lui prêtent. Cela vaut pour les biens matériels mais aussi pour les « marchandises intellectuelles » -« conseils », « instructions » ou « services » - qui sont produits et distribués par les membres des « professions de santé ou de soins », médecins, mais aussi « diététiciens », hygiénistes, kinésithérapeutes, esthéticiennes, etc. Car, pas plus que les autres besoins dits primaires ou généraux (qui sont censés correspondre aux différentes « fonctions » naturelles de la vie), les besoins physiques (et par conséquent les besoins sanitaires) ne sont des besoins globaux et abstraits qu'une multiplicité de marchandises différentes seraient aptes à satisfaire: les « besoins » des consommateurs n'existent jamais autrement que par référence à des marchandises bien déterminées produites dans des conditions déterminées et dont les « valeurs symboliques associées » -pour parler comme Liton -sont strictement définies; s'il en est ainsi, c'est peut-être que ces besoins sont le produit, en dernière analyse, de la diffusion des catégories de perception adéquates -ou, dans le cas de la consommation médicale, légitimes - des objets convoités. Or ces catégories sont, pour l'essentiel, produites par les producteurs des biens proposés qui sont donc également les producteurs du besoin de ces biens. Ainsi l'accroissement du « besoin médical » n'est pas réductible à l'accroissement d'un besoin vague et général de « soins » qui pourrait se satisfaire n'importe comment, par exemple par un accroissement de la production domestique de soins médicaux, mais constitue un besoin spécifique et déterminé qui n'est autre que le besoin des services médicaux qu'offrent sur le marché les seuls producteurs légitimes de ces services, à savoir les médecins¹. Tout se passe donc comme si l'accroissement de la conscience du corps et de l'intérêt porté au corps était corrélatif d'une sorte d'inversion de ses fonctions économiques: à mesure que décroît la part relative de la force corporelle dans l'ensemble des facteurs de production, le corps devient l'occasion, ou le prétexte, d'un nombre toujours croissant de consommations. Les vacances qui occupent une part d'autant plus importante dans les préoccupations et les dépenses des ménages qu'on s'élève dans la hiérarchie sociale², et dont la définition sociale se modifie à mesure que l'on passe des classes populaires (qui en ont une définition surtout négative comme moment de détente et de repos entre deux périodes de travail) aux classes supérieures et, à l'intérieur des classes supérieures de la bourgeoisie traditionnelle (où l'on passe encore souvent les vacances à « la campagne » et « en famille ») à la nouvelle bourgeoisie des cadres du secteur privé dont les membres ont été les premiers, semble-t-il, à adopter le nouveau style de vacances qui a pour caractéristiques principales de s'organiser tout entier autour d'une représentation « naturaliste » et ludique du corps et d'exiger pour s'accomplir l'exhibition du corps et la mise en oeuvre d'un ensemble de techniques du corps particulières, constituent sans doute une des principales médiations par lesquelles s'exerce l'influence des producteurs de biens matériels ou symboliques sur l'évolution des besoins physiques et des consommations corporelles des sujets sociaux. Les journaux féminins, plus particulièrement ceux d'entre eux qui sont lus essentiellement par des femmes des classes moyennes ou de la frange supérieure des classes populaires à qui ils proposent les normes et les modèles de vie des classes supérieures, *Elle* ou *Marie-Claire* par exemple, participent très fortement à l'entre-prise de diffusion des nouveaux modèles de vacances et corrélativement à la production du besoin des produits ou des biens dont la possession est exigée de qui veut se conformer à ces modèles et agissent essentiellement en suscitant ou en réveillant chez leurs lectrices la honte de soi et plus précisément la honte de son corps³. A celles qui ont le complexe des « peaux blanches », qui craignent de ne pas « passer

¹ Ainsi, par exemple, la part des individus qui, dans chaque groupe social, demandent des conseils médicaux à un parent, un ami ou encore un pharmacien, décroît au profit de ceux qui ne demandent conseil qu'au médecin quand on passe des catégories où la consommation médicale est la plus faible à celles où elle est la plus forte (cf. I.F.O.P., « Les Français et leur médecin », *Sondages*, 1 et 2, 1960, pp. 9-132.

² En 1966, le taux de départs en vacances d'été était de 7,2% pour les agriculteurs, de 39,9 % pour les ouvriers, de 40,1 % pour les patrons de l'industrie et du commerce, de 57,5 % pour les employés, de 73,6% pour les cadres moyens, de 82,7% pour les cadres supérieurs et les membres des professions libérales (C. GOGUEL, « Les vacances des Français en 1966 », *Études et conjoncture*. 1967, supplément au n° 5).

³ Ces journaux tendent, dès le mois de mars environ, à centrer la presque totalité des contenus qu'ils transmettent en matière de santé, de vêtements, de décoration ou même d'alimentation autour du thème des « vacances » et proposent ainsi implicitement à leurs lectrices de réorganiser une part importante de leurs activités (et de leur budget) autour de l'attente des vacances et des rites coûteux -cures d'amaigrissement, achats de vêtements, soins de beauté -qui ponctuent cette attente. Ainsi, par exemple, dans le numéro de juillet 1970 de *Marie-Claire*, 48 pages (dont 13 de publicité) sur un total de 106 pages étaient consacrées, directement ou indirectement, à la préparation des vacances, 6 pages étaient consacrées au brunissement, 16 à la « beauté en vacances », 9 à l'amaigrissement, 14 à la mode de plage, 3 à des sujets divers, cuisine d'été, etc.). De même, dans le numéro de *Elle* du 25 juin 1970, le thème des vacances occupait 43 pages

avec succès l'examen-vérité sur la plage » ou qui répugnent à « laisser voir des jambes mal épilées », on rappelle que « tous les regards, toutes les envies aussi se portent sur une ligne svelte » ou que « l'été n'est pas fait pour les dondons » et on propose les multiples produits qui font « la peau fine et serrée, le ventre creux, l'estomac rentré, le petit buste mignon, les hanches d'adolescentes »¹, c'est-à-dire, en définitive, qui rendent ou qui prétendent rendre le corps conforme aux canons de beauté des classes supérieures, canons de beauté qui ne sont peut-être que l'expression symbolique du type de rapport que les membres de ces classes entretiennent avec leur corps, du type d'usage qu'ils en font, de la fonction qu'ils lui attribuent. Car la honte du corps ainsi suscitée n'est sans doute qu'une forme de la honte de classe: le corps est en effet, au même titre que tous les autres objets techniques dont la possession marque la place de l'individu dans la hiérarchie des classes, par sa couleur (blafarde ou bronzée), par sa texture (flasque et molle ou ferme et musclée), par son volume (gros ou mince, replet ou élancé), par l'ampleur, la forme ou la vitesse de ses déplacements dans l'espace (gauche ou gracieux), un signe de statut -peut-être le plus intime et par là le plus important de tous - dont le rendement symbolique est d'autant plus fort qu'il n'est pas, le plus souvent, perçu comme tel et n'est jamais dissocié de la personne même de celui qui l'habite.

Aussi l'accroissement de la conscience du corps qui est souvent décrit comme le résultat d'une sorte de croisade contre les « tabous religieux ou sociaux » visant à rendre possible la reconquête de son corps par le sujet peut, tout aussi légitimement, être décrit comme l'aboutissement d'un processus objectif de dépossession culturelle puisqu'il est corrélatif d'un accroissement du besoin social de « spécialistes », de spécialistes du corps et du besoin social des règles, des instructions et des conseils qu'ils produisent, diffusent et vendent. Ainsi, par exemple, les membres des sociétés paysannes traditionnelles qui ne portaient, on l'a vu, que modérément attention à leur corps, possédaient néanmoins l'aptitude collective à produire les règles et les instructions visant à régler leurs comportements physiques (particulièrement en présence de la maladie) : ils possédaient la maîtrise collective d'une compétence collective qui, partiellement fixée sous forme de recettes et de dictons, rendrait possible la production d'un discours stéréotypé mais cohérent sur le corps et sur ses besoins, discours capable de *soutenir la concurrence* -notamment au sens économique du terme - avec celui que produisait le spécialiste. Or pour rendre compte de l'accroissement du besoin social du spécialiste, il suffit peut-être d'observer que les individus accordent d'autant moins valeur aux produits qui résultent de la mise en oeuvre de la compétence commune à tous les membres de leur groupe et d'autant plus aux produits intellectuels que les spécialistes s'offrent à leur vendre, qu'ils sont -du fait de leur position dans le système des classes sociales et du rapport à la culture et aux biens culturels qui en est corrélatif -plus fortement enclins ou contraints à reconnaître la légitimité du spécialiste et de lui seul. Ainsi, l'apparition et l'extension d'un besoin social du médecin, plus généralement du spécialiste ou du « conseiller », n'est-il peut-être qu'un indicateur parmi d'autres des changements survenus depuis un siècle dans l'économie des biens intellectuels (ou culturels) où le passage d'une « économie naturelle » à une économie de marché a pu s'opérer d'autant plus efficacement et brutalement que le nombre des individus disposés à reconnaître et à accepter la légitimité du spécialiste patenté et diplômé, consacré par l'institution scolaire, s'accroissait continûment avec les progrès de la scolarisation et le maintien des inégalités devant l'école.

Luc BOLTANSKI.

Centre de Sociologie Européenne, École pratique des Hautes Études

(sur un total de 132).

¹ Textes publicitaires publiés dans le numéro de juillet 1970 de *Marie-Claire* et dans le numéro du 15 juin 1970 de *Elle*.

Indicateurs statistiques

	Ouvriers agricoles	Agriculteurs	Mancœuvres	Ouvriers	Patrons de l'industrie et du commerce	Employés	Cadres moyens	Cadres supérieurs
1. Consommation médicale et mortalité								
La consommation médicale en francs par personne et par an ¹	55,80	68,49		111,96	110,20	125,89	130,16	127,83
La consommation d'actes de médecins en nombre d'actes pour 100 personnes et par an ¹	195,60	241,20		348,00	342,00	375,60	442,80	402,00
Le quotient ajusté de mortalité pour 1 000 à trente-cinq ans ²	2,6	1,8		2,5	2,0	2,0	1,5	1,1
2. La sensibilité digestive (en pourcentage)								
Pensent que toutes les graisses sont aussi faciles à digérer ³		41	65	37	26	31		26
Supportent mal les fritures ⁴			11	16,5	15	16		19
Ne consomment pas certaines viandes jugées « indigestes » ⁵				10		18		28
3. Le rapport malade-médecin⁶ (en pourcentage)								
N'accepteraient d'être examinés que par leur médecin personnel		22		16	31	28		43
Accordent une grande importance au fait de pouvoir choisir librement leur médecin		68		63	79	78		90
Le médecin a été connu dans le cercle des amis ou des relations		2		2	11	15		24
Estiment que l'examen médical est trop rapide		12		16	12	13		10
Trouvent que le médecin ne donne pas assez d'explications		29		36	28	26		20
Trouvent que le médecin a tendance à employer des mots incompréhensibles		49		47	39	36		29
Considèrent que la première qualité d'un médecin est de consacrer du temps au malade		15		17	4	7		7
4. L'éducation sexuelle								
Approuveraient la création de cours d'éducation sexuelle dans les écoles ⁷		48		72	60	72		74
Considèrent que l'éducation sexuelle doit être donnée à partir de trois ans ou à partir de six ans ⁸		13		19	18	40		53
5. Les soins de beauté (en pourcentage)								
Trouvent qu'une femme doit faire le maximum pour soigner son visage et son corps ⁹		10		19	31	25		
Femmes qui ne se maquillent pas ⁹		15		14	2	3		
Femmes qui aimeraient consulter une esthéticienne ⁹		57		67	77	81		
Femmes qui sont allées chez le coiffeur durant les quinze jours précédant l'enquête ¹⁰		10		14	34	32		47
Femmes qui utilisent un rouge à lèvres ¹¹		65		75	80	80		83
Femmes qui utilisent une base de poudre ¹¹		65		68	79	80		85
Femmes qui utilisent un déodorant ¹¹		30		30	40	45		60
Femmes qui utilisent un dépilatoire pour aisselles ¹¹		18		15	25	35		50
6. La pratique des régimes amaigrissants¹² (en pourcentage)								
Trouvent leur poids actuel trop élevé		28		38	38	33		75
Suivent un régime alimentaire pour maigrir		15		19	28	19		33
Font un effort pour réduire leur consommation de pain		21		26	36	28		41

Indicateurs statistiques

	Ouvriers agricoles	Agriculteurs	Manœuvres	Ouvriers	Patrons de l'industrie et du commerce	Employés	Cadres moyens	Cadres supérieurs
7. L'alimentation (en pourcentage)								
Temps consacré en moyenne à la confection du repas de midi (en minutes) ¹³		95		88	76	85		70
Restent plus de trois quarts d'heure à table au repas de midi ¹⁴		67		60		54		48
Prennent un casse-croûte entre le petit déjeuner et le repas de midi ¹⁴			70	75	30	35		15
Jugent les féculents « essentiels » pour la santé ¹³		28		32	24	19		8
Utilisent du lard dans la cuisine ¹⁵		51	44	22	16	13		8
Utilisent du saindoux dans la cuisine ¹⁵		59	31	14	11	14		5
Souhaiteraient augmenter la consommation des matières grasses ¹⁶			36	34	12	28		12
Font souvent des plats de viande à cuisson longue ¹⁷				63		40		38
Déclarent que la viande est bonne pour la santé parce qu'elle est « fortifiante » ¹⁷				59		41		27
8. La médecine préventive (en pourcentage)								
Femmes qui présentent l'enfant régulièrement au médecin ¹⁸	30	37		40		44	50	
Femmes qui tiennent un carnet de santé ¹⁹				64		67		73
Jugent les visites médicales préventives indispensables ²⁰			22	30		34	40	40
9. L'alcool et le vin								
La consommation moyenne par personne et par jour de boissons alcoolisées (en cl) ²¹	953	813		798	686	547		623
La consommation moyenne de vin par personne et par jour (en cl) ²¹								
{ Hommes..	915	745		724	545	497		534
{ Femmes..	308	221		247	228	210		
La consommation moyenne de spiritueux par personne et par jour (en cc) ²¹	35	41		42	56	43		74
{ Hommes..		30		20	22	30		
{ Femmes..								
Estiment qu'un travailleur de force ne doit pas boire plus d'un litre de vin par jour (en %) ²²		12		18		26		32
Considèrent qu'un enfant de dix ans peut boire du vin ou de l'eau rougie (en %) ²³				47	42	35		26
10. La pratique des sports (en pourcentage)								
N'ont jamais pratiqué de sport ²⁴		70		53	44	42		32
Parmi ceux qui ont pratiqué un sport, l'ont abandonné avant vingt-cinq ans ²⁴		87		79	61	71		57
Pratiquaient un sport au moment de l'enquête ²⁵		7		11,5		23	31	44
{ Hommes..								
{ Femmes..		2,5		2,5		7	18	41,5
Pratiquent ou ont pratiqué occasionnellement le tennis ²⁶		2		7		24		44
Pratiquent ou ont pratiqué occasionnellement la natation ²⁶		12		39		55		72
Pratiquent ou ont pratiqué occasionnellement le ski ²⁷		2		6	8	17		42