

NOTES POUR UNE RECHERCHE TRANSCULTURELLE SUR LES MALADIES DE CIVILISATION

Norbert Luttenchlager, Patrick Schmoll,
Kambiz Taghva-Passand (1)

Nous nous proposons de présenter ici, de façon assez informelle, quelques réflexions que nous ont inspirées certaines données épidémiologiques relatives à ces maladies qu'on dit "du siècle" et que nous considérons, quant à nous, comme des maladies de civilisation, à savoir, en particulier, le cancer, les maladies cardio-vasculaires et les troubles mentaux. Ces réflexions n'ont pas un caractère démonstratif : elles se veulent surtout donner une idée de ce à quoi nous nous intéressons dans nos différents travaux en cours, qu'il s'agisse proprement de recherches en milieu médical, dans une perspective psychosomatique d'inspiration psychanalytique et anthropologique, ou plus généralement de recherches sur les mutations culturelles et les contacts de cultures. Nous espérons ainsi souligner l'intérêt d'un domaine de recherche encore inexploré.

Un certain nombre de maladies représentent de nos jours un véritable fléau pour l'homme, mais leur répartition dans le monde n'est pas homogène. D'un pays à l'autre, en particulier : les pays du Tiers-Monde sont encore affectés principalement par des maladies de type infectieux, tandis que les pays riches, qui ont connu ces maladies dans leur histoire passée, sont aujourd'hui surtout victimes de maladies de type dégénératif telles que les maladies coronariennes et le cancer, ainsi que d'un accroissement des problèmes d'adaptation individuelle catalogués comme "troubles mentaux" ou "maladies mentales". En ce qui concerne les maladies organiques, les raisons de ces différences régionales sont en grande partie liées à l'évolution de l'environnement et des modes de vie, qui ne s'est pas poursuivie partout de la même façon : l'amélioration des conditions d'hygiène et de la ration alimentaire depuis un siècle en Occident, dans les pays de l'Est et dans certains pays du Tiers-Monde a permis qu'y aient aujourd'hui disparu la plupart des grandes maladies infectieuses qui persistent a contrario dans les pays les plus pauvres ; par contre, l'industrialisation, l'urbanisation et l'amélioration du niveau de vie matériel, en facilitant dans les pays les plus riches toutes les formes de pollution et de régimes trop riches en sucres, en graisses et en protéines, y installent les conditions d'apparition de maladies de dégénérescence.

Cependant, sans exclure l'importance de ces facteurs exogènes, non plus que celle de facteurs génétiques encore à déterminer qui seraient le propre de telle ou telle population, nous nous proposons de souligner ici que ces variations dans la répartition des maladies à la surface de la planète correspondent aussi à des différences de type sociologique et culturel d'un pays considéré à l'autre. Les maladies cardio-vasculaires et le cancer touchent en fait des pays dans lesquels l'industrialisation, l'urbanisation et l'élévation du niveau de vie matériel sont étroitement liées à une mutation importante depuis un siècle en Occident des comportements sociaux et individuels, des systèmes de valeurs et d'interdits, des relations entre individus au sein de la famille et de la société. Au

(1) Laboratoire de Psychopathologie - Institut de Psychologie - Strasbourg.

cours de nos travaux respectifs, nous avons été conduits à avancer l'hypothèse que l'évolution de la fréquence des "maladies de civilisation" procède en partie directement de cette modification des systèmes de repères symboliques sur lesquels s'appuie le fonctionnement de la société à son niveau le plus élémentaire.

Premières approches

N. Luttenchlager travaille depuis quelques années comme psychologue auprès de populations de migrants résidant en France, à Strasbourg en l'occurrence (Gitans et populations maghrébines en particulier). Il développe en ce moment, dans le cadre d'un travail de thèse en psychologie, une approche des effets psychopathologiques qu'induisent les problèmes d'identité auxquels sont confrontés les transplantés. À la suite de P. Berner (2), notamment, il observe que les migrants présentent une pathologie spécifique, y compris en ce qui concerne les maladies organiques.

P. Schmoll a en ce moment avec des malades du C.H.U. de Strasbourg des entretiens de type semi-directif qui visent à dégager une structure familiale qui leur serait particulière (3). Ces entretiens sont conduits dans le cadre d'une recherche qui s'intéresse primitivement au cancer, mais il est évident qu'ils devront être étendus pour comparaison à une population plus large de malades organiques non nécessairement cancéreux, car rien ne dit que les processus psychosomatiques qui peuvent induire le cancer aient de ce point de vue une quelconque spécificité : il est probable que se dégage de cette recherche une structure familiale qui soit en fait le propre des malades organiques en général. On comprend en tout cas l'intérêt qu'il y aurait alors à comparer les résultats d'une telle approche avec l'observation des structures familiales de sociétés telles que les sociétés traditionnelles en mutation des pays en voie de développement, ou de groupes sociaux tels que certaines populations de migrants, dans lesquels les systèmes de parenté, aussi bien que les problèmes de santé, se présentent de manière différente.

K. Taghva-Passand vient d'achever un travail de thèse d'État en psychologie sur la relation mère-enfant en Iran (4). Il y montre entre autres choses que le développement socio-économique rapide d'un pays tel que l'Iran suscite des mutations facilement objectivables dans les systèmes de valeurs et d'interdits de la société et dans la structure traditionnelle de la famille. Ces mutations induisent à leur tour ces problèmes psychopathologiques spécifiques : K. Taghva-Passand formule à ce sujet un certain nombre d'hypothèses qui concernent les entités psychiatriques (névroses, psychoses, perversions, psycho- et sociopathies, etc.) et se propose maintenant d'étendre ce travail théorique également aux entités psychosomatiques, sur la base d'observations cliniques à faire en Iran.

En Occident, l'évolution des mœurs de la société a été incontestablement rapide depuis la fin de la dernière Guerre Mondiale, si on se réfère à certains paramètres tels

-
- (2) Berner P., Psychopathologie des migrations, in *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, 1967, Vol. Psychiatrie, feuillet 37880-A10.
 - (3) Cf. dans ce même numéro l'article de J.P. Martin, C. Schaffhauser et P. Schmoll, "Quelques axes méthodologiques dans l'approche psychosomatique des maladies cancéreuses".
 - (4) Taghva-Passand K., *La relation mère-enfant dans la société iranienne - Aspects historiques, socioculturels et psychologiques. Problèmes psychopathologiques*, Thèse d'État en Lettres et Sciences Humaines, Université Louis Pasteur, Strasbourg, 1981.

que l'extension des unions libres, de l'utilisation des contraceptifs, la chute de la pratique religieuse et des vocations, etc. Cependant, cette évolution s'inscrit dans un mouvement de très longue durée, qui tire déjà ses origines de la fin du Moyen-Age et du début de l'époque moderne. Ainsi, le mariage comme expression de l'amour que se portent mutuellement deux individus a aujourd'hui remplacé le mariage comme alliance de deux familles. Mais les conflits qui ont abouti à ce résultat étaient déjà à l'œuvre au sein des milieux bourgeois naissants et finissent par s'exprimer ouvertement dès le XVII^{ème} siècle, par exemple dans le théâtre de Molière. De même, la tradition voulait autrefois en France que le prénom, le parrain et la marraine d'un enfant fussent choisis à l'intérieur de la famille et en fonction de règles assez précises qui échappaient au bon-vouloir des parents (5). Aujourd'hui, ce sont les parents eux-mêmes qui choisissent le nom de l'enfant, souvent en dehors de la collection des prénoms familiaux. Le parrain et la marraine peuvent n'être que des amis des parents, sans lien de parenté avec eux. Cette liberté semble naturelle à tous parce qu'elle s'est instaurée progressivement, suivant un processus commencé il y a bien plus d'un siècle, même en milieu rural. Pourtant elle n'est certainement pas sans avoir une incidence importante sur les conditions dans lesquelles se dessine aujourd'hui le devenir d'un enfant à sa naissance, puisque c'est de son nom et de ceux qui seraient censés le lui donner dans la tradition (le parrain et la marraine) qu'il est dans ce cas question. La progressivité de cette évolution des mœurs n'exclut pas qu'existent aujourd'hui en Occident des problèmes liés à des conflits entre demandes individuelles et lois de la communauté. Mais on peut dire qu'elle a contribué à ce que les résultats d'une telle évolution, et jusqu'à ces problèmes conflictuels eux-mêmes, concernent à des degrés divers l'ensemble de la société, toutes classes et catégories confondues.

Par opposition, dans les sociétés en voie d'industrialisation et d'urbanisation rapides, cette évolution est brutale, elle n'intéresse d'abord qu'une minorité de la population (bourgeoisie occidentalisee, puis classes moyennes), elle suscite des distorsions culturelles au sein d'une population partagée entre les deux modèles extrêmes qu'offrent la tradition et l'Occident. C'est ainsi que l'Iran, par exemple, présente la particularité d'offrir à l'examen de l'observateur, non pas un modèle culturel dominant auquel correspondrait une structure familiale dominante, mais une mosaïque de systèmes de valeurs qui s'affrontent plus ou moins violemment, à laquelle correspond une multiplicité de structures familiales différentes, depuis la famille étendue de type traditionnel jusqu'à la famille nucléaire de type occidental. L'Iran moderne n'a pas succédé à l'Iran traditionnel : tradition et modernité sont présentes à la fois dans le champ social et s'affrontent jusque dans l'intimité des conflits de conscience particuliers à un individu. Certes, les conflits de générations, par exemple, existent aussi en Occident, mais il est possible d'affirmer qu'un Européen sera plus proche de ses parents sur le fond de ses croyances qu'un Iranien des siens.

Les mêmes problèmes se posent pour les populations transplantées issues d'un milieu auquel elles étaient attachées par les liens de la tradition et qui sont accueillies par un milieu qui ne partage pas la même langue, les mêmes valeurs et interdits, les mêmes comportements. Dans de nombreux cas, cette transplantation est double : les travailleurs migrants et les étudiants étrangers éprouvent dans un premier temps des difficultés à s'adapter au pays d'accueil et ils savent que s'ils y réussissent en partie il leur faudra dans un deuxième temps se réadapter aux traditions de leur pays d'origine, lors de leur retour. Parmi les populations pour lesquelles le "voyage" ou l'exode font eux-mêmes par-

(5) Zonabend F., Pourquoi nommer ? Les noms de personnes dans un village français : Minot-en-Châtillonais, in *L'identité*, séminaire dirigé par C. Lévi-Strauss, Grasset, Paris, 1977, pp. 257-279.

tie des traditions (Juifs d'avant la création de l'État d'Israël, Gitans, etc.), la référence à une patrie d'origine plus ou moins mythique reste cependant constante et le sol que l'on foule, quel qu'il soit, n'est jamais qu'un sol d'accueil évalué par différence d'avec ces "origines" idéales.

Ces mutations à l'intérieur d'une société ou ces décalages entre cultures et groupes sociaux différents induisent des problèmes psychopathologiques spécifiques, dont il nous semble qu'on puisse trouver la trace dans certaines données épidémiologiques. C'est ainsi, pour commencer, que les pays économiquement développés semblent présenter *un taux plus élevé de maladies ou de troubles dits "mentaux"* que les pays du Tiers-monde qui conservent encore dans une large mesure des structures sociales traditionnelles. Certes, le diagnostic des troubles mentaux pose un problème, dans la mesure où ses critères peuvent varier d'une société à l'autre en fonction des références culturelles du lieu et du moment : tel comportement original, bizarre ou déviant sera plus facilement intégré dans une société traditionnelle où il recevra un sens, une fonction (celle du sorcier, de "l'inspiré" ou du "possédé", par exemples), alors qu'il serait en Occident catalogué comme hystérique ou paranoïaque et isolé éventuellement par enfermement du "malade" dans une clinique psychiatrique. Un certain nombre de comportements qui seraient enregistrés chez nous comme "troubles mentaux" échappent donc sans doute à l'enquête épidémiologique dans des pays où la famille et le village gardent et protègent leurs "fous". Mais ce problème de l'enregistrement des données épidémiologiques en psychiatrie n'indique-t-il pas lui-même une certaine tendance des sociétés dites développées à pointer et à cataloguer leurs marginaux pour les isoler, plus facilement que pour les réintégrer ou que pour se changer elles-mêmes ? Quelque discutables que soient les chiffres en matière d'épidémiologie psychiatrique, il y a donc de toutes façons là l'indice de difficultés de communication et d'adaptation relativement plus importantes en Occident qu'ailleurs.

Du reste, on pourra s'appuyer sur un paramètre qui ne trompe guère, dans la mesure où il renvoie à des chiffres de mortalité dont le diagnostic, d'un point de vue médical, ne prête pas à discussion : les *suicides* sont plus nombreux dans les pays riches que dans les pays pauvres.

Du point de vue de l'analyse qualitative de ces données, K. Taghva-Passand suggère dans son travail de thèse qu'il serait intéressant de vérifier si, dans le détail, telles structures névrotiques ou psychotiques sont différentes dans leur expression d'une société à l'autre et si les chiffres, qui correspondent à des relevés de traits cliniques, renvoient effectivement à une présence plus ou moins importante des structures sous-jacentes à ces traits, selon le contexte culturel dans lequel on se trouve.

En ce qui concerne *les maladies organiques*, d'autre part, la clinique psychosomatique révèle que certaines des différences qu'on peut relever dans la répartition des maladies d'une région à l'autre du monde, notamment entre pays riches et pays pauvres, peuvent également être pointées à l'intérieur d'une même société, selon les catégories sociales qu'elles affectent. Avant de s'étendre progressivement à l'ensemble de la population d'une société donnée, telle de ces maladies est souvent d'abord, au début de son évolution au sein de cette population, la maladie d'un groupe social donné, parfois même la maladie d'un *comportement* particulier.

C'est ainsi que les maladies coronariennes ont pu longtemps être présentées comme la maladie des "managers" (chefs d'entreprise, hommes politiques, etc.) avant qu'elles ne s'étendent à d'autres catégories sociales. Cette association à un type d'activité sociale renvoie en fait à un profil de comportement qui prédisposerait aux maladies

coronariennes : le fameux "type A" caractérisé par l'ambition, le culte de l'action et du combat, la volonté de convaincre dans les discussions, etc. (6).

La fréquence élevée des maladies coronariennes dans les pays économiquement développés tient donc aussi bien à des facteurs exogènes, liés notamment au régime alimentaire, qu'à des traits de comportement et de personnalité (ambition, compétition, etc.) particulièrement encouragés par les modèles sociaux de ces pays.

De la même manière, les ulcères gastrique et duodéal ont été présentés comme la maladie des cadres (7), bien que certaines données suggèrent qu'ils sont moins fréquents chez eux et chez les ouvriers que chez les contremaîtres (8). Il existe en tout cas des différences dans la répartition de ces affections selon les catégories sociales. L'ulcéreux a été présenté par Alexander et son école comme "affamé d'amour" (9) : sa personnalité, qui serait fréquemment celle de l'ambitieux insatisfait, oralement inassouvi, expliquerait qu'on le retrouve souvent dans son métier à un poste de responsabilité, mais néanmoins sous les ordres d'un patron à qui il a à rendre compte de ce qu'il fait. P. Berner (10) mentionne un certain nombre d'études qui montrent que l'ulcère est aussi plus fréquent chez les migrants et les transplantés que dans la population du pays qui les accueille. Les expulsés allemands des pays balkaniques, par exemple, présentent un taux significativement élevé d'ulcères et de troubles divers de l'abdomen.

Ces exemples, qui appartiennent en fait à la clinique psychosomatique la plus traditionnelle, indiquent l'intérêt qu'il y a à étudier les problématiques individuelles des personnes atteintes de telle ou telle affection organique et, par extension, à comparer dans une perspective anthropologique les comportements sociaux et culturels de pays ou de groupes sociaux définis affectés par des maladies spécifiques. Nous allons préciser ici cette idée en nous limitant à quelques questions que soulève l'épidémiologie du cancer.

Le cancer de l'estomac est-il la maladie du changement social ?

Bien qu'il soit en voie de régression dans les pays économiquement développés, le cancer de l'estomac est une affection digestive qui reste préoccupante du fait de sa fréquence encore importante et de sa gravité. Il est en France au troisième rang des affections cancéreuses (mortalité de 19 pour 100.000), après les atteintes du colon et du rectum et celles de la trachée, des bronches et des poumons. Il est au premier rang au Japon, où il constitue un véritable fléau (mortalité de 66 pour 100.000). Les sarcomes, qui représentent 5 à 15 % des tumeurs malignes de l'estomac sont d'un pronostic médiocre, avec un taux de survie de 40 % à 5 ans. Ce pronostic est pourtant meilleur que celui des carcinomes, qui représentent malheureusement 85 à 95 % des tumeurs malignes de l'estomac, avec un taux de survie de 10 à 12 % à 5 ans et une mortalité opératoire élevée. Pourtant, l'évolution des carcinomes opérés à un stade précoce est beaucoup plus

(6) Friedman M., Rosenman R.H., *Type A behavior and your heart*, Alfred A. Knopf, New-York, 1974.

(7) Levinson H., *Executive stress*, Harper and Row Publishers, New-York-Evanston-San Francisco-London, 1970.

(8) DUNN J.P., COBB S., Frequency of peptic ulcer among executives, craftsmen and foremen, *J. Occup. Med.*, 1962, 4, pp. 343-348.

(9) ALEXANDER F., *Psychosomatic medicine*, W.W. Norton and co., Inc., New-York, 1950.

(10) op. cit.

favorable, puisque le taux de survie à 5 ans peut alors atteindre 90 à 95 %. On comprend dès lors l'intérêt, pour l'amélioration du pronostic, des recherches qui améliorent la détection et la prévention, à savoir les recherches sur les facteurs de risque, en particulier.

Les données relatives à l'épidémiologie du cancer de l'estomac, en particulier des adéno-carcinomes gastriques, sont nombreuses : nous ne nous intéresserons ici qu'à celles qui sont en rapport avec notre propos. C'est ainsi qu'au niveau géographique, on enregistre des variations importantes de la mortalité par cancer gastrique selon les pays (11). Les pays à haut risque (Japon, Chili, Autriche, Finlande) ont des taux de mortalité 4 à 6 fois plus élevés que les pays à faible risque (populations blanches des États-Unis, d'Australie et de Nouvelle Zélande). La France et les pays européens sont de ce point de vue des pays de risque moyen.

Depuis plusieurs années, la fréquence du cancer de l'estomac diminue. Ce fait a d'abord été observé dans les pays où le cancer de l'estomac était déjà au départ relativement moins fréquent qu'ailleurs : États-Unis et, par la suite, pays européens. Il n'a été constaté que plus récemment au Japon (12).

Ces variations géographiques importantes et cette évolution générale de la fréquence du cancer de l'estomac s'expliquent assez difficilement. Les enquêtes sur le régime alimentaire n'ont rien révélé quant au type d'aliment qui pourrait être responsable de la carcinogenèse au niveau gastrique. Il semble qu'on doive mettre en cause davantage le mode de traitement ou de préparation des aliments quels qu'ils soient (salage ou fumage des viandes et des poissons, conservation et stockage des légumes, cuisson) (13). Ainsi, au Japon, la conservation des poissons par le sel et, a fortiori, par les nitrates capables de se réduire en nitrites, illustrerait un mécanisme possible de formation de cancers gastriques : celui-ci résulterait de là nitrosation in vivo dans l'estomac de substrats avec apparition de nitrosamines carcinogènes (14). La généralisation des réfrigérateurs familiaux expliquerait alors la diminution actuelle observée des carcinomes gastriques. Ces facteurs alimentaires n'expliquent cependant pas entièrement l'ampleur des différences régionales, non plus que les décalages dans l'évolution actuelle de la fréquence de ce type de cancer. Le Japon connaît une régression de cette fréquence depuis plus récemment que la moyenne des pays européens, dont le niveau de vie matériel (moins élevé) n'a pourtant pas nécessairement permis que s'y soit plus rapidement répandu l'usage du réfrigérateur.

En méthodologie épidémiologique, l'étude des populations migrantes est déterminante. Or, les migrants conservent en général les risques de cancer de l'estomac de leur pays d'origine en allant vivre dans le pays d'accueil (15). Les caractéristiques du pays d'origine ne s'effacent qu'à la génération suivante, pour laquelle le risque tend à être celui du pays d'accueil. Ceci est conforté par le fait que la diminution actuelle de la

(11) Audigier J.C., Lambert R., *Épidémiologie des cancers du tube digestif*, *Arch. Fr. Mal. App. Dig.*, 1974, 63, pp. 413-432. Haenszel W., Correa P., *Developments in epidemiology of stomach cancer over the past decade*, *Cancer Research*, 1975, 35, pp. 3452-3459.

(12) idem.

(13) idem.

(14) Weisburger J.H., Rainera R., *Dietary factors and the etiology of gastric cancer*, *Cancer Research*, 1975, 35, pp. 3469-3474.

(15) Audigier J.C., Lambert R., loc. cit., Haenszel W., Corneragie P., loc. cit.

fréquence du cancer de l'estomac intéresse d'abord les couches les plus jeunes de la population : chaque tranche d'âge, chaque génération tend en fait à conserver un taux de risque qui lui est propre, quelles que soient les modifications du moment dans l'environnement, et la régression globale des cancers gastriques n'est due qu'à l'apparition de nouvelles couches d'âge non concernées par ces affections (16). Ces données mettent donc l'accent sur le rôle de l'environnement, tout en impliquant que ce rôle 1) interviendrait très tôt dans la vie de l'individu et, par contre, 2) ne ferait sentir ses effets qu'après une période de latence de 30 à 50 ans, et cela même si les conditions alimentaires se sont modifiées entre-temps. Cette période de latence correspondrait à l'évolution de la lésion précancéreuse, la gastrite chronique, sur laquelle nous allons revenir plus loin. On comprend que ce modèle explicatif n'est pas entièrement satisfaisant : tout en n'excluant pas ce facteur alimentaire, il convient d'envisager qu'il puisse être associé à d'autres facteurs de l'environnement, en particulier à des facteurs psycho-sociaux.

On remarquera pour commencer que cette idée, suggérée par l'étude des populations migrantes, d'un facteur intervenant très tôt dans la vie de l'individu et pouvant n'exercer ses effets qu'après une longue période de latence n'est pas quelque chose que psychiatres, psychologues et psychanalystes ressentent comme étranger. La clinique des troubles mentaux et des maladies psychosomatiques révèle l'importance pour l'individu, même âgé, des conditions familiales et sociales qui, dès avant sa naissance, ont dessiné son devenir. Même s'il vient à émigrer, un individu tendra à conserver l'essentiel de ce qui fait son caractère, sa personnalité, etc. et qui a été formé dans son plus jeune âge par la culture de sa famille et de son pays d'origine. Si certaines de ces conditions socio-culturelles de départ ont une incidence sur le futur processus carcinogène, elles conserveront cette influence dans le pays d'accueil, avec des nuances induites par la transplantation et la façon dont celle-ci est vécue. A contrario, les enfants de migrants nés dans le pays d'accueil seront formés à un système de repères symboliques tout à fait différent.

Les études épidémiologiques montrent que le risque de cancer gastrique est plus élevé pour les classes sociales les plus pauvres que pour les classes les plus riches. Il l'est également davantage dans les populations de couleurs des pays anglo-saxons (États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande) que dans la population blanche. Le risque n'est pas différent selon la profession exercée : ce ne sont donc pas les conditions de travail particulières à un groupe de professions qui représentent un risque. Le risque n'est pas non plus différent selon le milieu urbain ou rural : ce n'est donc pas la pollution liée à l'urbanisation qui fait la différence. Ne serait-ce donc pas simplement la perception même par le sujet de son statut socioéconomique inférieur (à quoi s'ajouterait l'aspiration à un statut supérieur) qui réaliserait une situation de stress (mobilisation de l'organisme pour la lutte ou la fuite) et qui induirait ainsi les conditions d'apparition et/ou de maintien de la lésion précancéreuse (gastrite chronique), voire le processus carcinogène lui-même ?

Nous notons, en ce qui concerne la répartition géographique du cancer de l'estomac, que les pays les plus riches ne sont pas ceux qui sont le plus affectés. Au contraire, les populations blanches des pays anglo-saxons (États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande) dont le niveau de vie est très élevé présentent le risque le plus faible. Par contre, le Japon, où le risque de cancer gastrique est élevé, est un pays qui, sans être objectivement pauvre, s'est longtemps perçu comme ayant un retard économique à rattraper par rapport à ce modèle anglo-saxon. Le Japon a connu des mutations importantes et rapides et est passé en moins d'un siècle du moyen-âge à l'ère industrielle, au prix de sacrifices so-

(16) Audigier J.C., Lambert R., loc. cit.

ciaux et culturels qui ont laissé des traces. Plus que les États-Unis peut-être, il s'agit là d'une société pleine de contradictions, où tradition et modernité se côtoient et s'affrontent tous les jours. Les cadences de travail, la violence de certaines manifestations sociales (grèves, révoltes étudiantes, etc.) sont inconnues en Europe et aux États-Unis. On peut dès lors se poser la question de savoir si le cancer de l'estomac n'est pas la maladie des sociétés en voie de mutation, c'est-à-dire de sociétés coincées entre leurs traditions et la nécessité de rattraper leur retard par rapport à un modèle socio-économique dominant. Les pays qui représentent ce modèle, à savoir les États-Unis et, dans une moindre mesure, les autres pays anglo-saxons sont des pays à faible risque. Dans le même ordre d'idée, la France et les pays européens ont aussi été soumis à de telles mutations depuis la dernière Guerre Mondiale, mais dans des proportions évidemment moindres que le Japon ou certains pays en voie de développement qui n'ont pas comme eux un passé industriel ancien.

Dans la majorité des cas, le carcinome gastrique se développe sur un terrain particulier : celui de la gastrite chronique atrophiante, dont la présence chez un sujet multiplie le risque de cancer par 4,5 (17). Le pourcentage de cancers de l'estomac parmi des sujets atteints de gastrite chronique suivis pendant 15 à 20 ans, est de 10 % environ. Certaines situations pathologiques comme les gastrectomies anciennes, le polype adénomateux et l'ulcère gastrique sont également considérées comme précancéreuses, mais généralement du fait de leur association constante à une gastrite.

Or, gastrites et ulcères gastriques sont des affections traditionnellement considérées comme psychosomatiques. Qu'on en fasse ou non, comme Alexander et son école une "névrose d'organe", il faut rappeler que les ulcères sont bien une maladie du changement social et, particulièrement, une maladie des populations déplacées et migrantes (18) et une maladie de cadres et de contremaîtres (19). Toutes ces remarques soulignent bien l'intérêt d'une approche psychosomatique des cancers gastriques, en particulier dans une perspective anthropologique et psychanalytique.

Pour aller plus loin dans l'ouverture de cette voie de recherche, nous nous permettrons ici quelques remarques dont nous rappelons qu'elles n'ont valeur que d'hypothèses. Rappelons pour commencer une donnée épidémiologique souvent rencontrée dans la littérature sur le cancer : assez bizarrement, la fréquence du cancer de l'estomac est basse dans les régions où celle des cancers du colon et du rectum est élevée, et vice-versa. C'est ainsi qu'aux États-Unis, où le risque de cancer gastrique est faible, les cancers du colon et du rectum causent plus de décès qu'aucune autre maladie maligne. Les atteintes du colon et du rectum sont plus fréquentes dans les pays riches.

Cette balance entre cancers de l'estomac et cancers de l'intestin peut s'expliquer en partie par des complémentarités physiologiques. Mais celles-ci n'expliquent pas tout et, en particulier, elles n'expliquent pas pourquoi un même pays, tout en gardant globalement le même taux de mortalité par cancers du tube digestif, peut évoluer dans le temps d'une proportion plus forte de cancers de l'estomac à une proportion plus forte de cancers du colon et du rectum.

(17) Audigier J.C., Lambert R., loc. cit., Lambert R., Chronic gastritis. A critical study of the progressive atrophy of the gastric mucosa, *Digestion*, 1972, 7, pp. 83-126.

(18) Berner P., loc. cit.

(19) Levinson H., op. cit., Dunn J.P., Cobb S., loc. cit.

Un facteur de risque de cancer du colon ou du rectum est la recto-colite ulcéro-hémorragique qui, comme la gastrite et l'ulcère gastrique dans le cas des cancers de l'estomac, est une affection, traditionnellement reconnue comme psychosomatique. On repère assez souvent chez les sujets atteints de recto-colite des traits de caractère obsessionnels, une agressivité marquée (évidente ou inhibée) et des fixations sadiques-anales.

Les cancers du colon et du rectum sont des maladies de pays "nantis", tandis que le cancer de l'estomac semble être la maladie du changement social et des sociétés en mutation, lancées dans une course pour l'atteinte du niveau économique de ces "nantis". Des différences dans les rations alimentaires entre ces pays interviennent sans doute : les pays riches sont grands consommateurs de graisses, de sucres et de protéines. Mais ne peut-on supposer aussi qu'il y a dans cet antagonisme entre cancer de l'estomac et cancer de l'intestin le reflet d'un antagonisme, disons socioculturel, entre un profil "oral", caractérisé par des comportements de fuite à l'égard d'un statut et d'une identité perçus comme négatifs et par la quête "avide" de ce que l'on n'a pas, et un profil "anal", caractérisé au contraire par le comportement "rétentif" de celui qui pense "avoir", mais qui doit s'épuiser à le garder et à démontrer à autrui qu'il l'a effectivement ?

Ces remarques appellent une formalisation plus poussée mais elles s'appuient sur les intuitions que suggère l'observation clinique. Elles inspirent en tout cas nos recherches comparatives actuelles, par exemple entre l'Alsace (mortalité élevée par cancers du colon ou du rectum) et d'autres régions françaises, ou bien encore entre la France (pays économiquement développé) d'une part et, d'autre part, l'Iran (pays en voie de développement) et certaines populations de migrants.

Les cancers gynécologiques et la question de l'identité féminine

Nous entendons par cancers gynécologiques les cancers de l'appareil génital féminin et les cancers du sein, dans la mesure où ces derniers concernent en grande majorité les femmes.

Le cancer du sein est le cancer le plus redouté de la femme. Sa gravité tient moins à son évolution locale, assez bien contrôlée par les thérapeutiques actuelles, qu'à son potentiel évolutif métastatique, qui peut se manifester longtemps après le traitement de la tumeur primitive. Nous ne nous intéresserons, ici aussi, qu'aux données épidémiologiques qui se rapportent à notre propos.

La fréquence du cancer du sein varie considérablement d'un pays à l'autre. En Amérique du Nord et en Europe, ce cancer représente généralement la première cause de mortalité par cancer chez les femmes, parfois la seconde, tout de suite après les atteintes du colon et du rectum. Au contraire, les Japonaises, les Chinoises de Taiwan, les noires du Nigeria et d'Afrique du Sud constituent des populations à faible risque : les Japonaises font en moyenne cinq fois moins de cancers du sein que les Américaines (20). Ces différences sont dues à des facteurs de l'environnement plutôt qu'à des facteurs génétiques qui seraient propres à chacune de ces populations : les Japonaises qui émigrent aux États-Unis tendent à développer des cancers du sein à des taux intermédiaires de

(20) Lilienfield A.M., Levin M.L., Kessler I.I., *Cancer in the United States*, Harvard University Press, 1972. Buell P., Changing incidence breast cancer in Japanese-American women, *J. Nat. Canc. Inst.*, 1973, 51, pp. 1479-1483.

ceux du pays d'origine et de ceux du pays d'accueil ; à la génération suivante, les taux de morbidité et de mortalité tendent à rejoindre ceux du pays d'accueil (21).

On avance l'incidence de facteurs nutritionnels. L'obésité, en particulier chez les femmes ménopausées, a été présentée comme un facteur de risque (22). On observe d'autre part que la fréquence du cancer du sein selon les régions est statistiquement liée à la consommation moyenne par tête de sucres, de graisses et de protéines (23). Notons cependant que le Japon, pays à faible risque, n'en est pas moins lui aussi grand consommateur de ces composants alimentaires, comme tous les pays économiquement développés : d'autres facteurs entrent donc en ligne de compte, parmi lesquels, à notre avis, certains facteurs socioculturels qui distingueraient en particulier le Japon des États-Unis.

Le cancer du sein s'observe surtout entre 30 et 65 ans, avec deux pics de plus grande fréquence autour de 45 ans, puis autour de 60 ans. Certains auteurs voient un troisième pic après 75 ans (24). La modification observée aux alentours de la ménopause dans l'évolution du cancer du sein avec l'âge a fait supposer que les cancers se déclarant avant et après la ménopause différaient biologiquement entre eux. Le risque de cancer du sein est moindre chez les femmes qui ont eu des premières règles tardives et une ménopause précoce, que cette dernière soit naturelle ou artificielle (25) : il est donc inversement proportionnel à la durée totale de l'expérience menstruelle. Il est également lié à l'âge de la femme au moment de sa première grossesse (conduite à terme ou au moins jusqu'à 5 mois) : plus tard elle a son premier enfant, plus le risque est élevé ; les femmes sans enfant ont cependant un risque moindre que les femmes ayant eu leur premier enfant au-delà de 35 ans (26). Le rapport entre fréquence du cancer et durée de la lactation a été envisagé, mais il ne semble pas qu'on ait démontré que l'allaitement prolongé des enfants diminue le risque de cancer du sein pour la mère (27).

Toutes ces données, ajoutées au fait que les femmes développent bien plus fréquemment que les hommes des cancers du sein font supposer l'intervention de facteurs hormonaux. La nature des aberrations hormonales qui pourraient conduire à la formation de tumeurs malignes du sein est mal connue. Un problème des études en la matière est en effet que la présence de la tumeur peut elle-même induire un profil hormonal anormal. Les études sont donc conduites sur des populations non porteuses de tumeurs : populations à risque élevé et populations témoins à faible risque. Les résultats de ces re-

(21) Idem.

(22) Wynder E.L., BROSS I.J., HIRAYAMA T., A study of the epidemiology of cancer of the breast, *Cancer*, 1960, 13, pp. 559-601.

(23) Draser B.S., Irving D., Environmental factors and cancer of the colon and breast, *Brit. J. Canc.*, 1973, 27, pp. 167-172.

(24) Levin M.L., Thomas D.B., The epidemiology of breast cancers, *Breast Cancer (Progress in clinical and biological research 12)*, Alan R. Liss Inc., New-York, 1977, pp. 9-35.

(25) Straszewski J., cité par Levin M.L., Thomas D.B., loc. cit., Trichopoulos D., McMahon B., Cole P., cités par Levin M.L., Thomas D.B., idem., Hirayama T., Wynder E.L., cités par Levin M.L., Thomas D.B., idem.

(26) McMahon B., Cole P., Lin T.M. et al., Age at first birth and breast cancer, *Bull. WHO*, 1970, 43, pp. 209-221.

(27) McMahon B., Lin T.M., Lowe C.R. et al., Lactation and cancer of the breast, A summary of an international study, *Bull. World. Health Org.*, 1959, 42, pp. 1249-1261.

cherches semblent montrer que la sécrétion d'un faible taux d'androgènes et la sécrétion préférentielle des formes inactives de ces androgènes (aetiocholanolone) contre les formes actives (androstérone) seraient à considérer comme un facteur de risque (28). De même, un taux d'oestriol relativement faible est également associé à un risque élevé (29). Androgènes actifs (androstérone) et oestrogènes inactifs (oestriol) inhiberaient l'effet carcinogène supposé des oestrogènes actifs (oestrone).

Les différences individuelles dans ce fonctionnement hormonal tiennent à des causes multiples : ovariennes, hypophysaires, surrénaliennes et mammaires. Elles s'inscrivent donc dans un fonctionnement ou un dysfonctionnement d'ensemble de l'organisme, duquel on ne peut exclure les facteurs psychosomatiques. Même l'obésité, qui est un facteur de risque de cancer du sein, n'est pas due qu'à des causes exogènes (alimentation) : il faut y voir un trouble du métabolisme qui dépend également de facteurs endogènes, notamment psychiques.

Les données épidémiologiques que nous avons présentées suggèrent un profil psychosomatique particulier de la femme porteuse d'une tumeur maligne du sein : premières règles tardives et ménopause précoce, première grossesse tardive ou inexistante, impliquant donc souvent peu ou pas d'enfants, allaitement écourté des enfants selon certains auteurs. Il est évident qu'un tel profil se rencontre plus facilement en Occident que dans des sociétés traditionnelles, même en mutation, ce qui corrobore les données concernant la répartition géographique de la fréquence du cancer du sein. Les sociétés occidentales ont connu pendant ces dernières décennies des mutations extrêmement importantes quant à l'identité et au statut social que la tradition assignait aux femmes. Celles-ci refusent aujourd'hui de n'être que des épouses et des mères, mais nos sociétés n'ont pas encore pu définir les contours possibles d'une nouvelle identité féminine qui leur donnerait une place repérable, par exemple dans le monde du travail. Un certain refus de la sexualité et de la maternité, refus que suggère l'épidémiologie du cancer du sein, n'est-il pas la conséquence de ces problèmes d'identité ?

On peut se poser les mêmes questions à propos du cancer du col de l'utérus, qui est le second des cancers gynécologiques par ordre de fréquence. J. NEUSER (30) rappelle que les données épidémiologiques relatives aux atteintes du col utérin définissent elles aussi un profil particulier, quoique nettement différent du précédent : les femmes porteuses d'une tumeur maligne du col de l'utérus ont fait leur première expérience sexuelle plus tôt que la moyenne des autres femmes ; elles ont plus de partenaires sexuels que la moyenne ; elles sont plus nombreuses que la moyenne à se marier avant l'âge de 20 ans ; elles sont également plus nombreuses à divorcer. Nous supposons avec lui que cette vie sexuelle relativement agitée peut être la marque d'un problème d'identité, notamment d'une difficulté du sujet à assumer sa féminité ou, peut-être, plus radicalement, à la définir.

Il conviendrait de vérifier si, dans des sociétés ou des groupes sociaux dont les cadres culturels sont en cours de mutation, ces cancers et d'autres cancers gynécologiques sont plus ou moins fréquents qu'en Occident et si les catégories sociales qui sont le plus

(28) Bulbrook R. D. et coll., travaux cités par Levin M.L., Thomas D.B., loc. cit.

(29) Nombreux travaux, dont ceux de McMahon B. et coll., cités par Levin M.L. et Thomas D.B., loc. cit.

(30) Neuser J., Sexual identity of cervical cancer patients and its importance in the development of the disease - A theoretical model based upon empirical studies, à paraître in *Psychooncologia* (Revue internationale du groupe EUPSYCA), 1982, I.

atteintes ne sont pas précisément celles qui ont le plus de difficultés à résoudre cette question de l'identité féminine. C'est ce que nous nous proposons de faire dans le cas particulier de l'Iran, par exemple.

Conclusions provisoires

Ces indications, nous le répétons, n'ont pour le moment que valeur d'hypothèses. Elles soulignent cependant l'intérêt d'une approche anthropologique des maladies de civilisation. La démarche qui est la nôtre est d'inspiration psychanalytique, mais elle n'exclut pas d'autres types d'approches, par exemple sous forme d'enquêtes statistiques : bien au contraire, le sujet appelle des études pouvant être confrontées.

L'approche psychosomatique de type anthropologique ne doit pas exclure la prise en compte de facteurs autres : génétiques et exogènes (physiques, chimiques ou vivants). Les différents facteurs qui participent au processus cancérigène, comme à n'importe quel processus pathogène, trouvent entre eux une articulation nécessaire. Dans le cas des cancers gastriques, par exemple, on peut supposer que les facteurs nutritionnels (préparation des aliments, etc.) interviennent sur un terrain prédisposant et que l'apparition d'une tumeur résulte de l'intrication de facteurs à la fois exogènes et endogènes. Ainsi, les nitrosamines se forment en fait par action des nitrites sur les amines secondaires dans les conditions de pH acide de l'estomac. Deux ordres de conditions sont donc nécessaires : l'ingestion de nitrites et une certaine acidité gastrique, ce second facteur renvoyant bien en fait à un dysfonctionnement intra-organique qui peut être d'origine psychique.

Nous avons évoqué ici surtout la question du cancer, mais les problèmes se posent de la même manière pour l'ensemble des maladies organiques et pour les troubles psychiatriques. Nous introduisons ainsi notre projet de poursuivre une recherche transculturelle sur les maladies de civilisation, dont les terrains d'enquête sont pour le moment la France (population française et populations immigrées) et l'Iran. Ces notes ont surtout pour but d'inviter les chercheurs intéressés travaillant dans d'autres domaines disciplinaires ou sur d'autres terrains d'enquête à s'associer à ce travail. Notre objectif premier sera de comparer les effets pathologiques de la mutation de telle ou telle société ou de la transplantation de tel ou tel groupe social. À terme, l'idée serait de proposer un certain nombre de solutions de type sociologique au problème des "maladies du siècle", solutions qui dépasseraient vraisemblablement le cadre d'une simple "politique de santé" pour entrer dans celui d'un possible "projet de société".