

Raymond MASSÉ

Anthropologue, spécialiste en anthropologie de la santé  
Professeur titulaire, département d'anthropologie, Université Laval.

(1999)

# “La santé publique comme nouvelle moralité.”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,  
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi  
Courriel: [jean-marie\\_tremblay@uqac.ca](mailto:jean-marie_tremblay@uqac.ca)  
Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

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

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

## Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

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

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

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

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

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

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

Jean-Marie Tremblay, sociologue  
Fondateur et Président-directeur général,  
**LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.**

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

## Raymond MASSÉ

Anthropologue, spécialiste en anthropologie de la santé, Professeur titulaire, département d'anthropologie, Université Laval.

### **"La santé publique comme nouvelle moralité."**

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Pierre Fortin, **La réforme de la santé au Québec**, pp. 155-174. Montréal : Les Éditions Fides, 1999, 243 pp. Collection : Cahiers de recherche éthique, no 22.

[Autorisation formelle accordée par l'auteur le 14 novembre 2008 de diffuser cette œuvre dans Les Classiques des sciences sociales.]



Courriel : [Raymond.Masse@ant.ulaval.ca](mailto:Raymond.Masse@ant.ulaval.ca)

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 12 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

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

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5" x 11")

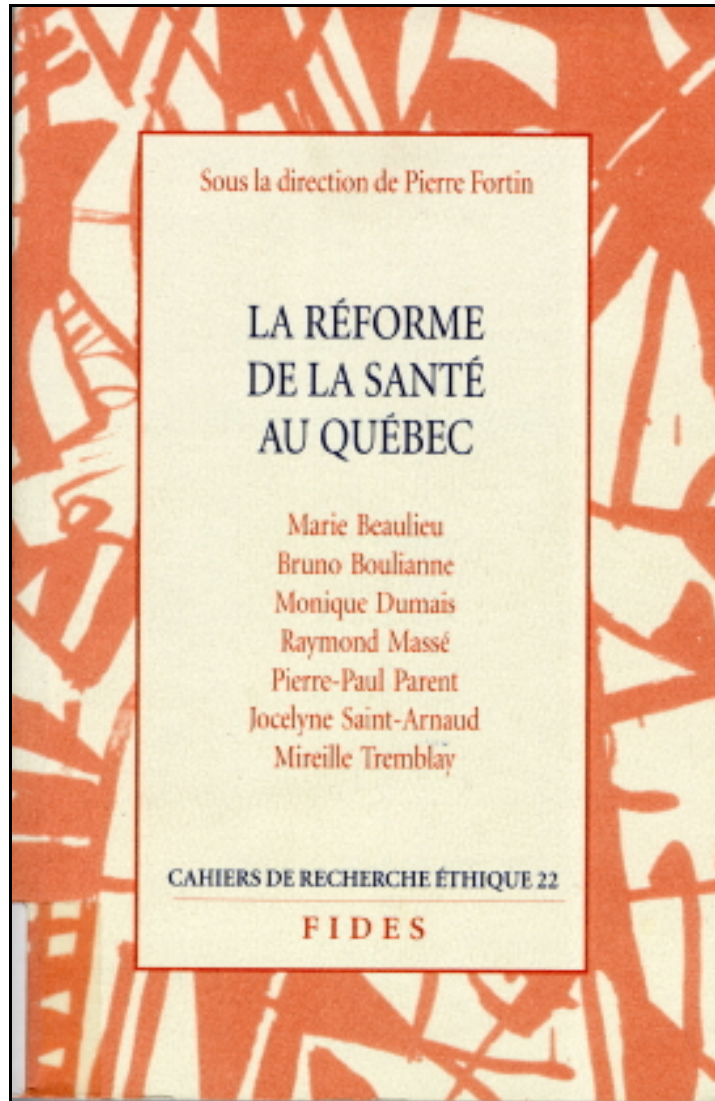
Édition numérique réalisée le 2 mai 2009 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



## Raymond MASSÉ

Anthropologue, spécialiste en anthropologie de la santé  
Professeur titulaire, département d’anthropologie, Université Laval.

“La santé publique comme nouvelle moralité.”



Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Pierre Fortin, **La réforme de la santé au Québec**, pp. 155-174. Montréal : Les Éditions Fides, 1999, 243 pp. Collection : Cahiers de recherche éthique, no 22.

## Table des matières

[Résumé](#)

[Introduction](#)

[La santé publique comme relais de la religion et de la loi](#)

[Santé publique normative, individualisme postmoderne et néolibéralisme](#)

[Culpabilisation de la victime et intériorisation de l'impératif d'autocontrôle](#)

[La normativisation du risque et le rôle normatif de l'épidémiologie](#)

[La construction utilitariste du risque](#)

[Éthique et divers usages sociaux du risque](#)

[La santé publique comme culture](#)

[Éthique et pratique de la santé publique au Québec](#)

[Questions de recherche](#)

[Conclusion](#)

[BIBLIOGRAPHIE](#)

Raymond MASSÉ

**“La santé publique comme nouvelle moralité.”**

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Pierre Fortin, **La réforme de la santé au Québec**, pp. 155-174. Montréal : Les Éditions Fides, 1999, 243 pp. Collection : Cahiers de recherche éthique, no 22.

## RÉSUMÉ

[Retour à la table des matières](#)

L'auteur souligne que l'entreprise normative associée à la santé publique a été perçue comme une alternative moderne à la religion et à la loi, et qu'elle s'inscrit dans un contexte sociopolitique favorable marqué par l'individualisme et une rationalité néolibérale. Il poursuit son étude en montrant que cette conception de la santé publique repose sur une redéfinition normative de la notion de risque et qu'elle n'appelle rien de moins qu'une acculturation du citoyen à une nouvelle culture sanitaire fondée sur le primat de la valeur santé et d'une rationalité utilitariste. L'auteur termine son exposé en suggérant certaines pistes de réflexion quant à la position des professionnels impliqués face à cet enjeu éthique fondamental que peut constituer la pression causée par le respect des normes prescriptives et proscriptives.

## INTRODUCTION

La santé publique a toujours été concernée par la protection du public contre les « dangers » plus ou moins immédiats représentés par les épidémies, l'insalubrité manifeste des milieux de vie ou les conditions de travail malsaines. Dans la seconde moitié du XXe siècle, une nouvelle santé publique élargira ce mandat initial pour devenir une entreprise de prévention contre un éventail de « risques » potentiels et de promotion de comportements ou de conditions environnementales permettant l'amélioration de l'état de santé. Or, plusieurs voient dans l'appareillage

professionnel, institutionnel et légal de la santé publique, masqué par un discours à prétention scientifique et rationaliste, une entreprise normative qui, aux côtés de la religion et de la loi, définit le bien et le mal, le souhaitable et l'inavouable, les voies du salut individuel et le sanctionnable. Dans le cadre d'une analyse des enjeux éthiques liés aux pratiques de la santé publique québécoise contemporaine, nous croyons qu'il faut, d'entrée de jeu, réfléchir, à un niveau macro-sociologique, sur le caractère normatif de cette entreprise de protection et de promotion de la santé. Sans nier les importantes contributions de la santé publique au bien-être physique et mental des populations, une analyse critique de cette vaste entreprise sanitaire montre que ces succès reposent sur un ensemble de proscriptions (interdits divers parfois sanctionnés par des réglementations) et de prescriptions (de comportements sains, d'habitudes de vie, voire d'une philosophie de vie saine) dont le succès repose sur le développement d'une « culture sanitaire ». Confrontée à un certain plafonnement des retombées de ses mesures de promotion et de prévention, la santé publique peut être tentée de pousser au-delà d'un seuil de tolérance « acceptable » son entreprise de contrôle socio-sanitaire. Certains (Petersen et Lupton, 1997) voient déjà la santé publique comme une forme de « religion séculière » dans le cadre de laquelle de nouveaux prêtres (les professionnels de la santé publique) définissent les voies impénétrables (pour le citoyen non initié à l'épidémiologie du risque) du salut sanitaire à travers l'identification de péchés séculiers (exposition volontaire aux facteurs de risque, refus de modifier des comportements à risque). Ces professionnels seraient, plus ou moins consciemment, plus proches des « missionnaires » prosélytes que des scientifiques neutres et désintéressés qu'ils croient être (Metcalf, 1993, p. 41).

Il s'agit, bien sûr, de positions radicales qui s'inscrivent dans le Cadre, pour certains, d'une guerre ouverte contre un empire biomédical et technocratique envahissant, pour d'autres, d'une lutte contre toute menace aux droits et libertés. Toutefois, en dépit de leurs excès, ces positions ont le mérite de recentrer la réflexion sur ce qui nous apparaît être le noyau dur des enjeux éthiques générés par la santé publique, soit la promotion, via des moyens coercitifs ou des pressions à caractère proprement moral, d'une conformité à des comportements et des manières de vivre promus au rang de conditions obligées du salut sanitaire. Cet impératif de « bienfaisance » (on agit toujours pour le bien d'autrui, par bonté) expose, en fait, la santé publique à des dérapages paternalistes caractérisés par l'interfé-

rence entre des pratiques préventives promues au nom de l'intérêt supérieur de la santé et le droit de décider ce qui est pertinent pour soi (Svensson et Sandlund, 1990, p. 275).

À la lumière des écrits qui traitent des fonctions de contrôle social et culturel de la santé publique, nous verrons, dans le présent article, que cette entreprise normative fut perçue comme une alternative moderne à la religion et à la loi, qu'elle s'inscrit dans un contexte sociopolitique favorable marqué par l'individualisme et une rationalité néolibérale, qu'elle repose sur une redéfinition normative de la notion de risque et qu'elle n'appelle rien de moins qu'une acculturation du citoyen à une nouvelle culture sanitaire fondée sur le primat de la valeur santé et d'une rationalité utilitariste. Nous référant à une enquête en cours (Massé et Saint-Arnaud, 1997) visant à identifier les enjeux éthiques découlant de la pratique actuelle de la santé publique au Québec, nous suggérerons certaines pistes de réflexion quant à la position des professionnels impliqués face à cet enjeu éthique de fond que peut constituer la pression en faveur du respect des normes prescriptives et proscriptives.

## La santé publique comme relais de la religion et de la loi

[Retour à la table des matières](#)

Zola soutenait déjà en 1977 que « la médecine était en train de devenir l'une des plus importantes institutions normatives, incorporant les institutions plus traditionnelles de la religion et de la loi » (Zola, 1977, p. 31). Nouveau dépositaire du Vrai, la médecine poserait des jugements qui ne font plus appel à la vertu où à la légitimité, mais plutôt au nouvel idéal de la santé. Après le clergé et les juristes, les professionnels de la santé (publique) s'imposeraient comme les nouveaux « codificateurs du bien et du mal », les nouveaux censeurs d'un champ médical qui englobe des sphères sans cesse plus larges de l'existence humaine. Suivant la même logique normative pratiquée par la religion et la justice, la médicalisation de la prévention passe par l'intégration de comportements traditionnellement liés à la sphère du privé (sexualité, alimentation, reproduction, loisirs sportifs, etc.) au monde de la santé publique. Dès lors qu'un comportement est jugé à risque, il



devient partie de la vie publique en tant que menace à la stabilité sociale via l'impossibilité du malade à remplir ses rôles sociaux (conjugaux, domestiques, professionnels) et par la pression économique qu'impliquent les soins de santé requis pour le soigner. La santé publique transforme la maladie en problèmes économiques et politiques dont la résolution passe par des mesures de contrôle et d'intervention collective. Aucun domaine de la vie privée n'est tabou. Au nom d'une soi-disant « objectivité morale », la santé publique se sent justifiée d'intervenir sur des problèmes tels les grossesses à l'adolescence, la compétence parentale, la détresse psychologique, la toxicomanie ou les rapports sexuels (mais contrairement à la religion, sur les seuls rapports non protégés). Se constituant en nouveau dépositaire du Vrai, elle dispense, à travers le discours d'experts, des jugements, parfois absolus, qui ne font plus appel à la vertu ou à la légitimité, mais plutôt au nouvel idéal de santé.

Toujours selon cette approche critique, le discours de ces nouveaux censeurs prendrait appui sur les percées technologiques, cliniques et épidémiologiques, mais, aussi, sur une nouvelle « insécurité » face à la maladie, source de mortalités « prématurées » (Lupton, 1994). À l'ère des espérances de vie prolongées, les nouvelles « maladies de civilisation » (cancer, troubles cardiaques, sida) ne sont plus des phénomènes naturels ou des punitions divines mais plutôt des conséquences insécurisantes, mais évitables, d'une vie impure. Bref, selon Zola, « le recours constant à l'idée de la maladie comme moyen d'aborder les problèmes sociaux ne représente en rien l'abandon d'un cadre moraliste au profit d'une vision objective, mais simplement une stratégie de rechange » (Zola, 1977, p. 48). Si nous acceptons la définition que donne Rocher de la normativité sociale comme « l'ensemble des normes, règles, principes, valeurs qui servent de guides, de balises ou de contraintes aux membres d'une société, dans leurs conduites personnelles et collectives » (cité dans Bourgeault, 1997, p. 87), nous croyons que la santé publique, répondant parfaitement de cette définition, s'inscrit comme entreprise normative reposant sur une éthique normative.

## Santé publique normative, individualisme postmoderne et néolibéralisme

[Retour à la table des matières](#)

Le développement de cette « nouvelle santé publique » (Petersen et Lupton, 1996) en une telle entreprise normative fut facilité du fait qu'il a bénéficié d'un terrain rendu doublement fertile par l'individualisme postmoderne et la rationalité politique néolibérale. Dans le premier cas, la valorisation de la santé et du bien-être individuel et le repli narcissique ont fait des Occidentaux des êtres réceptifs aux messages visant le salut sanitaire (Lasch, 1979). Ce terrain voit donc se développer une « culture éthique » caractérisée par un transfert des obligations supérieures envers Dieu vers la sphère humaine profane, obligations « métamorphosées en devoirs inconditionnels envers soi-même, envers les autres, envers la collectivité » (Lipovetsky, 1992, p. 14). Il en résulte, dans des sociétés que Lipovetsky qualifie de « postmoralistes », non pas l'abandon de toute éthique, mais l'émergence d'une éthique indolore qui répugne au devoir austère, couronne les droits individuels à l'autonomie, au désir, au bonheur, légitime le passage du bien au bien-être, et n'ordonne aucun sacrifice majeur qui ne rapporte directement à soi (Lipovetsky, 1992, p. 15). Dans un certain sens, la santé publique compose avec cet individualisme, y trouvant un terrain fertile et réceptif à ses messages d'auto-contrôle, à ses prescriptions et proscriptions visant le bien-être de chacun.

Une telle entreprise normative trouve un second terrain fertile dans la rationalité politique des sociétés néolibérales (Gordon, 1991), rationalité qui repose sur des principes tels que l'individualisme qui voit dans « l'individu [...] un agent atomisé et rationnel dont l'existence et les intérêts sont antérieurs à ceux de la société ; un scepticisme face aux capacités des autorités politiques à gouverner convenablement ; la planification et la vigilance comme régulateurs de l'activité économique » (Petersen et Lupton, 1996, p. 10). Ces sociétés modernes libérales se caractérisent, encore, par une surresponsabilisation de soi, alimentée par les médias de masse qui jouent le rôle de « multinationales du sentiment » et de « puissants instruments de mise en conformité » (Lecourt, 1996). L'individu subirait alors une pression à la conformité qui résulte en une « micro-éthique de la

honte » qui deviendrait une variante intériorisée d'une macro-éthique de la peur à laquelle recourent les dictatures. Dans les sociétés libérales, le contrôle social passe donc, selon Lecourt, par une honte intériorisée de ne pas être sain, énergique et Productif, mais surtout une honte de ne pas avoir fait tout en son pouvoir pour maintenir sa santé (Lecourt, 1996, p. 115). En fait, le droit à la santé, valeur fondamentale qui guide la santé publique, est associé à un devoir (individuel et non collectif) de la maximiser (Last, 1992, p. 1194).

Dans ce même contexte, et parfaitement en harmonie avec le credo libéral des droits des minorités et de la lutte pour la justice sociale, la santé publique n'hésitera pas à se battre pour une distribution équitable des ressources, pour l'accès universel aux services de prévention et de promotion de la santé. Last affirme, en ce sens, que « les travailleurs de la santé publique, ainsi, deviennent fréquemment les défenseurs d'un système de santé qui offre les services requis, sans barrières économiques ou autres... C'est un impératif éthique pour [ces travailleurs] d'être aussi agressifs que le requièrent les circonstances pour permettre à la santé publique d'obtenir sa juste part des ressources et d'offrir ses services » (Last, 1992, p. 1153, ma traduction). La santé publique n'hésitera pas, non plus, à s'associer avec certains mouvements sociaux de gauche tels les mouvements gais (dans la lutte au sida), les groupes environnementalistes, les groupes de défense des minorités, les groupes communautaires en milieux défavorisés, utilisant ces groupes tant comme alliés idéologiques que comme leviers d'intervention dans la communauté, voire comme relais idéologiques entre elle et la population. Ici encore, elle participe de l'idéologie néolibérale fondée sur le progressisme, la démocratie et l'humanisme, se donnant ainsi des airs de mouvement pour le changement, d'entreprise sinon révolutionnaire, du moins contestataire et progressiste. Cette position fut particulièrement manifeste, au Québec, dans les années 1970 et 1980, au bel âge de la santé communautaire. Tournant le dos à la santé publique traditionnelle, fondée sur l'intervention ponctuelle, le dépistage et la vaccination, la nouvelle santé communautaire revendiquera la pertinence d'intervenir pour lutter contre les maladies mentales et sociales (isolement, pauvreté, détresse, etc.) à travers des stratégies fondées sur la mobilisation de groupes communautaires et d'entraide, et la lutte sociopolitique. C'est aussi l'époque de l'embauche de professionnels des sciences sociales dans les départements de santé communautaire (actuelles directions de santé publique) et de travailleurs sociaux et de travailleurs de rue dans les

centres locaux de services communautaires. Le récent retour vers une santé publique plus près de ses mandats légaux est loin d'avoir mis un terme au travail de collaboration avec les forces vives de la communauté.

Nous pouvons difficilement suivre Petersen et Lupton qui voient dans ces nouveaux discours, axés sur l'équité, la participation communautaire et l'entraide, mais empruntés aux mouvements sociaux contestataires, une entreprise qui « masque les changeantes relations de pouvoir qui entraînent, en particulier, une redéfinition des droits et des responsabilités associés à la citoyenneté » (Petersen et Lupton, 1996, p. 11). Il est toutefois clair que la nouvelle santé publique, loin d'être neutre au plan des valeurs sur lesquelles elle s'appuie, s'inspire des valeurs de rationalité et d'efficacité qui fondent l'intervention planifiée et justifient une technocratie du savoir (Gordon, 1991), tout en flirtant avec les mouvements idéologiques et sociaux qui les critiquent.

## Culpabilisation de la victime et intériorisation de l'impératif d'autocontrôle

[Retour à la table des matières](#)

Cette entreprise de normalisation des comportements liés à la santé ne procède que rarement par coercition (lois anti-tabac, réglementation sur le port de la ceinture de sécurité, etc.). Elle procède plus subtilement en amenant le citoyen postmoderne individualisé et rationalisé à intérioriser les normes. Cette culpabilisation de la victime correspond aux nouvelles stratégies de contrôle social que Peterson et Lupton (1996) présentent, dans une perspective foucaultienne, comme axées sur l'autocontrôle. Ainsi, la nouvelle santé publique cherche à transformer la conscience des individus de telle façon qu'ils aient un meilleur contrôle sur eux-mêmes. Elle leur propose des normes auxquelles ils se conformeront volontairement. La santé publique transfère alors les prescriptions de contrôle des comportements et habitudes de vie à l'individu qui s'autodiscipline et, parfois, est invité à devenir un relais de l'autorité en tentant de discipliner son entourage. Dans un tel contexte, la promotion de la santé peut être vue comme une entreprise pédagogique utilisée pour légitimer les pratiques de contrôle des habitudes de vie. Cette intégration de l'idéologie dominante par la population résulte en une forme d'ac-

culturation du citoyen à l'idéologie de la santé publique. Elle occulterait les rapports de pouvoir qui, selon Lupton (1994), marquent les relations entre la médecine préventive et les citoyens. Le lieu du pouvoir ne sera donc plus le système de santé publique, géré par un État tout-puissant, mais des « processus micropolitiques par lesquels les individus sont encouragés à se conformer aux règles morales de la société » (Petersen et Lupton, 1996, p. 14). Au cœur de ces processus, se trouve l'acceptation, par la population, du principe voulant que la maladie est fille de l'irrationalité des comportements humains, de l'illogisme et de l'absence de planification face au risque. La nouvelle santé publique, répertoire de vérités validées par l'épidémiologie, offre alors un appareil de contrôle envahissant, qui définit des profils de risque et, de là, des catégories de citoyens ciblés par les interventions. Ce savoir expert contribuera, ainsi, à faire du social un terrain gouvernable, en façonnant les pensées et les comportements de telle sorte qu'ils puissent contribuer à l'atteinte des objectifs de santé.

## La normativisation du risque et le rôle normatif de l'épidémiologie

[Retour à la table des matières](#)

Le calcul du risque, de même que l'épidémiologie qui en est la science de base, deviendront ainsi des éléments clés dans l'entreprise de légitimation des interventions de prévention. Les statistiques permettent, dans un premier temps, de définir les normes et les déviations non acceptables à ces normes, et, de là, d'identifier les groupes-cibles des interventions visant à éradiquer la déviance. Sous-jacent à la notion de « facteurs de risque » se trouve un fonctionnalisme écologiste qui oeuvre à l'identification et à la promotion de comportements représentant les meilleures stratégies adaptatives à l'environnement potentiellement pathogène. L'épidémiologie devient ainsi une entreprise de normalisation des groupes disciplinés. Elle s'impose comme « l'une des stratégies centrales qu'utilise la nouvelle santé publique pour construire la notion de "santé" et, à travers cette construction, pour invoquer et reproduire les jugements moraux sur la valeur des individus et des groupes sociaux » (Petersen et Lupton, 1996, p. 60). La construction sociopo-

litique du risque implique inévitablement un jugement moral. Même si, dans les discours dominants, les concepts déculturalisés de risque, de pratiques préventives et facteurs de risque remplacent ceux de danger, de tabous et de forces surnaturelles, tant dans les sociétés occidentales que traditionnelles, l'analyse de la rationalité des choix devrait être recentrée sur l'étude des différences culturelles dans la distribution du blâme et l'attribution des responsabilités (Douglas, 1992b) face aux comportements à risque. Nous croyons que l'un des lieux importants des enjeux éthiques en santé publique est justement cette construction culturelle du blâme et des jugements moraux posés sur les groupes « à risque ». Il faut souligner, toutefois, que les épidémiologistes sont parfaitement conscients de leurs responsabilités éthiques, non seulement en termes de stigmatisation de groupes-cibles, mais en termes de dénonciation des inégalités face à la maladie ou l'accès aux soins et de protection de segments de la population contre divers facteurs de risque (Coughlin et Beauchamp, 1996).

## La construction utilitariste du risque

### [Retour à la table des matières](#)

La justification éthique de la lutte aux « comportements à risque », mandat majeur de la nouvelle santé publique, repose sur le postulat d'une logique utilitariste et économiste de type coût-bénéfice qui fait de l'individu moderne un être dédié à la maximisation du rendement de ses agirs. Ce postulat de rationalité se trouve, d'ailleurs, au cœur des divers modèles d'éducation à la santé, fondés sur des postulats d'équilibre entre bénéfices à retirer et barrières aux pratiques préventives, de comportements planifiés, etc. (voir Massé, 1995, p. 133-142 pour une critique). Il guide les interventions de santé publique qui supposent un citoyen qui

a) a une compréhension claire de la maladie à prévenir, de l'efficacité de l'approche préventive (ex. : la vaccination) et des options alternatives (ex. : les médecines douces) ; b) a une orientation temporelle axée sur le futur et un désir de conserver le contrôle sur ce futur ; c) perçoit qu'il a une réelle liberté de choix ; et d) est d'accord pour discuter de façon ouverte des conséquences de ses choix

(Kœning, 1993). Or ce citoyen idéal visé par les programmes de santé publique existe peu dans la réalité ; il est, plutôt, le fruit d'un processus de construction socioculturelle de la part des professionnels de la santé publique. Si le comportement adopté n'est pas celui qui présente le plus faible niveau de risque pour la santé, ce n'est peut-être pas simplement à cause d'un manque d'information ou d'une incompétence à en faire l'analyse ; il peut s'agir d'un choix délibéré, intentionnel de prise de risque. Toute réflexion éthique sur la prévention devra, donc, remettre en question les théories économistes des choix rationnels qui supposent des individus naturellement rebutés par des risques qui menacent leurs intérêts personnels (Douglas, 1992a).

## Éthique et divers usages sociaux du risque

### [Retour à la table des matières](#)

Cette éthique devra aussi considérer les différents usages sociaux du risque dont celui de compenser, en mettant du sel dans la quotidienneté, l'incapacité de l'ordre symbolique à donner un sens à la vie sociale et personnelle des Occidentaux contemporains (Le Breton, 1995). La prise de risque peut, parfois, s'inscrire dans une logique symbolique qui n'a rien à voir avec une logique cause-effet, d'efficacité. Frankenberg (1993), par exemple, a montré que certains des individus qui s'injectent des drogues par intraveineuse ou qui pratiquent les relations sexuelles anales non protégées ont recours à ces pratiques à risque de type initiatique pour « symboliser leur identité » et pour affirmer leur solidarité avec la communauté gaie. En fait, la réflexion sur les « choix à risque » devra déborder d'une vision épidémio-statistique pour considérer le risque comme un construit issu de la confrontation de constructions, populaire et professionnelle, divergentes du risque (Kaufert et O'Neil, 1993) qui répondent de logiques (politiques) divergentes (Frankenberg, 1993). En bout de ligne, la notion de risque devra être relue à la lumière de multiples logiques divergentes ou alternatives qui guident les comportements à risque (Massé, 1996). L'anthropologie ici, en particulier, peut contribuer au débat sur l'éthique en balisant les limites d'une analyse strictement rationnelle des comportements reliés à la santé, en démontrant que les choix « rationnels »

sont généralement influencés par des contraintes culturelles qui déterminent la valeur relative des diverses finalités des comportements, la santé n'étant que l'une d'elles. Elle est donc intéressée par les « mauvaises raisons » ou ce que l'on pourrait appeler les processus d'irrationalisation qui font des comportements à risque autres choses que des erreurs, faites par des individus dédiés à la maximisation de leur bien-être, dans l'évaluation des conséquences de leurs gestes (Jensen, 1997). La désobéissance face aux prescriptions de comportements préventifs peut, dans certaines circonstances, être vue comme le signe d'une saine attitude critique dont sont dépourvus certains citoyens qui y obéissent aveuglément. Les comportements à risque ne sont donc pas si simplement des « fils de l'illogisme ». De là, faire de la santé publique une croisade contre l'irrationalité des comportements à risque, et des politiques de prévention des odes à la planification raisonnée des comportements, peut entraîner des conséquences lourdes au plan éthique à travers le non-respect de logiques divergentes. Une approche relativiste en éthique devrait permettre de jeter les bases d'une éthique plus soucieuse du respect de logiques et de rationalités divergentes.

## La santé publique comme culture

[Retour à la table des matières](#)

La santé publique peut être considérée comme culture, « c'est-à-dire un ensemble de normes, de valeurs et de savoirs qui concernent la gestion du corps » (Fassin, 1995, p. 270). Dans cette culture sanitaire, la santé elle-même devient une matière morale du fait que les individus considèrent leur état de santé comme relevant de leur responsabilité propre et qu'ils portent des jugements de valeurs, tant sur le bon ou le mauvais état de santé des personnes de l'entourage que sur les comportements de négligence ou de prévention qu'ils pratiquent. Sans nier que la santé publique véhicule une culture sanitaire avec son bagage de croyances, de valeurs et de pratiques, ni même qu'elle fait la promotion d'une idéologie de primat du bien-être (le « healthism » que Metcalfe [1993] croit responsable d'une intolérance envers les citoyens qui ne respectent pas les normes de santé), nous proposons de l'aborder, sur une base plus dynamique, comme une entreprise d'acculturation des masses à cette nouvelle culture sanitaire, via, entre autres, l'idéo-



logie « sanitariste ». Comme dans le cas de plusieurs processus d'acculturation, la culture sanitariste dominante impose moins de nouvelles valeurs étrangères à la population acculturée, qu'elle n'exploite des tendances préexistantes (à l'individualisme, au narcissisme, au bien-être personnel, etc.) au profit de ses propres finalités.

Mais la santé publique est culture aussi, dans un sens plus profond, en tant que forme symbolique de l'ordre social. En ce sens, les fondements éthiques des interventions préventives pourraient être relus à travers l'effort fait par les diverses sociétés pour penser et imposer un ordre aux comportements liés au pur et à l'impur (Douglas, 1966). Les représentations et les pratiques de prévention serviraient alors à mettre de l'ordre dans l'apparent désordre des risques, des souffrances, des infortunes (Fassin, 1996). Les rites de prévention proposés aux citoyens, tant des sociétés modernes que traditionnelles, remplissent des fonctions sociales de renforcement de la solidarité (la santé pour tous, avec le concours de tous), de l'identité (nous, les non-fumeurs), et du contrôle des déviances, pour n'en nommer que quelques-unes. Les fondements de cette éthique seraient alors liés aux impératifs de gestion de l'ordre social. Dans une telle perspective, il est possible de comprendre les institutions et les professionnels de la santé publique comme des « métaphores de l'ordre social et politique » (Hours et Sélim, 1997, p. 106) dans les sociétés tant libérales que socialistes.

## Éthique et pratique de la santé publique au Québec

[Retour à la table des matières](#)

Même si elle profite d'un contexte sociopolitique libéraliste favorisant la pénétration de ses messages, la santé publique est consciente des réactions de braquage que pourrait entraîner le dépassement du seuil de tolérance des populations face à la réglementation des agirs privés. Les résultats préliminaires d'une enquête en cours (Massé, Saint-Arnaud, 1997) auprès des professionnels de la santé publique confirment la prédominance du principe de bienfaisance dans leur pratique quotidienne. Travailler à l'élaboration de programmes de prévention et de promotion de la santé est perçu comme valable et justifiable en soi. Si l'on se fie à ses prises de

positions officielles, la santé publique répond toujours de visées utilitaristes, d'une « éthique téléologique » axée sur les retombées, positives ou négatives, des actions entreprises, plus que sur une éthique déontologique axée sur ce qui est bon ou mauvais en soi (Svensson et Sandlund, 1990). Le principe de bienfaisance étant au cœur du discours justificatif de la santé publique (Last, 1992), on a toujours tendance à considérer que n'importe quel moyen peut être utilisé dès que l'on est assuré que les bénéfices dépassent les coûts (économiques, psychologiques et sociaux).

Certains professionnels, toutefois, souhaiteraient nuancer cette position. Plusieurs discours discordants s'élèvent et certains en viennent à s'interroger sur les limites de l'interventionnisme et du rôle de normalisation des comportements joué par la santé publique. Les interventions en faveur d'une réglementation sur le port obligatoire du casque à vélo ou sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics ont, récemment, suscité des débats animés parmi les professionnels. Certains y ont vu des abus et des atteintes aux libertés. De même, plusieurs des professionnels rencontrés dans notre enquête reconnaissent que le travail d'intervention dans plusieurs dossiers, en particulier les interventions de promotion de la santé fondées sur l'« advocacy », fait du professionnel un militant, un lobbyiste (contre les compagnies de tabac, les chaînes d'alimentation rapide, les groupes religieux opposés au condom et à l'éducation sexuelle, etc.), et non un intervenant « neutre ».

Toutefois, les débats sur les implications profondes de l'entreprise normative, de contrôle et d'acculturation à cette nouvelle « culture de la santé » qu'est la santé publique, ne sont encore que balbutiants au sein de l'institution. Le sentiment de travailler pour le bien-être de la population étouffe, dans le quotidien, la prise de conscience des risques et limites d'une telle entreprise normative. On assiste toutefois au cours des dernières années à un changement des mentalités et la santé publique se donne de plus en plus de forums pour discuter des enjeux éthiques de ses interventions. Les entrevues réalisées confirment une grande sensibilité des professionnels à ces questions qui sont restées pratiquement ignorées jusqu'à la fin des années 1980. Ces derniers sont de plus en plus conscients du fait que « la dialectique de la santé publique est celle de la liberté des individus d'agir comme ils le souhaitent confrontée aux droits de la société de contrôler les corps individuels au nom de la santé » (Lupton, 1994, p. 31).

## Questions de recherche

[Retour à la table des matières](#)

Entreprise normative, la santé publique appelle-t-elle une éthique normative, soit une éthique fondée sur des principes découlant de valeurs absolues et servant de balises incontournables pour guider la pratique préventive ? Quelles sont les limites d'une application des normes éthiques élaborées par la majorité culturelle à des communautés ethnoculturelles qui ne reconnaîtront pas les valeurs qui fondent ces normes ? Y a-t-il incommensurabilité des bases éthiques propres à chaque culture, voire des bases éthiques auxquelles se rallient les professionnels de la santé publique et les divers groupes sociaux dont ils protègent la santé ? Et, à l'inverse, la santé publique dominante trouve-t-elle dans le processus de globalisation et de nivellement culturel un allié qui légitime un certain impérialisme inhérent à son entreprise normative ? Doit-on imposer une éthique propre à chacun des groupes ethniques et à chacune des sous-cultures (véhiculée par divers sous-groupes sociaux) ? Est-ce faisable ? Est-ce souhaitable ? Est-il éthique d'avoir des règles éthiques qui s'appliquent à des groupes et pas à d'autres ? Ne serions-nous pas confrontés à une forme alternative de discrimination (même si elle est souhaitée par ces groupes) ? Telles sont quelques-unes des questions auxquelles devront tenter de répondre les analystes de la santé publique.

Ces questions prennent un sens plus manifeste lorsqu'elles sont appliquées aux programmes internationaux de santé publique. Les valeurs d'autonomie, d'indépendance, de dichotomie corps-esprit et de primauté de l'individuel sur le collectif, d'ailleurs implicitement promues à travers le processus de « globalisation » de l'économie mondiale et le processus corollaire d'« occidentalisation », apparaissent, alors, implicitement au cœur des interventions. L'impact de la santé publique comme entreprise d'acculturation devient alors plus manifeste, de même, de ce fait, que les enjeux éthiques soulevés. En ce sens, il fut suggéré (Kleinman, 1997) que le mouvement international pour les « droits de l'homme », bien qu'ayant eu des retombées positives, consacre implicitement des valeurs purement occidentales et renforce le processus de globalisation. Une fois resitué dans le contexte d'un

Québec pluriethnique, un tel regard met en relief les valeurs véhiculées plus ou moins consciemment par la santé publique québécoise.

## CONCLUSION

[Retour à la table des matières](#)

Le travail d'élaboration de principes aptes à guider les décisions de santé publique devra prendre en considération les dangers d'un dérapage normatif qui ne conduirait, alors, qu'à cautionner des abus potentiels découlant de la volonté d'assurer notre santé « à tout prix ». Ces balises éthiques devront se démarquer du mirage d'une certaine formulation philosophique idéaliste faisant des dilemmes éthiques des choix rationnels entre des principes abstraits. L'élaboration de ces balises devra éviter deux écueils. Le premier, face auquel nous mettons en garde les approches constructivistes, consiste à ne pas prendre en considération le contexte social, économique et culturel dans lequel une décision doit être prise. Ce n'est que dans ces espaces socioculturels localisés que les implications d'une décision prennent leur véritable sens pour les groupes concernés. Toutefois, un relativisme exacerbé nous conduirait à des écueils tout aussi graves, d'où l'importance d'un dosage continuellement à réinventer. Le second écueil est celui de la réification du concept de culture et donc de ce contexte culturel. Il faut ici critiquer, avec Kleinman, un certain relativisme culturel naïf chez des éthiciens qui adoptent une vision dépassée de la culture comme ensemble de valeurs objectives, de croyances propositionnelles, partagées par un groupe. Les approches interprétativistes ont, au cours du dernier quart de siècle, montré que « la culture ne peut être définie comme un ensemble de significations canoniques partagées et distribuées également dans une communauté, mais plutôt comme des significations vivantes contestées à cause de différences de genre, d'âge et d'opinions politiques ; significations qui sont actualisées différemment dans chaque transaction sociale, de sorte qu'elles exercent un effet partiel, incertain sur les pratiques sociales » (Kleinman, 1995, p. 58). Bref, la culture n'est pas un donné objectif sur lequel on peut fonder invariablement et normativement des balises éthiques, mais un construit, voire un processus contextualisé de construction de sens puisant à

des logiques plurielles et divergentes (Massé, 1997). L'enjeu devient, alors, de proposer des balises éthiques aptes à favoriser une analyse culturelle des conflits moraux imbriqués dans des mondes socioculturels locaux plutôt que des règles canoniques. L'un des objectifs du projet de recherche en cours auquel nous avons déjà référé sera alors d'identifier les bénéfiques, mais aussi les limites, d'une telle construction de balises respectueuses des contextes socioculturel, économique et politique dans le cadre de la pratique actuelle de la santé publique québécoise.

## BIBLIOGRAPHIE

[Retour à la table des matières](#)

BOURGEAULT, Guy, « Vingt années de recherches en éthique et de débats au Québec, 1976-1996 », dans *Cahiers de recherche éthique*, 20, 1997.

COUGHLIN, S.S. et T.L. BEAUCHAMP (dir.), *Ethics and Epidemiology*, New York, Oxford University Press, 1996.

DOUGLAS, M., *Purity and Danger*, New York, Praeger, 1966.

DOUGLAS M., « The Self as Risk-Taker : A Cultural Theory of Contagion in Relation to AIDS », dans Mary DOUGLAS, *Risk and Blame : Essays in Cultural Theory*, Londres, Routledge, 1992a.

DOUGLAS, M., *Risk and Blame. Essays in Cultural Theory*, Londres/New York, Routledge, 1992b.

FASSIN, Didier, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, Collection « Sociologie d'aujourd'hui », 1996, 324 p.

FRANKENBERG, R., « Risk : Anthropological and Epidemiological Narratives of Prevention », dans S. LINDENBAUM et M. LOCK (dir.), *Knowledge, Power and Practice : The Anthropology of Medicine in Everyday Life*, Los Angeles, University of California Press, 1993, p. 210-244.

GORDON, C., « Governmental Rationality : An Introduction », dans G. BURCHELL, C. GORDON et P. MILLER (dir.), *The Foucault Effect : Studies in Governmentality*, Harvester Wheatsheaf, Hemel Hempstead, 1991.

OUURS, B. et M. SELIM, *Essai d'anthropologie politique sur le Laos contemporain*, Paris/Montréal, L'Harmattan, 1997.

JENSEN, U., *Rationality and Disobedience*. Paper presented at the 96th Annual Meeting of the American Anthropological Association. Washington, 19-23 nov. 1997.

KAUFERT, P.A. et J. O'NEIL, « Analysis of a Dialogue on Risks in Child-birth : Clinicians, Epidemiologists, and Inuit Women », dans S. LINDENBAUM et M. LOCK, *Knowledge Power and Practice : The Anthropology of Medicine in Everyday Life*, Los Angeles, University of California Press, 1993, p. 32-44.

KLEINMAN, A., « Anthropology of Bioethics », dans A. KLEINMAN, *Writing in the Margins : Discourse between Anthropology and Medicine*, University of California Press, 1995, p. 41-67.

KOENING, B., « Cultural Diversity in Decision-Making about Care at the End-of-Life », dans Barbara KOENING (dir.) *Dying, Decision-making, and Appropriate Care*, Washington, D.C., Institute of Medicine/National Academy of Sciences, 1993.

LASCH, C., *Le complexe de Narcisse*, Paris, Robert Laffont, 1979.

LAST, John M., « Ethics and Public Health Policy », dans John M. LAST et Robert B. WALLACE (dir.), *Public Health and Preventive Medicine*, Appleton-Lange, 1992, p. 1187-1196.

LE BRETON, D., *La sociologie du risque*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 1995.

LECOURT, Dominique, « Le paradoxe moderne de l'éthique », dans *Le Magazine littéraire*, 1996, p. 112-115,

LIPOVETSKY, G., *Le crépuscule du devoir*, Paris, Gallimard, 1992.

LUPTON, Deborah, *Medicine as Culture. Illness Disease and the Body in Western Societies*, Thousand Oaks, Ca., Sage Publications, 1994.

MARSHALL, P.A. et B.A. KOENING, « Bioethics in Anthropology : Perspectives on Culture, Medicine and Morality », dans C.F. SARGENT et T.M. JOHNSON (dir.), *Medical Anthropology : Contemporary Theory and Method*, édition révisée, Praeger, Londres, 1996.

MASSÉ, R., *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Boucherville, Gaëtan Morin, 1995.

MASSÉ, R., « Les mirages de la rationalité des systèmes ethnomédicaux », dans *Anthropologie et Sociétés*, 21 (1), 1996, p. 53-71. [Texte disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#), JMT.]

MASSÉ, R. et J. SAINT-ARNAUD, *Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des directions de santé publique du Québec. Protocole de recherche*. Financé par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, 1997-2000, 1997.

MFTCALFE, A., « Living in a Clinic : The Power of Public Health Promotions », dans *Anthropological Journal of Australia*, 4 (1), 1993, p. 31-44.

PETERSEN, A. et D. LUPTON, *The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk*, Thousand Oaks, Ca., Sage Publications, 1996.

SVENSSON, T. et M. SANDLUND, « Ethics and Preventive Medicine », dans *Scand. J. Soc. Med.*, 18, 1990, p. 275-280.

ZOLA, K.I., « Culte de la santé et méfaits de la médicalisation », dans L. BOZZINI, M. RENAUD, D. GAUCHER et I. LLAMBIAS-WOLFF (dir.) *Médecine et société dans les années 80*, Montréal, Albert St-Martin, 1981 (1977), p. 31-51.

**Fin du texte**