

Logiques des acteurs sociaux et système de santé en Algérie

Mohamed MEBTOUL

Enseignant-chercheur au département de sociologie, faculté des sciences sociales de l'Université d'Oran et directeur de laboratoire de recherche en anthropologie de la Santé. Le texte ci-après est l'exposé présenté à sa soutenance de thèse de doctorat d'Etat en sociologie, ayant pour titre : « Logiques d'acteurs et système de santé en Algérie ». Elle a été soutenue le 28 septembre 2003 à Oran.

Mon parcours de recherche est indissociable d'une sociologie des acteurs sociaux. Depuis mes recherches sur le travail ouvrier dans l'entreprise publique industrielle (Mebtoul, 1986), il me semblait difficile de sous-estimer le poids des acteurs sociaux sur la scène sociale. L'ouvrier, le patient, les professionnels de la santé représentent des mondes sociaux pertinents qu'il est possible de comprendre et d'analyser à partir des milles et une paroles, des pratiques quotidiennes et des relations sociales qu'ils déploient dans leurs espaces sociaux respectifs. S'attacher à une posture de recherche qui tente de privilégier les logiques des acteurs sociaux, en relativisant le « système social » abstrait et déterminant en dernière instance, ne semble pas toujours évident ; particulièrement quand la société algérienne a été appréhendée de façon dominante comme une « chose » réifiée à l'extrême. Il faut alors évoquer les raisons de la primauté accordée à une approche holiste qui occulte la personne, refoule son agir au quotidien en mettant en scène un sujet collectif omnipotent qui ne pouvait dire ou faire dans la différence.

Il faut rappeler l'hégémonie du politique dans la régulation de la société. Toute transformation sociale ne pouvait s'opérer que par le haut et de façon volontariste. L'Université n'a pas échappé à une logique d'intégration forcée. A partir de 1971, le pouvoir a tenté de la « professionnaliser ». Il lui impose un seul objectif : se

consacrer uniquement à la formation des cadres du développement. Dans ce contexte, la recherche en sciences sociales a investi de façon générale les thématiques propres à l'Etat (révolution agraire, gestion « socialiste » des entreprises, etc.) , oscillant entre la critique et l'apologie. Elle était largement dominée par la sociologie du « développement » nourrie par un marxisme bien souvent appauvri devant au plus conforter les théories développementalistes. Le conformisme intellectuel, les schémas codés formulés souvent dans une logique spéculative, m'ont progressivement conduit à mobiliser une autre perspective de recherche qui tente de redonner sens aux logiques et aux pratiques sociales des agents, enfouies et oubliées dans une société sous-analysée, pour reprendre le terme de Jacques Berque.

Cette posture de recherche me semblait aussi impérative face à la pesanteur d'un moralisme idéologique considérant uniquement la société dans sa face instrumentale, mécanique, réduite à formuler des demandes sociales à un Etat protecteur et autoritaire qui devait un jour assurer le « bonheur de tous ». A ce titre, l'ouvrier, l'ingénieur, le médecin, l'universitaire étaient identifiés à des positivistes. Ils avaient le statut de missionnaires chargés de réaliser le passage d'une société encore « rurale » et « obscurantiste » à une société « moderne ». Le fonctionnement relativement autonome des espaces socioprofessionnels était inconcevable dans une société traquée par le déploiement d'un encadrement politico-administratif, même dans les actes de travail les plus quotidiens (cellules du parti unique au sein des institutions). Les stratégies des acteurs sociaux devaient s'effacer au profit de la seule logique d'intégration qui signifiait la non-reconnaissance explicite des conflits sociaux. Il faudra attendre la décennie 1990 pour que la grève soit légalisée.

Je dois enfin avouer mon scepticisme à l'égard d'une sociologie prophétique. Ma trajectoire sociale, mon expérience professionnelle dans l'industrie, ma formation doctorale à l'Université d'Aix-en Provence, ont été importants dans l'orientation mes recherches centrées sur

la tentative d'investir progressivement des objets au quotidien. Je souhaitai donner sens aux rapports sociaux concrets qui se déploient dans les différents espaces sociaux (usine, formation sanitaire, famille). Leur compréhension ne pouvait être envisagée qu'en privilégiant une démarche microsociale focalisée sur les logiques d'interprétation et d'action des acteurs sociaux¹. La « confrontation » aux Autres, à l'origine de formes sociales multiples, me permettait de caractériser la notion d'acteur social. Les ruptures observées entre d'une part le fonctionnement du système de travail « officiel » centralisé et bureaucratique imposé dans les espaces professionnels (entreprises et structures de soins) et d'autre part l'épaisseur des pratiques sociales et des situations quotidiennes retravaillées par les acteurs sociaux, me semblaient essentielles à restituer et à analyser.

J'ai donc tenté de mettre en scène « la voix méconnue du réel » pour reprendre le titre de l'ouvrage de Girard (2002), qui est celle du patient et des professionnels de la santé. J'insiste sur les tensions, les contraintes, les attentes et les stratégies de ces acteurs sociaux, qui semblent redessiner des formes sociales éparses et diversifiées. J'emprunte la notion de forme sociale à Simmel (1991) qui montre que « *ni la société, ni l'individu ne sont réels que par implication réciproque* ».

LA SANTÉ COMME PRODUCTION SOCIALE

Mes recherches participent d'un seul et même objectif : comprendre et analyser les façons de faire et de dire des acteurs sociaux, selon l'expression de De Certeau (1980). Il me semblait en effet difficile de sous-estimer le « jeu de langage » ordinaire évoqué par Wittgenstein (1961) qui leur permet de caractériser leurs activités quotidiennes, de justifier les multiples logiques de transgression et de contournement des prescriptions au cœur du fonctionnement officiel de l'espace de travail (Peneff, 1992). En mobilisant les champs scientifiques de la sociologie du quotidien, de l'anthropologie de la santé et de la sociologie des professions, j'étais conduit à mettre en œuvre une « anthropologisation de la sociologie » (Balandier, 1983), qui a pour valeur heuristique de rendre compte des significations attribuées par les acteurs sociaux à la santé, à la maladie, au travail et à la médecine qui dépassent en réalité les seuls référents techniques ou médicaux, pour nous évoquer de façon plus complexe leur vie quotidienne.

Le champ de la sociologie du quotidien a représenté une première piste stimulante qui me montrait la complexité des pratiques sociales mises en œuvre par les acteurs sociaux. Les travaux précurseurs de Henri Lefebvre (1958) sur « la critique de la vie quotidienne » ont été importants durant mon cursus universitaire parce qu'ils revisitaient de façon plus fine le marxisme. Ils montraient de façon dialectique les bienfaits de

l'électroménager pour la réalisation du travail domestique, tout en étant producteur d'aliénation à l'égard de l'idéologie de consommation aux U.S.A.

Les travaux les plus récents dans le champ de la sociologie du quotidien (Balandier, 1983 ; De Certeau, 1980 ; Javeau, 1991) m'ont convaincu des limites du déterminisme qui efface de façon souvent abstraite et distante du réel, les personnes qui tentent « *bon gré, malgré de se réaliser* » selon l'expression de Henri Lefebvre. A ce titre, les questions sociosanitaires peuvent représenter une contribution à la sociologie de la vie quotidienne en insistant moins sur la santé comme un état qui imposerait de façon mécanique ses normes sociales aux acteurs sociaux, mais comme un processus plus complexe qui révèle tout le travail sanitaire profane (Cresson, 1995) assuré par les femmes, les multiples façon d'interpréter le mal par le patient et sa famille, l'errance thérapeutique des patients démunis de capital relationnel, etc.

La notion de santé met en scène des dynamiques sociales à l'œuvre dans les espaces professionnels et domestiques. La recherche « femmes et santé » (Mehtoul, 1996) tente de montrer que la santé pour les femmes est interprétée essentiellement à partir de leur volonté de s'accrocher au statut de mère dans le but de réduire les tensions et les conflits avec ses enfants, son mari, sa belle-mère et la société. La sociologie du quotidien permet en outre d'appréhender de façon plus fine le fonctionnement des espaces sanitaires. Mes observations des actes de soins au quotidien dans les structures de santé, me montraient l'importance des tensions et des affrontements face à l'absence de l'objet technique ou de l'agent au moment d'assurer une tâche donnée, conduisant à une logique de « victimisation » déployées par les professionnels de la santé face aux multiples incertitudes au cœur de l'activité sociosanitaire (Mehtoul, 1993).

En souscrivant à une sociologie du quotidien, j'étais conduit à la prudence et au doute face aux « belles » constructions et réformes globales menées par le haut concernant le système de santé. Les transformations promises par les organismes internationaux (OMS, Banque Mondiale, etc.) dans le domaine de la santé, peuvent être identifiées comme des greffes qui n'ont pas permis de répondre concrètement aux attentes des populations des pays du Sud (les soins de santé primaire idéalisant à l'extrême la notion fictive de communauté en 1978 ; la conférence de Bamako prônant le recouvrement des coûts par les patients en 1986 et aujourd'hui, la Banque Mondiale décrète la « bonne » gouvernance dans le domaine de la santé en direction des sociétés africaines).

LA CONSTRUCTION SOCIALE DE LA MALADIE

Il m'a en outre semblé essentiel d'investir activement le champ de l'anthropologie de la santé. Je retiens des travaux précurseurs de Augé et de Herzlich (1984),

l'importance de la dimension sociale de la maladie. Elle ressort de façon explicite dans mes recherches auprès des patients. La maladie est indissociable des pratiques et des représentations sociales à l'œuvre dans la société, même quand il s'agissait de pathologies bénignes. Face à la maladie, le patient et sa famille sont conduits à devenir des acteurs sociaux, en la nommant, en l'identifiant, en l'interprétant et en recourant aux différentes offres thérapeutiques qui existent dans la société. Les récits des patients me montraient bien que la maladie, la souffrance, la guérison recouvraient un sens plus riche, plus complexe que celui prôné par la logique médicale. Le refus de considérer la maladie en soi, en insistant sur son usage social et politique, est bien au centre de l'anthropologie africaniste de la santé qui a nourri mes recherches. On peut rappeler les trois approches mobilisées par l'anthropologie de la santé, qui vont enrichir les premiers travaux sur le sens du mal (Augé, Herzlich, 1984 ; Fainzang, 1989).

Ces trois approches ont pour point commun d'ouvrir des brèches dans le champ clos de l'anthropologie médicale en s'appuyant d'une part sur les catégories du politique, du champ thérapeutique et de légitimation pour comprendre la maladie comme rapports de pouvoir qui sont source d'inégalités sociales dans sa gestion et sa prise en charge. (Fassin, 1992 ; Lyola, 1993). D'autre part, la maladie et la médecine ont pu être appréhendées à partir de l'organisation du système de santé considéré comme un système politique (Hours, 1985 ; 1999). Enfin, une approche qui se focalise sur les interactions entre les patients et les médecins en partant de leurs représentations et de leurs pratiques (Jaffré, De Sardan, 2003).

Ces trois perspectives de recherche, même dans leur différence, ont incontestablement permis d'élargir et d'enrichir le champ de la réflexion sur la maladie et la médecine, d'autoriser la rencontre entre la sociologie et l'anthropologie, de montrer clairement la non-autonomie de la maladie et de la santé qui viennent s'imbriquer dans le politique et le social. Dans ce débat scientifique sur les questions sociosanitaires, la sociologie interactionniste (Strauss, 1992) ne peut pas non plus être sous-estimée. Elle a marquée en France de nombreux travaux importants sur la médecine et la maladie (Baszanger, 1995). Elle a permis de montrer la complexité et la richesse des trajectoires de la maladie, en insistant particulièrement sur le fait important que le patient-acteur est partie prenante du travail médical, particulièrement face aux maladies chroniques. Elle opère enfin une rupture avec le paradigme fonctionnaliste qui réduit le patient au statut de déviant où son rôle social consiste strictement de se conformer à la médecine qui aurait pour fonction d'assurer la cohésion de la société (Parsons).

Mes recherches auprès des patients et des familles menées dans l'espace domestique, insistent sur trois aspects importants :

- Je fais référence à la notion de réseaux de significations (Massé, 1995) construits par les patients et leur familles pour interpréter la maladie. Leur traduction

montre que celle-ci est au cœur d'une dynamique sociale qui ne se réduit pas à sa dimension organique (disease en anglais), mettant en exergue les contraintes sociales (argent, chômage des enfants, etc.), la charge de travail physique et mentale assurée par les femmes, la prégnance des rapports avec le réseau familial et de voisinage dans l'interprétation du mal et le choix d'une offre thérapeutique. Enfin, les multiples malentendus (Franco La Cecla, 2002) appréhendés moins comme une possible rencontre que par la confrontation sourde des patients anonymes avec les institutions publiques de santé, indiquent par exemple que la longue attente, la qualité des soins centrée sur l'accueil, la propreté des lieux, les notions d'urgence, de dignité sanitaire, le souhait d'être suivi par le même médecin, ne semblent pas toujours perçus de la même façon par les malades et les responsables sanitaires.

- Ce réseau de significations est essentiel pour comprendre la multiplicité et l'hétérogénéité des recours thérapeutiques. Je tente de montrer la complexité du processus décisionnel dans le choix d'une offre thérapeutique donnée. Il conjugue trois éléments essentiels : les représentations de la maladie (hiérarchie profane de la gravité), l'importance des rapports de pouvoir dans l'espace domestique, mettant en scène le rôle important de la belle-mère et du mari dans la prise de décision, même si tout le travail sanitaire profane est assuré par le père de l'enfant malade. Enfin, les contraintes liées au transport, à la proximité ou à l'éloignement de la formation sanitaire, à la disponibilité ou non de l'argent, aux jugements portés par les proches parents du patient sur le fonctionnement des structures de soins, représentent une autre dimension importante au cœur du processus de décisionnel complexe qui se traduit par l'errance thérapeutique des patients.

- La notion de production de santé (Cresson, 1995) m'a semblé pertinente parce qu'elle permet de rendre compte du travail sanitaire invisible, peu reconnu et non rémunéré, assuré par les femmes dans les espaces domestiques et sanitaires (hôpitaux). Mes recherches dans ces deux espaces sociaux, montrent que la division sexuelle du travail n'est pas propre à l'espace domestique. Elle se poursuit à l'hôpital. Elle s'inscrit donc dans la continuité et non dans la rupture, dévoilant sa « présence » au sein même de l'espace public de soins. Pour faire face aux multiples dysfonctionnements de l'hôpital, les proches parents, et notamment la « garde-malade », sont contraints d'investir activement l'hôpital, de réaliser un ensemble de tâches sanitaires (le travail de nursing, de soutien affectif et matériel, de médiation auprès des professionnels de la santé à propos de la prise de médicament, de la sortie du malade, etc.). Les responsables de l'hôpital peuvent ainsi capter gratuitement les ressources déployées en particulier par les femmes au profit de l'un de ses proches parents, de la structure de soins et de la société.

LES RUPTURES DANS LE CHAMP MÉDICAL

Mes recherches m'ont enfin conduit à mobiliser le champ de la sociologie des professions, dont il faut rappeler les travaux précurseurs de Freidson (1984) sur la profession médicale. Ce champ de la sociologie de la profession m'a semblé pertinent parce qu'il interroge moins la profession en soi, l'enfermant dans ses seuls critères techniques ou scientifiques, qu'en référence aux situations quotidiennes et aux relations qu'elle permet d'instaurer avec les autres acteurs de la santé. Autrement dit, la compréhension de la profession médicale, ne peut se limiter à reproduire à l'identique des caractéristiques supposées universelles, oubliant d'intégrer dans l'analyse, sa place dans la société et ses rapports avec les différents pouvoirs. M'appuyant sur mes enquêtes, j'étais progressivement conduit à interroger et à déconstruire le mode de caractérisation de la profession médicale dans les pays du Nord. Dans ces sociétés, la profession médicale semble en effet indissociable des notions d'autonomie professionnelle, de conquête d'un territoire propre, d'un savoir de haut niveau. Dans ce contexte socioprofessionnel, les médecins ou leurs représentants sont détenteurs de pouvoirs importants, leur permettant de négocier les règles de fonctionnement de la profession médicale (Freidson, 1984).

En analysant la profession médicale, à partir des sens que les médecins algériens attribuent à leur pratique professionnelle, j'étais confronté à d'autres formes sociales éclatées et fragiles qui me montraient que la profession médicale pouvait difficilement être comprise à partir des notions évoquées précédemment et qui dominent le champ de la sociologie de la profession (Dubar, Tripier, 1998). Dans mes recherches, le territoire socialement banalisé, sans bornages, se traduisant par l'absence de toute intimité au cours de la consultation, se substituait à un territoire professionnel propre permettant de mettre en œuvre un savoir de haut niveau. L'autonomie professionnelle évoquée comme le critère majeur pour caractériser la profession médicale, est en permanence l'objet d'un détournement de sens par rapport au modèle professionnel appris et rêvé par les médecins au cours de leur formation. Ici la profession médicale est dominée par des ruptures, des discontinuités techniques et sociopolitiques. Ces ruptures montrent bien le peu d'autonomie du champ médical qui s'est au contraire constitué par la médiation du politique.

Plus précisément, mes recherches auprès des médecins indiquent une triple rupture : rupture entre leur imaginaire médical et la réalité sociosanitaire (pénurie, reproduction à l'identique d'un savoir très peu actualisé, etc.), rupture entre leurs attentes socioprofessionnelles (réussite sociale et professionnelle) et le déclassement de leur statut et enfin rupture entre les « bons » patients « coopératifs » et acculturés au savoir médical et les patients de conditions sociales et culturelles modestes qui ne se « conformeraient » pas selon les médecins à la

norme médicale. Les effets pervers de cette triple rupture sont importants. Ils peuvent être repérés dans la dislocation des liens entre une majorité de médecins et « leur » institution de santé (hôpital) à l'origine de leur formation et de la construction de leur identité professionnelle. Il me semble alors possible d'évoquer la notion de « désaffiliation » (Castel, Haroche, 2001) qui décrit ici : « *des situations de décrochage. Cela signifie que les individus ne sont plus inscrits dans des régulations collectives qu'ils ont perdu de leurs assises et de leurs supports...* ».

CONCLUSION

Dans ces conditions socioprofessionnelles qui relèvent parfois de l'anomie, la fragilité du système professionnel contribue à accentuer la segmentation selon les statuts et les générations de médecins, dévoilant des mondes sociaux de praticiens, diversifiés et hiérarchisés (médecins-chômeurs, médecins généralistes isolés exerçant dans les structures « périphériques », spécialistes de l'hôpital frustrés face à la pénurie, qui aspirent pour une majorité d'entre eux, à exercer en pratique libérale et enfin les spécialistes du secteur privé, représentant 51 % de ce groupe professionnel, ont aujourd'hui acquis une position sociale privilégiée dans le champ médical). D'autant plus que le fonctionnement du secteur étatique des soins nourrit et renforce celui du privé des soins, notamment les cliniques privées qui peuvent capter aisément les spécialistes qui exercent notamment dans les segments professionnels que sont la chirurgie et la gynécologie. Dans ce système professionnel éclaté qui caractérise les structures étatiques de soins, les stratégies individuelles de reclassement des médecins représentent pour une majorité d'entre eux, la seule alternative pour donner un autre sens à leurs activités professionnelles. Elle se multiplie en direction du secteur privé des soins, des organismes internationaux (O.M.S., UNICEF, etc.) mais aussi de l'espace politico-administratif qui intègrent des spécialistes expérimentés, assurant désormais moins la fonction « d'entrepreneur moral » (Freidson, 1984), que celle de producteur de règles et de normes dans le champ de la santé.

Les travaux sur la profession médicale en Afrique mettent en exergue de façon générale, son profond déclassement social dans les structures publiques de santé. Au Burkina Faso, Gobatto (1998) montre à partir d'une approche focalisée sur les pratiques socio-professionnelles, que les médecins sont toujours à la quête au niveau social, du monopole de leur territoire qu'ils ont acquis au niveau légal, ayant très peu de pouvoir pour modifier les règles du jeu institutionnel. En Egypte, Chiffolleau (1997), en privilégiant une perspective de recherche sociohistorique, observe que la profession médicale pourtant constituée bien avant la période coloniale selon un processus endogène et volontariste, est aujourd'hui traversée par un double processus caractérisé par un déclassement de la

pratique médicale dans le secteur étatique de des soins et une tentative des pouvoirs publics d'assurer son contrôle et sa « requalification » sous la pression de la Banque Mondiale et d'autres organismes internationaux.

NOTES

1. Mes enquêtes de terrain s'appuient essentiellement sur une approche qualitative (entretiens semi-directifs et observations approfondies). Durant la période 1986-2002, six enquêtes de longue durée ont été menées dans quatre régions : Oran, Aïn-Taya (Alger), Tizirt (Tizi-Ouzou) et Tlemcen. Une première recherche (1986) m'a permis d'investir pendant 6 mois le dispensaire du quartier populaire d'El-Hamri (Oran), ayant eu la possibilité d'observer les consultations dans un espace sanitaire banalisé. L'objectif était d'analyser les rapports sociaux concrets entre le personnel de santé et les patients. En 1989, une enquête portant sur la diarrhée infantile et ses traitements, a été menée dans deux quartiers d'Oran (Ibn-Sina et Delmonte) auprès du personnel de santé et des familles à domicile. Elle s'est appuyée sur cinquante entretiens et des observations fines des pratiques sanitaires déployées par les mères face à la diarrhée de leur enfant. Une troisième recherche (1991) portant sur la place et le rôle du système de soins dans la santé de l'enfant a été menée à Aïn-Taya (Alger) et Tizirt (Tizi-Ouzou) auprès des professionnels de santé exerçant dans les services hospitaliers de pédiatrie, les structures « périphériques » (salles de soins, centres de santé, polycliniques) et les cabinets privés. Pour les deux régions, 80 entretiens ont été réalisés avec le personnel de santé et 120 avec les familles au sein de leurs domiciles. La quatrième recherche (1996) a porté sur les sens attribués par les femmes à la santé. Elle a été réalisée à Oran auprès de trente femmes. En 1999, l'enquête a porté sur les significations attribuées par les médecins et les patients à la prise en charge du diabète et de l'hypertension dans la région de Tlemcen. Elle a concerné deux services hospitaliers : médecine interne et cardiologie. Elle s'est poursuivie dans les centres de santé, les polycliniques et auprès des familles. Au total, 40 entretiens ont été réalisés. L'enquête s'est également appuyée sur des observations concernant les pratiques déployées par les professionnels de la santé à l'égard des patients durant les consultations de « suivi » des malades diabétiques et hypertendus. Depuis 2002, une enquête est en cours auprès des cliniques privées. L'objectif est de comprendre le mode d'émergence des nouveaux acteurs de la santé qui ont investi dans le domaine des soins (médecins « entrepreneurs » et patrons de petites entreprises industrielles) et les rapports noués avec le personnel de santé et les patients.

BIBLIOGRAPHIE

- AUGÉ M., HERZLICH C., (éds.), *Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Editions des archives contemporaines, 1984.
- BALANDIER G., « Essai d'identification du quotidien », *Cahiers internationaux de sociologie*, 1983, volume LXXVI, 5-12.
- BASZANGER I., *Douleur, médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Le Seuil, 1995.
- CASTEL R., HAROCHE C., *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi*, Paris, Fayard, 2001.
- CHIFFOLEAU S., *Médecines et Médecins en Egypte*, Paris, l'Harmattan, 1997.
- CRESSON G., *Le travail domestique de santé*, Paris, l'Harmattan, 1995.
- DE CERTEAU M., *L'invention du quotidien*, Paris, Gallimard, 1990.
- DUBAR C., TRIPIER P., *Sociologie des professions*, Paris, 1998.
- FAINZANG S., *Pour une anthropologie de la maladie en France*, Paris, Cahiers de l'homme, 1989.
- FASSIN D., *L'espace politique de santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, 1996.
- FREIDSON E., *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
- GIRARD R., *La voix méconnue du réel, Une théorie des mythes archaïques et modernes*, Paris, Grasset, 2002.
- GOBATO I., *Etre médecin au Burkina Faso*, Paris, l'Harmattan.
- HOURS B., (éds.), *Système et politique de santé, de la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, 2000.
- HOURS B., *L'état sorcier, santé publique et société au Cameroun*, Paris, l'Harmattan, 1986.
- JAFFRÉ Y., DE SARDAN O. (éds.), *Une médecine inhospitalière, les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD-Karthala, 2003.
- JAVEAU C., *La société au jour le jour, écrits sur la vie quotidienne*, Bruxelles, De Boeck, 1998.
- LA CECLA F., *Le malentendu*, Paris, Balland, 2002.
- LEFEBVRE H., *Critique de la vie quotidienne, Paris, l'Arche (nouvelle édition)*, 1977.
- MASSÉ R., *Culture et Santé publique, les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal, Gaëtan Morin, 1995.
- MEBTOUL M., *Une anthropologie de la proximité, les professionnels de la santé en Algérie*, Paris, l'Harmattan, 1994.
- MEBTOUL M., *Discipline d'usine, productivité et société en Algérie, Alger, Offices des Publications Universitaires*, 1986.
- MEBTOUL M., « Les mots pour dire la santé en Algérie aujourd'hui », revue *Prévenir*, 1996, 30, 123-128.
- MEBTOUL M., « La santé au quotidien : le dispensaire du quartier d'El-Hamri (Oran) », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 15, 2, 41-62.
- PARSONS T., « *The profession and the social structure* » *Essays in Sociological Theory*, New York, Free Presse, 1939, 34-49, traduit dans *Eléments pour une sociologie de l'action*, Paris, 1963.
- PENEFF J., *L'hôpital en urgence*, Paris, Métailié, 1992.
- SIMMEL G., *Le conflit*, Paris, Editions Circé, 1992.
- SIMMEL G., *Secrets et sociétés secrètes*, Paris, 1991.
- STRAUSS A., *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme* (Textes présentés par Baszinger I.), Paris, l'Harmattan, 1992.
- WITTEGENSTEIN L., *Recherches philosophiques*, Paris, Gallimard, 1961.