

Marc-Adélarde Tremblay (1922 -)

Anthropologue, retraité, Université Laval

(1983)

“La santé en tant que phénomène global”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de la collection: "Les classiques des sciences sociales"

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/>

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

Marc-Adélarde Tremblay (1922 -)

"La santé en tant que phénomène global". Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Purushottam Joshi et Gaston-René de Grâce, **Conceptions contemporaines de la santé mentale**, chapitre 2, pp. 49-89. Montréal: Décarie Éditeur, 1983, 365 pp.

M Marc-Adélarde Tremblay, anthropologue, retraité de l'enseignement de l'Université Laval, nous a accordé le 4 janvier 2004 son autorisation de diffuser électroniquement toutes ses oeuvres.



Courriel : matrem@microtec.net ou matremgt@globetrotter.net

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 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 2004 pour Macintosh.

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

Édition numérique réalisée le 26 mai 2006 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



Marc-Adélarde Tremblay (1983)

“La santé en tant que phénomène global”



Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Purushottam Joshi et Gaston-René de Grâce, **Conceptions contemporaines de la santé mentale**, chapitre 2, pp. 49-89. Montréal: Décarie Éditeur, 1983, 365 pp.

Table des matières

1. Orientation générale
2. Élaboration d'une problématique propre à une anthropologie de la santé

L'élargissement des perspectives traditionnelles sur la santé et la maladie
La définition de domaines prioritaires de recherche ainsi que l'élaboration de
méthodologies appropriées
L'amélioration du climat des relations thérapeutiques
L'identification d'éléments devant servir à la synthèse des savoirs scientifiques
sur l'Homme en état de crise
3. Publication d'études empiriques sur l'univers de la santé dans le but d'en dégager de nouvelles compréhensions

La nature de la maladie

Les pôles idéologiques
Une conception anthropologique de la santé
Les deux modèles de la pensée médicale

Le normal et le pathologique (Leighton et al., 1957)

Normalité selon une distribution statistique
Normalité selon un modèle symptomatologique
La normalité selon un modèle dynamique de la personnalité

Le caractère parcellaire des interventions cliniques

Le système organisationnel
L'univers subjectif du patient

Le cadre social de la distribution des soins
Les réactions des clientèles

Le régime de distribution des soins
La qualité des soins
Les coûts économiques et sociaux de la maladie

4. L'importance relative des facteurs culturels sur la santé

Les conceptions populaires de la maladie
Les conceptions du statut de malade et de guérisseur
La définition des états normaux et pathologiques

Normalité culturelle et équilibre psychologique
Relativisme culturel et ethnocentrisme
L'importance des facteurs culturels sur la santé

La décision de se prévaloir des soins médicaux

Les connaissances du public sur la santé et les saines pratiques hygiéniques
Les attitudes de la clientèle vis-à-vis de la maladie et des malades, de la médecine et des médecins

Les définitions culturelles de la maladie et de l'hospitalisation
Les intervenants en tant qu'acteurs professionnels et sociaux

5. Les sciences humaines et le milieu québécois de la santé

Les fonctions traditionnelles
Nouvelles fonctions

Références

Marc-Adélarde Tremblay (1922 -)

“La santé en tant que phénomène global”.

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Purushottam Joshi et Gaston-René de Grâce, **Conceptions contemporaines de la santé mentale**, chapitre 2, pp. 49-89. Montréal: Décarie Éditeur, 1983, 365 pp.

1. Orientation générale

[Retour à la table des matières](#)

Dans le présent chapitre, nous utiliserons les perspectives conceptuelles, les techniques d'observation et d'interprétation ainsi que les processus d'intervention des sciences humaines dans l'examen de la santé en tant que phénomène global. Le modèle théorique sous-jacent se réfère tout autant aux fondements biologique, psychologique et culturel de la personnalité qu'à l'insertion de l'individu dans un réseau de groupes sociaux et à son appartenance à une culture particulière. La globalité en tant que perspective principale influence à la fois la conception de la santé, la compréhension des systèmes de dispensation des soins ainsi que la saisie de l'individu agissant-dans-sa-culture. Afin d'interpréter le processus étiologique de la maladie, afin d'apprécier la fonctionnalité des techniques thérapeutiques, afin de juger des voies nouvelles de la guérison, de la resocialisation et de la réinsertion sociale, afin d'évaluer les stratégies sociales de la prévention, les éclairages multidisciplinaires de l'approche holistique nous apparaissent essentiels. Selon cette visée, l'anthropologie, une des sciences humaines dont les traditions de recherche portent à la fois sur le biologique,

le psychologique et le culturel dans des voies comparatives, peut apporter une contribution d'importance. ¹

Plus concrètement, qu'est-ce que cela veut dire ? Tenant compte des connaissances anthropologiques, peut-on mieux définir, concevoir et différencier l'état de santé de l'état maladif ? Quelles sont les influences du somatique, des émotions et des structures sociales sur la santé et le bien-être de l'individu ? Peut-on enrichir les connaissances déjà expérimentées sur la nature de la maladie, les processus diagnostiques et les techniques curatives ? Comment redéfinir les nouvelles approches et techniques thérapeutiques à utiliser sur le patient en tenant compte à la fois du système socio-culturel dans lequel il vit, des expériences qui constituent la trame de son existence, des nouveaux cadres institutionnels et des nouvelles ressources médicales et sociales disponibles ? Dans quelle mesure peut-on, enfin, réorienter l'idéologie des sciences de la santé par rapport à la société de l'avenir et de la prévention ?

Dans le prolongement des assertions que nous venons d'énoncer et des multiples questions qu'elles soulèvent, il nous apparaît essentiel de mettre en relief les principes d'organisation de même que les champs d'exploration qui constitueront l'armature de nos réflexions et de nos analyses. Ces plans de développement sont nécessairement fragmentaires et orientés par rapport aux objectifs poursuivis :

- a. Élaborer une problématique propre à une anthropologie de la santé ;
- b. À l'aide de quelques études empiriques sur la santé, montrer comment la perspective théorique développée permet d'en dégager de nouvelles compréhensions ;

¹ La perspective holistique est à la fois soucieuse de comprendre l'ensemble des éléments qui influencent un phénomène donné, les relations que ces divers éléments entretiennent entre eux, la dynamique de leur interrelation et leur insertion dans un ensemble plus vaste (un système) qui les intègre et leur confère une position relative.

- c. À l'aide de phénomènes et d'expériences pris dans l'univers de la santé, mettre en évidence l'importance relative des facteurs socio-culturels ;
- d. Préparer la voie à de véritables travaux interdisciplinaires tant dans la recherche empirique que dans l'action professionnelle et l'intervention sociale ;
- e. Susciter un effet d'entraînement dans le milieu québécois de la santé afin que les professionnels de la santé soient capables de comprendre et d'accepter ainsi que d'utiliser l'acquis des sciences humaines.

2. Élaboration d'une problématique propre à une anthropologie de la santé

[Retour à la table des matières](#)

Si l'anthropologie, en tant que discipline, veut apporter une contribution significative dans le champ de la santé qui puisse être perçue par les professionnels de la santé comme ayant des éléments nouveaux qui enrichissent les explications conventionnelles de ces phénomènes, elle doit élaborer une problématique spécifique sur la santé et la maladie. Cette perspective conceptuelle viserait à élargir les conceptions traditionnelles sur la santé et la maladie, à définir des domaines prioritaires de recherche dans le champ de la santé et à concevoir les méthodologies et instruments d'observation les plus appropriés pour en faire l'étude, à inventer des genres d'intervention sur le patient qui soient sensibles non seulement aux symptômes organiques mais aussi aux patrons culturels, et, par voie de conséquence, améliorer le climat des relations thérapeutiques, et, en dernier lieu, à identifier les divers éléments devant servir à une synthèse des savoirs scientifiques sur l'Homme en état de crise. Il est évident que nous ne sommes pas encore en mesure d'énoncer cette problématique compréhensive : nous tenterons de l'esquisser dans ses principaux éléments.

Les traditions de l'anthropologie médicale nord-américaine ainsi que celles de l'ethno-médecine européenne élargissent la perspective mentionnée plus tôt pour incorporer dans leurs domaines respectifs d'observation l'ensemble des civilisations du monde, conférant ainsi au cadre conceptuel souhaité une dimension transculturelle.² Cet aspect comparatif représente d'ailleurs une des caractéristiques les plus fondamentales de l'anthropologie. Pour ce qui est de nos propres efforts dans ce domaine, ils porteront, dans un premier temps, presque exclusivement sur la société québécoise, ses institutions et ses professionnels de la santé. Nous y voyons une occasion privilégiée d'illustrer aux professionnels de la santé, à partir de cadres géographiques et de trames historiques qui leur sont familiers (la perspective spatio-temporelle de l'anthropologie) les positions théoriques, les modes d'observation de même que les styles d'explication utilisés par l'anthropologie dans ses efforts de compréhension des processus d'adaptation de l'Homme à son environnement. Précisons à l'instant que notre approche théorique n'est pas nécessairement partagée par les autres anthropologues de la santé nord-américains ou européens. En anthropologie, comme c'est le cas dans les autres disciplines de l'Homme, bien que l'objet général d'étude soit identique, les perspectives conceptuelles peuvent varier d'un observateur à l'autre conférant ainsi à chaque étude un caractère d'originalité. Cette absence d'un modèle théorique unique (tel que le modèle bio-médical en médecine) n'invalide pas pour autant les conclusions et les interprétations de chacune des études en autant que celles-ci respectent les impératifs de l'activité scientifique. Le regard des sciences humaines sur la santé est multiple, étant donné les paradigmes de départ, mais on note à la fois dans les observations et dans les interprétations des convergences par rapport à l'importance des facteurs psychologiques et culturels sur l'état de santé, les processus thérapeutiques, les mécanismes de réinsertion sociale, les diverses phases de la rechute.

² Au moins une vingtaine d'ouvrages utilisant une perspective comparative ont été publiés durant les quatre ou cinq dernières années. À titre illustratif, nous renvoyons le lecteur à un ouvrage collectif sous la direction de David Landy. *Culture, disease and healing : studies in medical anthropology*. New York. Macmillan Publishing Co., Inc. 1977.

Il est, bien sûr, difficile de spécifier la nature précise de l'approche théorique valorisée dans un ouvrage ³ qui couvre un champ aussi vaste et renferme des études empiriques si variées. Bien que nous ayons fait des emprunts à plusieurs écoles théoriques, y compris celle de l'écologie culturelle qui est en train d'acquérir une si grande popularité chez les anthropologues médicaux, nous fondons l'ensemble de nos analyses sur une perspective holistique. C'est, pour ainsi dire, une approche systémique à l'intérieur de laquelle les éléments structurels et fonctionnels sont mis en relief dans les conduites des acteurs qui les intériorisent par le fait qu'ils interagissent entre eux, qu'ils assument des rôles spécifiques, qu'ils remplissent des fonctions particulières et qu'ils professent des valeurs tant dans leurs attitudes que dans leurs comportements (Rodin et al., 1978). Bien entendu, cette approche met l'accent sur les phénomènes culturels, mais elle reconnaît, en même temps, l'importance des facteurs biologiques ainsi que la pertinence de la personnalité de l'individu et ses motivations sur l'état de santé. C'est une des prémisses de l'anthropologie psychologique qui étudie principalement les interrelations du couple culture-personnalité. Ce cadre théorique est également influencé par les études pionnières en psychiatrie sociale des années cinquante et les résultats auxquels elles aboutissent. Nous pensons, en particulier, aux travaux d'épidémiologie sociale d'Alexander et de Dorothea Leighton dans le comté de Stirling (1958), à ceux de Thomas Rennie à Manhattan (1969) et à ceux de Frederick C. Redlich et August B. Hollingshead à New Haven (1958).

L'élargissement des perspectives traditionnelles sur la santé et la maladie

[Retour à la table des matières](#)

De par sa nature, une des fonctions privilégiées de l'anthropologie dans le secteur des sciences humaines consiste, nous semble-t-il, à susciter des débats interdisciplinaires, à ouvrir de nouvelles pistes de recherche afin d'apporter des éléments nouveaux susceptibles d'enri-

³ Cet article présente la problématique d'un ouvrage en préparation dans le domaine de l'anthropologie de la santé (*La santé des Québécois*).

chir les perspectives traditionnelles. Sous cet angle, le champ de la santé et de la maladie représente un objet de très grand intérêt. Nous sommes conscient que les chercheurs de la santé de même que ceux qui oeuvrent dans la dispensation des soins visent à dégager de nouvelles compréhensions de la santé et à concevoir de nouvelles stratégies de distribution des soins. Nous en prenons à témoin l'abondante littérature récente sur la médecine globale et la médecine sociale. Toutes méritoires et stimulantes qu'elles soient, ces entreprises théoriques et pratiques nous laissent sur notre appétit car elles tiennent de trop nombreuses variables sociales pour constantes ou négligent de suivre rigoureusement le faisceau de leurs influences sur le phénomène à l'étude. Comme nous l'avons déjà souligné, notre propre effort sera lui-même fragmentaire et nécessitera les apports complémentaires des autres sciences humaines et des sciences de la santé.

Tout comme il est possible d'élaborer des théories nouvelles en psychologie sociale qui utilisent comme point de départ, soit l'individu, soit la société, de la même manière l'élargissement des perspectives sur la santé que propose l'anthropologie nous apparaît tout aussi valable que les analyses en profondeur des sciences biologiques et physiologiques, c'est-à-dire de l'approche bio-médicale. C'est par la confrontation de ces perspectives distinctes, mais complémentaires, que jaillira une meilleure compréhension de l'ensemble des phénomènes et dynamismes en présence. La perspective développée ici ajoute aux connaissances déjà acquises sur les processus étiologiques, les stratégies et les techniques thérapeutiques, les mécanismes de rééducation du malade et de la réinsertion sociale complète. Cette perspective nous permet aussi de concevoir une philosophie de l'intervention socio-culturelle et de la prévention qui s'applique à la fois aux systèmes sociaux et aux individus dans le respect de leurs caractéristiques propres et de leurs aspirations.

Nous élaborerons plus loin notre conception de la santé, la notion centrale de notre problématique. Qu'il suffise, pour l'instant, d'identifier ses composantes : l'adaptation, la croissance et l'équilibre. Chacune de ces entités est un élément en soi dans la globalité qui n'acquiert sa valeur complète que dans les relations d'interdépendance et de complémentarité qui les unissent et les soudent dans un tout indissociable. À l'intérieur d'une société donnée, il existe des systèmes gé-

néraux d'adaptation, de croissance et d'équilibre prescrits pour l'ensemble des membres.. Mais chacun de ceux-ci, par le biais de leurs propres expériences de vie réalisent des niveaux particuliers d'adaptation, de croissance et d'équilibre qui correspondent, en gros, à leur état de santé particulier.

Le concept d'adaptation est central dans les disciplines anthropologiques car il permet d'unifier dans une signification générale des états biologiques, psychologiques et socio-culturels. La survie est une des conditions minimales de l'adaptation biologique de l'organisme humain à son écosystème. C'est la satisfaction de l'ensemble des besoins organiques, comme les définit Maslow, qui permet la réalisation de cet état d'équilibre homme-environnement et le fonctionnement « normal » et régulier de l'ensemble des organes et systèmes biologiques le constituant. L'adaptation psychologique, pour sa part, est centrée sur l'état de conscience de l'individu, c'est-à-dire sur l'acceptation de soi, la connaissance de ses possibilités et la capacité d'énoncer des projets à réaliser qui soient de nature valorisante et permettent la croissance, c'est-à-dire une plus grande maturité dans les représentations et les relations interpersonnelles. L'adaptation culturelle se traduit par l'aptitude de l'individu à 'assumer. les, fonctions et, les responsabilités qui correspondent à son, statut et par sa capacité à s'intégrer dans des groupes de différente importance. L'adaptation nous apparaît donc comme Un concept qui, par ses multiples facettes, rend bien compte des réalités multiformes et complexes sous-jacentes au concept général d'individu en interaction avec d'autres individus dans un milieu donné. Aussi cette notion « d'adaptation » dans le sens général que nous venons Ide définir influencera-t-elle la conception de la santé que nous élaborerons plus loin.

Un autre concept se dégage comme étant de grande importance pour comprendre le genre de vie d'un individu donné, le type de compréhension qu'il a de l'ensemble de ses expériences, les réactions que celles-ci génèrent sur le plan individuel comme sur le plan social, c'est celui de croissance. Cette notion est un élément essentiel dans Une théorie dynamique de la personnalité, de ses univers d'expériences et de ses champs d'action. Car elle nous renvoie à l'appréciation des progrès réalisés par l'individu dans son processus de maturation, en quête d'autonomie et de liberté de décision et d'action. La personnalité d'un

individu « sain » est en constante évolution et transformation par suite de l'accumulation de ses expériences, des perceptions différentes qui s'en dégagent, des motivations qu'elles transforment, des actions ou réactions qu'elles engendrent et des aspirations qu'elles nourrissent. Ce progrès de la conscience se situe non seulement au niveau des expériences individuelles proprement dites, mais aussi et surtout à celui des significations nouvelles qui se dégagent de cette culture vécue. Les intériorisations qui s'ensuivent sont ainsi à la fois fondées sur des démarches concrètes et sur les représentations qu'elles inspirent. La croissance n'est pourtant pas une affaire strictement individuelle en ce sens qu'elle devient encore possible par rapport aux traditions du groupe qui se construisent sous la poussée de l'invention (individuelle) et de l'innovation (agents externes) et des divers autres dynamismes de changement. L'individu « sain » n'est jamais complètement arrêté ou figé dans son évolution : au contraire, il profite de chacune de ses expériences pour enrichir le bagage de ses connaissances, pour apprendre à mieux se connaître et à mieux apprécier ceux avec lesquels il entre en contact (jugement critique) et mieux définir ses projets et ses orientations. La notion d'équilibre dynamique renvoie justement à ces états successifs que franchit l'individu dans ses divers stades de croissance et d'épanouissement. Cette croissance ne se réalise toutefois pas sans que l'individu rencontre des obstacles et des difficultés qui le freinent dans son développement ou l'entraînent à effectuer de « mauvais » choix par rapport aux objets perçus comme pouvant lui apporter des satisfactions. La croissance individuelle, laquelle analogiquement peut être transposée au niveau de la collectivité, n'est pas unilinéaire en ce sens et dans la mesure où l'individu, tout en croissant et en se transformant, est capable de stabilité comme de renouvellement, de continuités comme de ruptures, de bonds comme de reculs. C'est la trajectoire toute entière qu'il faut regarder dans son contexte global et non pas quelque position particulière constituant le processus de développement pour apprécier la nature et la qualité de la croissance individuelle.

Même si la notion de maladie ne reflète pas une image inversée de la santé, les concepts conventionnellement utilisés pour la caractériser dans l'un ou l'autre de ses aspects nous renvoient à des notions comme celles de déséquilibre, de mésadaptation, de dérangement, d'instabilité, de régression et de plusieurs autres du même genre. Les études sur

le déséquilibre psychologique, pour prendre cet exemple, surtout celles s'inspirant des traditions théoriques de la psychiatrie sociale, témoignent d'une préoccupation d'élargir le champ explicatif de ce phénomène pour y inclure non seulement les expériences de vie et les situations sociales, mais aussi les impératifs culturels, les systèmes de valeur, les jugements et les visions du monde proposés par les traditions culturelles du patient. Les travaux en psychiatrie transculturelle, entre autres, ont mis en lumière l'importance de saisir les traditions culturelles des diverses civilisations du monde, de l'intérieur, pour comprendre non seulement les conceptions autochtones de la maladie, les systèmes classificatoires où elles s'insèrent, les systèmes particuliers de dispensation des soins et les rituels thérapeutiques, les relations soignants-soignés, les perceptions, ainsi que les réactions du patient dans la tenue du « rôle de malade ». Ces éclairages culturels de la maladie nous font accéder à de nouvelles compréhensions et, par voie de conséquence, à l'élaboration de nouveaux scénarios thérapeutiques.

L'instabilité temporaire ou permanente de l'individu, pour poursuivre l'exemple amorcé plus tôt, prend ainsi racine dans un terrain très vaste où le jeu des influences spécifiques des forces en présence se traduit dans une dynamique dont la poussée, les vecteurs de développement et la trajectoire demeurent imprécis et imprévisibles sur bien des points. Comment, alors, pour reprendre la notion centrale de la théorie leightonienne de l'équilibre, ne pas être préoccupé par l'extraordinaire complexité du processus de détérioration de la « condition psychique essentielle » (Leighton, 1959) de l'individu et des difficultés inhérentes au choix des méthodologies et techniques d'intervention sur le patient en vue de la restaurer ? Comment ne pas être sensible aussi aux difficultés inhérentes à la réinsertion sociale du patient psychiatrique en ce sens que ce nouvel apprentissage, tout autant que le premier, doit se construire en tenant compte des contraintes et des prescriptions culturelles, des impératifs liés aux principaux groupes de référence de l'individu, des besoins individuels, des expériences critiques de vie et des univers sociaux significatifs en fonction de sa croissance et de son évolution vers l'atteinte de nouveaux équilibres. Une réinsertion fructueuse de l'ex-patient psychiatrique dans la société est assujettie au succès de sa resocialisation. Car si l'individu s'est manifestement arrêté dans sa croissance et qu'il éprouve des difficultés si grandes à s'extérioriser, à s'insérer dans des groupes, à tenir adéqua-

tement l'ensemble des rôles qui lui sont dévolus, c'est qu'il affronte des difficultés qu'il estime insurmontables. Aussi réagit-il à cette situation intolérable par des comportements qui sont évalués par ceux qui l'entourent comme étant de nature pathologique, ou « anormale ». La resocialisation doit se reconstituer sur des assises positives pour l'individu concerné afin qu'il puisse acquérir et utiliser à bon escient les habiletés nécessaires à l'activité sociale productive.

Nous pourrions, bien sûr, allonger la liste des pré-requis essentiels à une resocialisation adéquate. Là n'est pas notre but. L'exemple utilisé vise plutôt à mettre en parallèle un type pathologique particulier et le modèle thérapeutique utilisé dans les hôpitaux psychiatriques du Québec à tout le moins jusqu'aux années de la Révolution tranquille. Nous ne discuterons pas de l'idéal de vie monastique proposé aux patients ni de l'usage abusif des tranquillisants⁴. Nous voudrions nous en tenir à des considérations à caractère général liées aux exigences minimales d'une socialisation effective, c'est-à-dire, qui permette l'intégration sociale de l'individu. Il est certain que ce type de socialisation ne peut se poursuivre en vase clos, dans des lieux archaïques où l'entassement, la monotonie et le caractère anonyme des expériences vécues restreignent, pour ne pas dire réduisent à néant, les espaces sociaux et les univers de vie de la culture plus vaste (la culture d'origine des patients). Les intervenants, en petit nombre il faut bien le dire, ne sont là que pour éteindre les feux et atténuer les crises ponctuelles. On est alors bien loin des connaissances essentielles sur la culture d'origine des patients pour amorcer et mener à terme des resocialisations sur une base individuelle ! Les réformes des deux dernières décennies ont apporté des améliorations considérables qu'il s'agirait d'apprécier à leur juste valeur par des études évaluatives rigoureuses et impartiales.

⁴ Consulter à ce sujet les excellentes thèses de Marc Fortier et de Raymond Côté présentées à l'université Laval : Fortier, M. *L'administration : De l'asile à l'hôpital psychiatrique, 1966* et Côté, R. *L'hôpital psychiatrique : une culture asilaire ou un milieu thérapeutique ?*, 1966. Consulter également un rapport conjoint de recherche que les mêmes auteurs ont soumis à l'Association Canadienne pour la santé mentale (région de Québec) en 1967 intitulé : *Réhabilitation : problématique, historique et perspective*.

Cette illustration ne vise pas à blâmer qui que ce soit. Elle cherche, au contraire, en dénonçant des situations complètement anachroniques, à proposer le genre de compréhension qu'apportent l'anthropologie et les sciences sociales sur ce type de réalité et à mettre en lumière quelques-unes des répercussions qu'entraînent ces visées scientifiques nouvelles sur les modèles thérapeutiques à inventer. Dans quelle mesure le patient resocialisé, l'handicapé physique rééduqué, ou encore la victime d'un accident cardio-vasculaire rétablie, peuvent-ils réintégrer leurs milieux d'origine, ou évoluer dans un cadre social nouveau pour assumer plus ou moins complètement et plus ou moins efficacement l'ensemble des fonctions et tâches associées à leurs statuts et à l'ensemble des rôles qu'ils tiennent ? Quelles sont les conditions essentielles qui rendent cette réinsertion sociale efficiente possible, c'est-à-dire sans rechute ? Comment concevoir aussi des transformations sociales et institutionnelles qui soient des réponses valables aux conditions *sine qua non* de la prévention ? Les contributions des sciences humaines sont nombreuses et variées dans ces divers domaines, mais pour qu'elles soient pertinentes et utiles pour les divers professionnels de la santé elles doivent à la fois s'appuyer sur des recherches théoriques et empiriques orientées. Ces recherches pourraient établir un pont entre les sciences humaines et les sciences de la santé. Mais quelles sont justement ces recherches « significatives » pour les sciences de la santé que les spécialistes de l'anthropologie et des sciences humaines pourraient entreprendre ?

***La définition de domaines prioritaires de recherche
ainsi que l'élaboration de méthodologies appropriées***

[Retour à la table des matières](#)

Il ne fait pas de doute que l'intérêt de plus en plus prononcé des sciences humaines pour le champ de la santé entraîne de nombreuses retombées tant dans l'action professionnelle que dans l'entreprise de recherche. L'élargissement des perspectives théoriques ainsi que la variété des modèles conceptuels exigent de nouvelles techniques d'observation et d'analyse et des stratégies d'intervention renouvelées. À notre point de vue, la méthodologie des sciences humaines appliquée

aux phénomènes de santé et de maladie est susceptible d'entraîner, de par la richesse des matériaux récoltés, des visées fort prometteuses sur la guérison et la resocialisation. Pour l'œil non averti, la réflexion méthodologique apparaît comme étant peu avancé dans son développement ; les résultats de l'observation systématique sont identifiés comme n'ayant aucun caractère de stabilité ; le cheminement vers la connaissance semble s'opérer par le biais d'approximations successives. L'ensemble de ces impressions comporte une part de vérité si on se place du point de vue des sciences naturelles et expérimentales. Par contre, si on tient compte des traditions de recherche dans les sciences humaines, on s'aperçoit que les instruments de recherche sont constamment à reconstruire en fonction des objectifs visés, des modèles théoriques employés et des situations à observer. L'état d'avancement des connaissances de même que la nature de l'objet sont à l'origine de certaines difficultés méthodologiques rencontrées. La lecture des résultats est parfois colorée par la lunette disciplinaire et les préférences théoriques du praticien. Vis-à-vis d'un certain nombre de constatations énoncées plus haut, les sciences expérimentales ne sont guère différentes des sciences humaines et comme elles doivent exercer vis-à-vis de l'objet et de ses représentations instrumentales le même œil critique (Tremblay, 1968).

Bien que la collaboration entre les chercheurs des sciences de la santé et les chercheurs des sciences humaines soit assez récente au Québec, la liste des travaux publiés par les uns comme par les autres ne manque pas d'impressionner (Dussault, 1975 ; Dumais et Saint-Arnaud, 1975 ; Vinet, 1969 ; Tremblay, 1982). Il faut toutefois s'empreser d'ajouter que l'ensemble de ces études n'ont guère influencé soit le cadre social de la distribution des soins, soit les techniques thérapeutiques et les modes d'intervention. La nouveauté du champ de prospection selon cette voie interdisciplinaire de même que des efforts trop isolés ou des études sans continuité constituent autant de justifications acceptables. Mais elles représentent aussi de nombreux plaidoyers cherchant à obtenir une conception mieux définie du champ commun de recherche de même qu'une meilleure planification des travaux à entreprendre et une meilleure définition de la contribution possible des diverses disciplines. Il s'agit donc de concevoir des plans de recherche qui définissent les univers d'observation et les phénomènes à expliquer, qui établissent la liste prioritaire des projets d'obser-

vation à amorcer ainsi que l'ensemble des contributions disciplinaires nécessaires pour les réaliser. Nous avons conçu deux plans de recherche, l'un dans le domaine de l'alcoolisme (Tremblay, 1968) et l'autre, dans le champ des études médico-sociales (Tremblay, 1975) qui visent justement les objectifs que nous venons d'énoncer. Même si ces projets sont définis à partir d'une problématique à l'intérieur de laquelle pénètrent des jugements de valeur à plusieurs niveaux, tant dans le choix des thèmes de recherche que dans la détermination de leur valeur relative, ils ont le mérite de délimiter les domaines d'études et d'établir des priorités de recherche.

L'amélioration du climat des relations thérapeutiques

[Retour à la table des matières](#)

Comment concevoir des types d'intervention sur le patient qui améliorent le climat des relations thérapeutiques et humanisent les soins ? Voilà une question qui est au cœur des débats sur, l'humanisation des soins et qui pose tout un défi aux spécialistes des sciences humaines car la réponse que ceux-ci apporteront servira de barème auprès des spécialistes de la santé pour juger de la contribution possible des sciences de l'Homme. La conception des types de relations entre le soignant et le soigné qui concilient les exigences de l'efficacité technique et celles de la relation personnelle intime avec chaque patient nous renvoie aux oppositions entre aspects instrumentaux et aspects qualitatifs dans la distribution des soins : nous aurons l'occasion d'analyser ces oppositions plus loin. L'avènement de l'assurance-maladie au Québec (Commission d'enquête Castonguay-Nepveu, 1980) visait à rendre les soins et services de santé plus accessibles aux catégories les plus défavorisées de la population (accessibilité des soins), à améliorer le réseau de distribution des soins de même que la qualité des services offerts (qualité des soins). Ces deux objectifs ont été poursuivis avec vigueur et ont permis des améliorations sensibles. Mais on peut prétendre que cette démocratisation des soins de santé a nui en quelque sorte à leur amélioration. Soutenue par une idéologie du progrès définie en termes d'avancement technologique, l'opposition

entre la quantité et la qualité des soins s'est accentuée dans un réseau de distribution rajeuni par le biais de programmes plus modernes, donc plus acceptables aux dispensateurs de soins qu'aux diverses clientèles. C'est, certes, une hypothèse de travail qui a son poids. Cette lacune est invariablement mentionnée et analysée dans les différents congrès sur la santé sous l'étiquette de la « déshumanisation des soins ». Plusieurs solutions sont alors offertes pour restaurer la chaleur humaine dans l'intervention thérapeutique. Les plus intéressantes solutions débordent le cadre clinique de la relation thérapeutique pour intégrer le milieu social de provenance, le milieu de vie et l'ensemble des groupes de référence du patient.

Prenons quelques exemples pour illustrer certaines assertions précédentes. L'Inuit qui est hospitalisé dans un établissement du Sud après qu'on eût jugé que sa condition broncho-pulmonaire nécessitait des soins spécialisés sous surveillance continue, doit vivre durant plusieurs semaines, sinon quelques mois, un choc émotif de grande intensité suscité par la dissociation de son milieu, par l'isolement, la méconnaissance totale de l'univers culturel étranger dans lequel il se voit soudainement plongé et par les difficultés qu'il éprouve à communiquer adéquatement avec ses thérapeutes et à comprendre le déroulement de la thérapie. Dans une telle situation est-il possible de concevoir un type de thérapie qui établirait un climat plus compréhensif et qui favoriserait des relations humaines plus chaudes entre soignant et soigné ? Ne faudrait-il pas dans une telle circonstance concevoir des modes thérapeutiques qui soient moins ethnocentriques ? Les médecines primitives ne découlent pas toujours d'un savoir scientifique vérifié, mais elles s'appuient sur des schèmes et des valeurs culturels éprouvés par l'expérience et significatifs pour l'individu. Le « Sing » du « Medecine Man » Navaho a fait la démonstration qu'il est en mesure de guérir les maladies psychosomatiques avec grande efficacité car la relation thérapeutique est au coeur du rituel et des médications administrées au malade. Cette cérémonie religieuse et médicale place l'individu-malade au centre des préoccupations de toute la collectivité et au cœur des expressions d'affectivité de ses proches et des membres de la famille élargie. Le « medecine man » lui-même est centré sur le patient et est sensible à ses attentes : la moindre déviation ou erreur dans le rite entraînerait nécessairement des conséquences graves. Ne sommes-nous pas ici en présence d'une conception humanisée de la

relation thérapeutique à l'intérieur de laquelle le soigné se sent aimé et valorisé par l'ensemble de la communauté ? Ce qui vaut pour les médecines primitives vaut également pour la médecine occidentale. En effet de nombreuses études sur cette dernière ont établi hors de tout doute l'importance d'un climat thérapeutique chaleureux dans la restauration d'un bon état de santé.

L'humanisation de la relation thérapeutique doit se construire à partir du niveau de conscience du patient et en tenant compte des intentions du thérapeute. Elle doit naître du respect et de la confiance comme elle doit découler des échanges continuels compréhensifs entre le soignant et le soigné. Les thérapeutes qui se soucient de communiquer avec leur patient et qui prennent le temps de l'écouter comme de répondre à ses questions seront fort probablement en mesure de restreindre le fractionnement des interventions et d'améliorer la qualité du milieu ambiant.

L'identification d'éléments devant servir à la synthèse des savoirs scientifiques sur l'Homme en état de crise

[Retour à la table des matières](#)

Toute problématique sur la santé et la maladie doit identifier les éléments critiques qui pourront permettre d'élaborer une synthèse des connaissances accumulées dans le champ de la santé et des savoirs scientifiques sur l'Homme en état de crise. Quels sont les facteurs qui produisent la maladie dans notre propre culture ? Nous l'avons vu brièvement plus tôt, ces facteurs sont à la fois d'ordre biologique, psychologique et culturel. Quand nous prenons en considération les cadres sociaux à l'intérieur desquels se tiennent les expériences individuelles, le dossier clinique des Québécois ne ressemble à nul autre. Qu'il s'agisse de fréquence et d'incidence épidémiologiques, de la configuration des facteurs socio-économiques dans les patrons étiologiques, qu'il s'agisse encore des pré-supposés culturels ou de l'influence des systèmes de valeur dans les modes thérapeutiques, ou encore des attentes comme des attitudes individuelles des patients eux-mêmes vis-à-vis de la maladie et de la guérison, l'ensemble de ces

éléments s'insère dans la grande configuration culturelle qui est la pièce maîtresse de notre existence. En effet, celle-ci nous encadre, établit des liens entre tous les acteurs en proposant des projets collectifs et des actions communes. L'Homme d'ici possède sa propre manière d'être malade tout comme il suit un cheminement unique dans son processus de guérison et de réinsertion sociale. L'ensemble de ces affirmations ne nie en aucune manière le fait que les Québécois sont des Nord-américains et, qu'en tant que tels, ils partagent plusieurs des patrons culturels - y compris ceux qui sont associés aux diverses pathologies - de cette aire culturelle plus grande.

Le dossier à constituer est si complexe que l'aventure scientifique proposée peut paraître à plusieurs téméraire, sinon utopique. Nous demeurons toutefois convaincu que la contribution de l'anthropologie et des sciences humaines est essentielle dans la construction de cette mosaïque. À ce point de vue, nous ne saurions trop louer les efforts de ceux qui se préoccupent de reconstituer l'histoire de la médecine québécoise, des établissements hospitaliers, des congrégations hospitalières, d'épidémies particulières, de fondateurs et de pionniers de pratiques sanitaires nouvelles et des professions de la santé, car ces historiens des sciences de la santé sont des artisans irremplaçables dans la fabrication de cette pièce monumentale. L'histoire possède une valeur exemplaire en ce sens qu'elle raconte un passé, qu'elle retrace des traditions et des coutumes disparues ou profondément modifiées. En plus de fonder et de justifier des pratiques et des coutumes qui sont la plupart du temps mal connues, l'histoire des sciences de la santé est également chargée de significations de toutes sortes et porteuse d'enseignements autant par les compréhensions qu'elle permet de dégager au cours de son déroulement que par les projections qu'elle permet d'esquisser par rapport à l'avenir dans des secteurs ayant une certaine stabilité. Mais cette histoire ne peut pas être dissociée de l'individu malade, de ses univers de pensée et d'action, de ses choix et préférences, de ses visions d'avenir dont la compréhension nous renvoie indubitablement aux structures sociales, aux modes d'insertion et aux styles d'action des individus dans les différentes organisations que ces structures supportent et, en dernier ressort, à la mentalité du groupe. L'Homme québécois possède une identité propre et il intègre tout un ensemble de sentiments qui se traduisent dans un mode de vie unique.

Ce mode de vie, c'est sa culture, c'est sa façon de s'incarner dans un écosystème et de construire des rapports sociaux stables et prévisibles.

Les modèles culturels québécois exercent un poids considérable sur les conduites des acteurs sociaux : ils constituent en quelque sorte l'armature du système, reflètent la logique interne du système et assurent sa cohérence et son maintien. À ce titre, ils exercent à la fois une influence sur les conceptions de la maladie et les réactions des malades vis-à-vis de l'ensemble des soins qui leur sont prodigués. L'étude de ces modèles culturels nous permet donc d'énoncer des problématiques de la santé qui soient plus compréhensives tant du côté des explications sur la maladie que de celui des innovations thérapeutiques désirables et des expérimentations sociales à amorcer pour prévenir la rechute et les expériences pathologiques.

3. Publication d'études empiriques sur l'univers de la santé dans le but d'en dégager de nouvelles compréhensions

[Retour à la table des matières](#)

Talcott Parsons (1951) fut un des premiers sociologues à développer un cadre conceptuel systémique tandis qu'en anthropologie culturelle c'est à Benjamin Paul (1955) que revient ce mérite. Ce modèle théorique rend possible l'étude des régimes de soins et de la pratique médicale dans le contexte de la société globale. Les axes de développement du modèle parsonien sont l'étude des professions médicales (nous dirions aujourd'hui, des professions de la santé) et de la pratique médicale dans le cadre -global des institutions et organisations des sociétés technologiques et industrielles. Les travaux de Paul, au contraire, s'inspirent des traditions dans le domaine de la santé publique et de celles de l'intervention sanitaire dans des contextes internationaux. Dans les deux cas, les cadres communautaires et les éléments

de civilisation constituent des infrastructures tout a fait essentielles pour la compréhension et le traitement des maladies ainsi que pour l'organisation des pratiques sanitaires. D'une manière générale, on peut dire que les deux modèles théoriques d'arrière-plan s'inspirent de la perspective fonctionnelle développée aux États-Unis dans les travaux de Bronislaw Malinowski et, en Europe, dans ceux de Radcliffe-Brown.

Notre approche se réclame de cette tradition, comme nous l'avons mentionné plus tôt, mais elle s'enrichit d'apports théoriques particuliers provenant de disciplines telles que la psychiatrie sociale, l'anthropologie psychologique, l'écologie culturelle, l'épidémiologie sociale, l'anthropologie d'intervention (Bastide, 1971 ; Tremblay, 1977) et les sciences humaines de l'administration. Nous ne valorisons pas, pour autant, une perspective théorique plutôt qu'une autre et nous nous servons des unes et des autres dans les études empiriques que nous entreprenons. Dans l'ouvrage auquel nous référions au tout début sur l'anthropologie de la santé, par exemple, nous présentons des études empiriques qui sont regroupées sous les thèmes suivants : le progrès technique et la désintégration sociale, le cadre social de la distribution des soins, la prévention et l'intervention sociales, la recherche médico-sociale. Ces thèmes ainsi que les études qu'ils renferment témoignent d'une problématique générale que nous tenterons d'explicitier par le biais de commentaires et d'observations sur : a) la nature de la maladie, b) le normal et le pathologique, c) le caractère parcellaire des différents types d'interventions cliniques et thérapeutiques des professionnels de la santé sur le malade, d) les structures institutionnelles servant de cadres aux différents types d'intervenants et e) les réactions des diverses clientèles au régime de distribution des soins (régime québécois).

La nature de la maladie

Les pôles idéologiques

[Retour à la table des matières](#)

L'histoire de la médecine occidentale est dominée par une idéologie curative, visant à guérir le mal, à faire disparaître le malaise, à enrayer ou neutraliser une lésion. Étant presque exclusivement préoccupés par la maladie, les professionnels de la santé ont élaboré des techniques thérapeutiques conçues en fonction de la maladie et de la guérison et non en fonction de la prévention.

À la suite de l'évolution et du développement des sciences biologiques et médicales qui ont apporté des connaissances plus précises sur la nature organique de la maladie, à la suite de la révolution technologique qui a à la fois amené des diagnostics plus précis et nuancés et qui a permis l'existence de nouvelles techniques thérapeutiques qui exerçaient un contrôle quasi parfait sur la maladie, les médecins ont souscrit à une autre idée directrice, soit celle de l'invincibilité. Concrètement, cette idéologie des succès spectaculaires de la médecine s'est exprimée dans l'absolue nécessité de reculer le plus possible l'échéance de la mort. D'ailleurs celle-ci ne s'exprime de façon irrémédiable que dans des indices de plus en plus raffinés.

Il est indubitable que la médecine a réalisé des progrès remarquables qui se reflètent dans des éléments très variés : de meilleures connaissances étiologiques sur les maladies en général et la guérison de maladies autrefois incurables, le rehaussement de la longévité et le recul de l'espérance de vie - bien que celle-ci soit demeurée relativement stationnaire durant la dernière décennie par suite de l'accroissement des décès chez les jeunes dû aux accidents routiers et aux traumatismes cardio-vasculaires -, le contrôle quasi parfait des maladies vénériennes, la baisse du taux de mortalité infantile, les nouvelles chirurgies - cardiaques et autres - perçues comme utopiques il y a une ou deux décennies à peine, la création d'organes artificiels devant servir de prothèse d'urgence ou permanente, les nouvelles chimiothérapies et

radiothérapies, le prolongement artificiel de la vie, l'intervention directe dans le domaine de la reproduction et de l'évolution génétiques, et plusieurs autres réalisations définies comme bénéfiques pour l'Homme. Ce sont ces succès qui ont consolidé l'idéologie du caractère quasi infaillible de la science et de la technologie médicales. Ce sont ces progrès réalisés et encore possibles qui justifient aussi la recherche fondamentale en médecine et qui servent d'appuis auprès des organismes subventionnaires. Pourtant, il existe l'envers de la médaille dont l'image et les enseignements nous laissent songeurs, en particulier nous les spécialistes des sciences humaines.

La médecine connaît des échecs totaux ou partiels dans au moins quatre domaines pathologiques qui ont des liaisons étroites au milieu, au mode de vie et aux facteurs socio-culturels : les cancers, où la guérison est obtenue à peu près dans le tiers des cas ; les maladies du cœur et des vaisseaux sanguins qui représentent la toute première cause de mortalité dans les pays occidentaux ; les malformations congénitales que les progrès de la biologie moléculaire ainsi que ceux de la génétique permettent de mieux connaître ; les désordres psychologiques qui atteignent de larges segments de nos populations urbaines et rurales. Toutes ces maladies peuvent être conçues comme des maladies de civilisation, c'est-à-dire des maladies qui sont reliées à nos modes de vie. Nous incluons là-dedans les malformations génétiques occasionnées par l'action des médicaments, puisqu'elles peuvent refléter les pressions stressantes du milieu externe sur le bagage génétique, et puisqu'elles sont évidemment la conséquence de la reproduction d'individus mal adaptés et habituellement incapables de survivre sans avoir recours à l'aide médicale. Ces diverses manifestations pathologiques incurables nous apparaissent comme étant des facteurs limites du modèle biomédical et des nouvelles technologies. Comment peut-on justifier cette stagnation et ce manque d'intérêt pour la recherche et l'expertise des sciences humaines ? Durant combien de temps encore croira-t-on que seules les sciences médicales peuvent et doivent s'occuper de la santé des citoyens ?

Une troisième position idéologique s'est construite autour de la notion de « médecin-guérisseur-magicien ». Le médecin est un être exceptionnel. Il est le détenteur des connaissances médicales, celui, donc, qui est en mesure de définir la nature de la maladie ainsi que les

remèdes à apporter pour la guérir. Ces connaissances découlent à la fois d'un savoir et d'un don. Car, puisqu'il connaît, il peut guérir. En tant que tel il est doué de certains attributs qui l'apparentent au magicien. La magie, on le sait, établit une liaison de nécessité entre la technique et la finalité de cette technique. De la même manière, le médecin, en posant son diagnostic et en définissant les gestes techniques à poser, ne peut se tromper. Les résultats attendus surgiront comme naturellement. Cette auréole d'omniscience et de toute-puissance constituait une des représentations sociales de base dans la société traditionnelle : elle a quelque peu perdu de son éclat depuis l'ère industrielle et depuis l'élévation du niveau des connaissances générales dans la population. Si les représentations sociales se sont transformées, le médecin a toutefois gardé son statut privilégié et sa position au sommet de la pyramide des sciences de la santé. C'est encore lui qui prend les grandes décisions concernant la santé des individus. Il est encore, par son prestige social, un être quasi intouchable, c'est-à-dire quelqu'un qui « ne peut pas être critiqué », ou s'il l'est, ce sont ses détracteurs qui ont tort.

Comme nous venons de l'affirmer auparavant cette image du « médecin-guérisseur-magicien », universelle dans la société traditionnelle, se retrouve encore aujourd'hui dans les perceptions et sentiments populaires. Nous sommes conscients qu'une façon aussi schématique de synthétiser l'idéologie de la profession médicale découle davantage du modèle théorique qui peut être constitué en tenant compte de l'ensemble des traditions disciplinaires très riches et très variées de la médecine tout en mettant de côté des éléments importants. Toutefois, ce sont des schèmes qui nous permettent de mieux comprendre les directions, les orientations et les valeurs qui ont accompagné le développement de ces traditions. Notre but, en tant qu'analyste de la situation, est d'apprécier dans quelle mesure ces conceptions se traduisent dans des comportements professionnels concrets et les justifient. Une des plaintes que l'on rencontre très souvent chez les clientèles se rapporte au fait que les médecins, en général, s'intéressent trop peu aux plaintes, aux perceptions, aux attitudes et aux questions qui intéressent le patient et qu'ils sont parcimonieux dans les explications qu'ils fournissent aux patients sur la nature et l'impact de leurs interventions. Ne pourrait-on point prétendre, justement, que cette attitude de fermeture et de non-communication que

l'on retrouve chez un trop grand nombre de praticiens découlerait de l'emprise et de la persistance de l'idéologie traditionnelle de la médecine que nous venons d'esquisser ?

En bref, si la médecine moderne a réussi à exercer un contrôle de plus en plus parfait sur certaines maladies, elle n'a pas été en mesure de freiner l'apparition des maladies de civilisation et de nouvelles causes de mortalité tels que les accidents routiers, les intoxications, le suicide. Cette évolution des pathologies a coïncidé avec une évolution rapide des mentalités et des comportements. Ainsi cette évolution sociale qui tend vers la socialisation et la participation de même que l'accession des sciences humaines au rang des sciences mettent en question l'exclusivité du champ de la santé à la médecine et les assises traditionnelles de la science médicale.

Une conception anthropologique de la santé

[Retour à la table des matières](#)

Une façon pratique d'illustrer l'évolution de la médecine en tant que science et art de la pratique médicale est de mettre en parallèle la pensée médicale classique et la pensée médicale contemporaine (Roy, 1975). À travers ces deux conceptions qui s'expriment dans un modèle heuristique, il est possible d'apercevoir l'influence grandissante de l'anthropologie et des sciences humaines dans le champ de la santé. Mais avant d'établir ce parallèle entre ces deux types de pensée, nous croyons nécessaire d'énoncer notre conception de la santé. C'est, nous semble-t-il, l'aptitude au fonctionnement harmonieux et à la croissance continue durant tout l'arc de vie. Cette définition renferme l'ensemble des éléments que nous avons identifiés plus tôt, à savoir : l'adaptation, l'équilibre et la croissance. Étudions, un à un, chacun de ces concepts.

L'aptitude au fonctionnement harmonieux prend pour acquis que les sociétés dans lesquelles vivent les individus ont développé des solutions viables aux problèmes de l'existence. Ces solutions se traduisent dans des institutions qui, tout en assurant la survie de la collecti-

vité, sont en mesure de satisfaire l'ensemble des besoins de santé de l'individu. En ce sens tout système médical est le résultat d'une stratégie socio-culturelle d'adaptation (Foster et Anderson, 1978). Les traditions culturelles de chacune des civilisations du monde représentent autant de réponses satisfaisantes éprouvées dans un grand nombre de circonstances qui assurent la stabilité des sociétés par les modèles de conduite qu'elles proposent aux individus. L'individu sain est celui qui par sa socialisation et l'accumulation de ses expériences a réussi à comprendre et à assimiler le contenu et la signification de chacune de ces traditions. C'est ainsi qu'il acquiert des compétences particulières pour assurer la réalisation de ses besoins organiques, sociaux et symboliques, qui constituent autant de façons de s'adapter à son environnement physique et au milieu social. Dans ce dernier cas, en particulier, les stratégies d'adaptation individuelle doivent se déployer en tenant compte des prescriptions et des conventions sociales. Dans cette recherche de compétences techniques l'individu doit tenir compte des conditions et exigences du groupe dans lequel il vit comme de ses propres aspirations et ambitions. L'individu doit ainsi assumer plusieurs rôles et fonctions afin de mieux remplir ses responsabilités individuelles et collectives. La culture, dans le sens anthropologique de la notion, devient ainsi pour l'individu un instrument primordial d'adaptation et de contrôle de son environnement. Cette action de l'Homme sur un milieu donné est dynamique en ce sens que les transformations apportées dans un milieu agiront, à leur tour, sur les caractères physiques et les comportements humains.

Le fonctionnement harmonieux nous renvoie à des aspects organiques comme le bien-être physique, à l'équilibre psychologique et à l'intégration sociale. Ces deux derniers éléments méritent une attention particulière. L'équilibre psychologique est une situation qui n'est pas facile à définir. À notre sens, c'est le maintien de la condition psychique essentielle telle qu'elle est définie dans le cadre théorique de Leighton. L'individu en équilibre se sent bien dans sa peau. Il ressent une sensation de satisfaction générale par rapport à lui-même, par rapport aussi aux relations interpersonnelles dans lesquelles il s'engage et par rapport, enfin, à ses conditions et à ses expériences de vie. Les motivations individuelles donnent un sens aux conduites, l'ensemble des besoins sont satisfaits d'une manière adéquate, les projets

d'avenir constituent des objectifs atteignables étant donné les compétences individuelles et les ressources du milieu.

L'intégration sociale est une autre notion « positive » qui nous aide à comprendre l'état de santé des individus. C'est la capacité de l'individu d'assumer l'ensemble des rôles qui lui sont dévolus et de les remplir en se conformant aux normes de sa culture et en respectant les attentes des autres. L'individu est capable de s'intégrer socialement dans la mesure où les modèles de rôles qui lui sont proposés comportent des définitions partagées. La notion de rôle est au cœur d'une définition normative des modèles de conduite définis pour chacun de ces rôles. Ils deviennent anormaux quand ils s'éloignent des définitions coutumières. Dans les sociétés où l'idéologie est unitaire, tous les acteurs sociaux s'inspirent des mêmes modèles de rôle : il y est plus facile de distinguer la conduite déviante de la conduite normale. Dans les sociétés technologiques et industrielles comme les nôtres, les idéologies sont pluralistes et, par voie de conséquence, il existe de multiples définitions pour chacun des rôles à tenir aussi valables les unes que les autres, le tout dépendant du groupe de référence. Ainsi dans ces types de société il y est d'autant plus difficile de déceler l'anormalité qu'en plus elle représente une réalité à caractère relatif et instable.

Tenant compte des considérations précédentes sur la tenue des rôles dans les sociétés pluralistes, il n'est point surprenant que l'individu éprouve des difficultés dans le choix des définitions particulières pertinentes et dans l'intériorisation des conduites qui correspondent aux systèmes d'attente des membres. Ces choix ne sont pas toujours rationnels et les conduites ne sont pas toujours l'aboutissement logique de ces derniers. L'individu ne vit pas en vase clos. Pour autant il doit résoudre les ambiguïtés, amenuiser les conflits, réduire les angoisses et, ce faisant, éviter d'être mis de côté. Voilà autant d'efforts qui permettent à l'individu de se maintenir dans un groupe et d'être accepté. Voilà un des multiples besoins sociaux de l'individu dont la satisfaction nécessite des stratégies qui doivent être constamment restaurées et renouvelées. Ne peut-on pas prétendre, pour conclure ces observations sur le fonctionnement harmonieux, que l'état de santé d'un individu est constamment mis en question par les phénomènes extérieurs, par les expériences vécues qui modifient continuellement l'univers de

ses perceptions et de ses émotions et par l'évolution de sa personnalité ?

La croissance continue se traduit par une évolution dynamique de la personnalité. C'est une prise de conscience chez l'individu qui se traduit par une image de soi positive et par la connaissance de ses véritables possibilités. C'est la capacité de réfléchir sur ses conduites et de les évaluer d'une manière critique, mais c'est aussi l'aptitude à évaluer et juger la conduite des autres. L'individu doit encore être capable d'une grande souplesse pour se mettre en question et se transformer afin de mieux s'adapter aux situations dans lesquelles il se trouve. Son mode de vie, tout en dénotant le respect des autres, reflète une grande autonomie et liberté d'expression. Ses idées novatrices représentent d'ailleurs des contributions nécessaires au progrès du groupe d'appartenance et peut-être aussi à l'élaboration des conditions qui rendront possible une vie qualitativement satisfaisante.

L'arc de vie introduit une notion temporelle dans le profil d'existence de l'individu. C'est la continuité qu'établit l'individu entre ses diverses expériences en leur conférant une signification commune. Mais c'est aussi l'adaptation successive de l'individu à ses divers âges chronologiques, à ses niches écologiques, à ses diverses fonctions sociales et professionnelles. C'est finalement la capacité de se renouveler et de se dépasser.

Les deux modèles de la pensée médicale

[Retour à la table des matières](#)

La pensée médicale classique ou le modèle bio-médical.

1. Toute maladie correspond à une lésion repérable : v.g. : l'ulcère, la tumeur, l'excroissance, l'inflammation, la malformation, la torsion, l'oedème, l'ecchymose, l'embolie, la thrombose, et ainsi du reste ;
2. Le processus causal est intrinsèque au sujet et presque exclusivement d'ordre biologique ou organique. On identifie trois

types de lésion (le diagnostic) qui correspondent à trois instrumentations utilisées dans le diagnostic, soit : la lésion macroscopique, la lésion microscopique (le microscope électronique) et la lésion biochimique (au niveau des molécules et des enzymes) ;

3. Le traitement consiste à éliminer l'agent causal par des types d'intervention qui correspondent à la nature des lésions. L'intervention chirurgicale enlève l'organe malade. On supplée à la déficience biochimique ou on corrige l'erreur métabolique par des médicaments. On tue le microbe par l'antibiotique (l'antibiothérapie) (Roy, 1975).

La pensée médicale contemporaine, ou le modèle systémique.

1. La maladie peut être un phénomène global, un déséquilibre disséminé, une modalité existentielle ;
2. Le processus est diffus, plurifactoriel et socio-culturel. Il est à la fois endogène et exogène, à l'intérieur (biologie et psychologie) et à l'extérieur (psychologie des perceptions et motivations et culture) ;
3. Le traitement consiste tout autant à modifier les conditions de vie du malade, à modifier la société dans laquelle vit un individu en éliminant un taudis, en modifiant les conditions de travail, en changeant la mentalité.

En conséquence, le traitement ne saurait être que global et devrait porter sur toutes les dimensions du phénomène. La tâche principale de la médecine nouvelle consisterait à rétablir l'équilibre existentiel.

Le normal et le pathologique (Leighton et al., 1957)

[Retour à la table des matières](#)

Le concept d'« équilibre existentiel » doit maintenant être expliqué en utilisant le concept de santé ou de normalité et celui de maladie ou de pathologie et en les plaçant sur le continuum normal-pathologique. Ce continuum nous permet de pousser notre analyse au-delà des considérations antérieures par le biais de notions telles que la santé mentale et le déséquilibre psychologique. C'est dans le contexte d'une santé mentale optimale que ce concept fut développé par Leighton dans son ouvrage théorique *My Name is Legion* dans lequel il examine l'influence des facteurs socio-culturels sur l'état de santé psychologique des individus. En se fondant sur différents critères (statistique, symptomatologique, modèle dynamique de la personnalité) on en arrive à développer différentes conceptions de la normalité et de la pathologie.

Normalité selon une distribution statistique

Si la majorité ou tous les membres d'un groupe partagent une caractéristique donnée (affiliation à une même confession religieuse), on peut en déduire que cette caractéristique est « normale ». La normalité, dans ce cas, découle d'une distribution statistique. Mais ce qui survient avec la plus grande fréquence n'est pas obligatoirement associé à la santé ou à la maladie. Tous les membres d'une population insulaire, par exemple, peuvent souffrir de malaria ou être atteints de syphilis : on ne saurait prétendre que nous sommes en présence de phénomènes « normaux ». Pour autant une norme statistique ne saurait valablement définir ce qui est sain ou malsain dans un groupe particulier.

Normalité selon un modèle symptomatologique

[Retour à la table des matières](#)

En utilisant un modèle symptomatologique, la notion de santé est une catégorie résiduaire, c'est-à-dire l'absence de maladie. Nous sommes en présence d'une définition négative de la santé par l'absence de symptômes particuliers ordinairement associés à une maladie donnée. Le symptôme est une plainte exprimée par le patient qui peut refléter plus ou moins parfaitement les signes pathologiques observés par le médecin traitant. Les expressions subjectives du patient peuvent ainsi rendre difficile le diagnostic médical car les mêmes maladies suscitent, chez différents patients, diverses plaintes. Les symptômes varient ainsi dans le temps et selon les circonstances pour traduire différents états d'âme de l'individu, différents types de personnalité, différentes idéologies des divers milieux sociaux et professionnels par rapport aux attitudes individuelles vis-à-vis de la maladie, de la douleur et de la souffrance. En dernier lieu, les symptômes varient en fonction des civilisations car elles incarnent des visions du monde et des conceptions de la vie qui se répercutent sur les représentations sociales de la maladie et de la douleur. Malgré leur valeur indéniable pour le médecin traitant dans sa recherche d'un diagnostic, les symptômes ne peuvent toutefois pas servir de barème à une définition normative de la santé.

La normalité selon un modèle dynamique de la personnalité

Tout modèle dynamique met l'accent sur le processus de croissance et, pour autant, s'intègre mieux dans une perspective systémique. Pour saisir et comprendre ce processus de croissance dans son déroulement, il faut examiner les expériences de l'individu dans ses différents milieux d'existence et découvrir comment elles ont façonné la personnalité de l'individu, sa motivation et ses désirs, ses conduites individuelles et ses comportements interpersonnels, l'acceptation et la réalisation de ses rôles. Dans cette perspective conceptuelle, le pathologique est défini comme étant une constellation d'attitudes et de conduites qui

empêchent la réalisation d'un type de personnalité qui soit équilibré et bien intégré socialement. Cette conception s'applique peut-être plus naturellement à la santé psychologique mais elle est tout aussi pertinente à la santé biologique. Dans ce dernier cas, les signes organiques de la maladie empêchent le patient de poursuivre ses activités coutumières. Le désordre psychologique, comme nous l'avons vu, est un temps d'arrêt dans le processus de croissance étant donné que les conditions « normales » (et parfois même minimales) de la maturité n'existent pas ou, si elles existent, elles ne sont pas perçues et intériorisées par l'individu.

La maturité est-elle la conséquence de la conformité aux systèmes normatifs du groupe ? Cette question nous renvoie aux constatations que nous énoncions sur la nature de la maladie et sur ses liaisons aux traditions culturelles des groupes. Ce caractère transculturel de la santé et de la maladie introduit des jugements de valeur sur la fonctionnalité des individus et leur degré d'intégration sociale. La santé individuelle et la santé collective d'un groupe, bien qu'elles soient différentes, sont indissociables car elles font partie du même univers. Les individus, dans ce contexte culturel, demeurent productifs et actifs (en santé) en autant que l'ensemble des conditions biologiques, psychologiques et culturelles favorisent leur équilibre et leur croissance. Le concept de « normalité » dans ce contexte doit être remplacé par celui « d'optimalité » qui traduit plus fidèlement cet ensemble de conditions préalables susceptibles de favoriser la maturité de l'individu et sa contribution positive au progrès du groupe.

Le caractère parcellaire des interventions cliniques

[Retour à la table des matières](#)

L'évolution des sciences de la santé vers la spécialisation et la multiplication des tâches professionnelles a suscité des modifications profondes tant dans l'organisation de la dispensation des soins que dans les gestes thérapeutiques eux-mêmes. Puisque plusieurs spécialistes sont appelés à intervenir sur le patient selon leurs conceptions disciplinaires propres dans l'exécution de leurs fonctions professionnelles, il devient de plus en plus difficile de coordonner l'ensemble des actes

thérapeutiques. Le patient, pour sa part, éprouve de la difficulté à percevoir les finalités de chacune des interventions professionnelles tout comme il saisit imparfaitement les relations entre les soins qu'on lui dispense et la compréhension qu'il a de son état de santé. Le fractionnement des interventions professionnelles dans les divers contextes de dispensation des soins a favorisé des soins plus intensifs, selon une technologie médicale de plus en plus perfectionnée. En contrepartie, ce déploiement technologique doit s'inscrire dans des structures administratives de plus en plus complexes s'apparentant aux grands ensembles bureaucratiques où les principes moteurs sont la rationalisation et l'efficacité. Mais cette « bureaucratisation » du régime de dispensation des soins et des institutions de santé entraîne un refroidissement, sinon une dépersonnalisation de la relation thérapeutique. Tous les efforts et les actes déployés en vue de « guérir la maladie » tiennent insuffisamment compte du patient, de son individualité, de ses angoisses et de ses craintes, de son désir de connaître (à l'intérieur de certaines limites) la nature de sa maladie, de sa perception de l'univers des soins dans lequel il se trouve projeté, de ses conceptions de la maladie, de ses projets d'avenir. Tout se passe comme si le progrès technique et organisationnel de la dispensation des soins s'effectuait au détriment de la relation thérapeutique en la vidant de ses aspects affectifs et socio-culturels. Examinons de plus près les déficiences de ce système fondé sur les connaissances les plus récentes de la technologie biomédicale et de l'organisation industrielle des appareils bureaucratiques en nous référant, en tout premier lieu, à l'organisation proprement dite puis à l'univers des perceptions, des émotions et des attitudes du patient.

Le système organisationnel

[Retour à la table des matières](#)

Les déficiences du système organisationnel s'expriment dans deux genres de difficultés qui varient selon la qualité des institutions de santé et le fonctionnement des équipes professionnelles qui y travaillent, à savoir : la coordination des actes professionnels de l'équipe des soignants et le maintien d'un climat thérapeutique favorable à la guérison.

La coordination des actes professionnels de l'équipe des soignants.

Les difficultés de coordonner l'ensemble des actes thérapeutiques des diverses catégories de soignants sur le patient varient d'une institution de santé à l'autre, d'une équipe thérapeutique à l'autre et d'un type d'intervention à l'autre. L'efficacité fonctionnelle des équipes en chirurgie cardiaque n'est plus à démontrer. Les tâches particulières de chaque membre de l'équipe sont bien définies par rapport aux objectifs poursuivis et tous les membres agissent en tant que groupe dans un temps limité et se contrôlent les uns les autres tout en suivant un modèle d'intervention quasi immuable dans sa reproduction. Si le modèle doit être modifié pour tenir compte d'événements cliniques inattendus, mais la plupart du temps prévisibles, le chirurgien en chef prend sur le champ des décisions qui entraînent automatiquement chez les autres membres de l'équipe des comportements de rechange appropriés. Ces équipes sont bien rodées et leur efficacité fonctionnelle est largement reconnue. Par contre les équipes multidisciplinaires dispensant des soins de nature psychiatrique éprouvent de sérieuses difficultés à atteindre une efficacité de nature comparable. Cela tient tout autant à la nature de la maladie qu'au type d'intervention souhaitable à la lumière des perspectives disciplinaires et à l'intérieur de celles-ci, selon les orientations conceptuelles privilégiées. À la limite, on pourrait invoquer les disponibilités instrumentales comme facteur d'influence sur les activités de l'équipe. Qu'il s'agisse des difficultés de coordination ou des exigences insatisfaites de l'univers phénoménologique des patients, les premières équipes comme les dernières ne peuvent servir de cadre général d'analyse puisqu'elles nous apparaissent comme atypiques. Choisissons plutôt des équipes d'efficacité moyenne, les déficiences notées auparavant apparaîtront alors comme se révélant dans des cas-type.

Les difficultés de coordination de l'équipe résultent tout autant de sa taille et de sa composition que de la nature de l'intervention clinique et de la formation disciplinaire de ses membres. L'équipe à laquelle nous songeons est composée de six ou sept membres ayant une formation professionnelle différente. En principe, à tout le moins, la division du travail à l'intérieur de l'équipe ne soulève guère de contestation même si à l'occasion la spécificité des tâches professionnelles fait l'objet de vives discussions à l'occasion de la signature de conven-

tions collectives ou encore à l'occasion de griefs faisant l'objet d'un arbitrage public. La structure d'autorité (hiérarchique habituellement) ne fait pas non plus l'objet de contestations sérieuses et les revendications des catégories professionnelles non médicales en vue de créer des équipes où la structure de participation serait de nature égalitaire demeurent substantiellement nominales, donc sans suite. Tant et aussi longtemps que les médecins détiendront « le pouvoir médical » et qu'ils exerceront un contrôle quasi-absolu sur le processus thérapeutique, les équipes refléteront dans leur structure et dans leur organisation la position et les attributions médicales. Nous mettons également de côté les situations d'urgence qui nécessitent des interventions, ponctuelles de la part de professionnels ayant des positions de subordination dans l'équipe qui font par après l'objet de révision par le responsable. Nous ne pouvons tenir compte également de situations où les interventions de spécialistes ayant un statut professionnel comparable suscitent des désaccords ou des divergences de vues qui doivent faire l'objet de discussions et de conciliations. L'ensemble des situations que nous excluons témoignent de complexités nombreuses et diverses qui freinent l'action des équipes multidisciplinaires : au surplus ces éléments ne se traduisent pas nécessairement dans des modèles généralisables à l'ensemble des situations.

Plutôt que de s'attarder aux déficiences structurelles de l'équipe, nous voulons mettre en relief le fractionnement de l'équipe dans sa composition et dans ses actes thérapeutiques et à la distance temporelle qui sépare les interventions des divers acteurs sociaux. C'est dans la dynamique propre de l'action professionnelle de chacun des équipiers ainsi que dans les intentions réciproques qui doivent servir de fil conducteur ou d'élément de soudure qu'apparaissent les difficultés de la coordination thérapeutique. Comment, en effet, est-il possible de susciter une unité d'intention et d'action chez tous les intervenants lorsque l'action professionnelle de certaines catégories ressemble au « travail en miettes » de la production industrielle laquelle est presque toujours dissociée des finalités et des significations de l'ensemble des gestes posés ? Comment, aussi, conserver l'harmonie dans les relations interpersonnelles chez tous les participants de cette action commune qu'est le traitement du patient, surtout si on tient compte du roulement intensif des membres de l'équipe ? Qui, en l'absence du responsable, assume la coordination des gestes thérapeutiques ? Qui peut

transmettre au patient les informations techniques (souvent fort complexes) qu'il désire obtenir et comment apprécier la situation dans son ensemble quand il s'agit de transmettre au patient des informations de nature délicate (qui ont un caractère vital par rapport à ses chances de guérison) et de prévenir des réactions émotives qui compromettent l'efficacité de l'action thérapeutique ? Comment assurer la continuité et la pertinence dans la dispensation des soins étant donné les conditions changeantes dans l'état de santé du patient ? Quels systèmes de communication ont été prévus pour que tous les intervenants possèdent les informations pertinentes à leur action propre ? En bref, le morcellement vertical (la division des tâches professionnelles) et la fragmentation horizontale (dans le temps) des actes thérapeutiques entraînent de nombreuses difficultés de coordination qui se répercutent sur la qualité des soins dispensés et, en définitive, sur le processus de guérison du patient.

D'aucuns sont convaincus que la structure pyramidale d'autorité dans l'équipe offre les meilleures garanties de succès. Si ce genre de structure assure une meilleure conception générale des traitements à dispenser et permet un contrôle plus facile des divers gestes thérapeutiques le résultat d'ensemble repose trop exclusivement sur les qualités professionnelles et humaines du chef d'équipe. Comme l'autorité appartient à un seul membre de l'équipe et que les diverses catégories professionnelles entretiennent des relations hiérarchiques entre elles, cela influe sur l'esprit d'initiative de chacun et sur leur désir ou motivation à assumer des responsabilités prévisibles ou complètement inattendues. En un mot, une structure bureaucratisée de l'organisation des soins à travers les tâches et responsabilités particulières de chacune des équipes traitantes, atteint plus sûrement les fins techniques de l'intervention même si on note certaines déficiences dans la coordination des efforts. Mais peut-on également affirmer qu'elle assure une meilleure humanisation des soins ?

L'humanisation des soins. Comment définir l'humanisation des soins si ce n'est par l'obligation de centrer les interventions thérapeutiques en fonction du malade pour que celles-ci en tant qu'expériences vécues deviennent des éléments positifs dans le processus de guérison. L'univers phénoménologique du patient est toujours global mais dans

cette totalité, l'expérience de la maladie et la tenue du rôle de malade confèrent à cet univers perceptuel un coloris bien particulier dont la relation thérapeutique doit tenir compte. L'expérience de la maladie, en plus de traduire sur les plans biologique, psychologique et culturel des mésadaptations plus ou moins sérieuses, s'exprime également dans un retrait du corps social, dans une dissociation du corps, en bref, elle est une expérience de solitude et d'angoisse et de réinterprétation à l'intérieur de laquelle les perceptions, les émotions et les attitudes constituent les premiers moteurs des réactions individuelles. On comprend mieux ainsi l'importance d'une relation thérapeutique où la compréhension, l'appui, la chaleur et la confiance mutuels permettent chez le patient un haut niveau de satisfaction. Peut-on prétendre que le morcellement des interventions sur le patient est de nature à assurer au rapport soignant-soigné ces divers éléments de qualité ?

Le jugement que les divers observateurs portent sur le climat thérapeutique met en lumière l'affaiblissement des éléments humains au détriment de l'efficacité technique et de la rationalité bureaucratique. Mais pourquoi cela est-il ? Est-il possible de réorienter l'action clinique pour que le patient, et non la maladie, redevienne l'épicentre de l'intervention thérapeutique ? Comment peut-on tenir compte de l'univers phénoménologique du patient de façon qu'il soit au cœur des actions et des interventions cliniques ? C'est, à notre sens, par la recherche et la découverte de l'univers des perceptions et des émotions du patient.

L'univers subjectif du patient

[Retour à la table des matières](#)

L'expérience de la maladie en tant que principe d'éclatement du jugement critique. L'expérience de la maladie est traumatisante en ce sens qu'elle est une atteinte à l'intégrité de l'organisme, qu'elle trahit le dépérissement et la décrépitude et qu'elle symbolise, d'une certaine façon, la mort. Par les angoisses et les craintes qu'elle suscite chez le patient, ce dernier est souvent incapable de juger avec justesse de la gravité de sa maladie. En ce sens, l'expérience pathologique constitue un principe d'éclatement du jugement critique de l'individu. Tout concourt pour ainsi dire à la nécessité d'une intervention personnelle

intense entre le soigné et ses soignants afin de replacer cette expérience dans sa véritable perspective.

Nous postulons un niveau de conscience chez l'individu et un désir chez les soignants de participer activement à sa réhabilitation. Le patient cherche alors à mieux comprendre la nature de sa maladie, à mieux apprécier les interventions des professionnels de la santé par rapport aux soins exigés, à mieux définir le sens de sa contribution personnelle et à accepter, le cas échéant, les résultats thérapeutiques. Nous avons vu plus tôt que le cadre thérapeutique n'est pas construit pour satisfaire à l'universalité des besoins du patient. Il est conçu pour répondre aux exigences techniques de l'intervention thérapeutique. Les traditions curatives actuelles accordent trop peu d'importance aux perceptions, sensations et attentes du patient : c'est une observation que ne cessent de répéter les spécialistes des sciences humaines. Mais il faut bien avouer, en revanche, que ces états subjectifs du patient, y compris la conception de sa maladie, sont tout autant influencés par l'histoire de vie du patient que par son expérience pathologique proprement dite. L'ampleur de ces expériences antécédentes échappe à l'observation immédiate étant donné qu'on ne dispose pas des instrumentations nécessaires à leur reconstitution. Il est tout naturel, dans les circonstances, de ne pas en tenir compte, soit qu'elles soient définies comme insignifiantes ou comme des épiphénomènes, ce qui correspond aux mêmes postulats épistémologiques.

La perception des agents thérapeutiques. Que dire, enfin, de la perception par le patient des divers agents thérapeutiques, de leurs interventions (compétence professionnelle, intérêt et motivation dans les tâches, chaleur dans les relations humaines avec le patient) et des messages réels ou symboliques qu'ils transmettent dans la situation thérapeutique ? On s'explique mieux ainsi les difficultés que le patient éprouve à replacer l'action de chaque intervenant dans un plan d'ensemble. Le patient comprend mal aussi la division du travail ainsi que les présupposés idéologiques qui soutiennent ces découpages professionnels et administratifs.

Le cadre social de la distribution des soins

[Retour à la table des matières](#)

En référant au cadre social de la distribution des soins, nous centrons notre analyse sur les types d'institutions qui dispensent des soins de santé, tels que les établissements hospitaliers, les cliniques privées, les centres de services sociaux, les centres d'accueil et d'hébergement, les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.). Chacune de ces institutions s'insère dans un régime général de distribution des soins qui vise à assurer l'ensemble des besoins de santé de la collectivité québécoise. À la suite du dépôt du rapport d'enquête sur la santé et le bien-être social de la Commission d'enquête Castonguay-Nepveu, le Québec a réorganisé en profondeur son système de distribution des soins à la lumière des principes directeurs de la gratuité et de l'accessibilité générale des services et soins de santé. Il ne s'agit pas ici de présenter un aperçu général de ce régime (*Les affaires sociales au Québec*, 1980) mais d'en apprécier la qualité en s'intéressant tout autant aux services dispensés qu'au degré de satisfaction des clientèles. Bien qu'elles s'insèrent dans une configuration culturelle plus large, ces diverses institutions de santé peuvent être vues comme des systèmes sociaux autonomes ayant des fonctions spécifiques interdépendantes et complémentaires. Leurs structures et leurs modes de fonctionnement influent sur la distribution des soins et, en définitive, sur la qualité du processus thérapeutique et des modes préventifs.

Toute une section de cet ouvrage (Tremblay, M. A., en rédaction) présente des études de cas (l'omnipraticien, l'hôpital, les services de santé, la communauté cliente) dont les analyses sont fondées sur des hypothèses de travail qui s'inscrivent dans une perspective systémique. Reconstituons-en la trame d'ensemble par l'énoncé des hypothèses qui servent de fil conducteur dans l'étude de l'évolution des fonctions du médecin de famille, des établissements hospitaliers et des services de santé.

Pour comprendre le rôle traditionnel du médecin de famille et en esquisser les principaux traits, il est essentiel de le concevoir comme

résultant d'une tradition médicale qui s'est bâtie dans la culture traditionnelle québécoise. Ce rôle professionnel de généraliste et l'ensemble des fonctions qui s'y greffent résultent d'une part de la conception que se fait le médecin de son activité professionnelle (définition objective) et des aptitudes dont il dispose pour l'extérioriser dans des situations particulières et, d'autre part, de la conception du médecin et de la médecine (définition communautaire) par les clientèles.

De la même manière, les transformations qui s'enregistrent dans le régime des soins de santé, en général, et dans l'univers des services et soins hospitaliers, en particulier, s'apparentent à ceux qui surgissent dans d'autres univers socio-culturels et en sont indissociables. L'hôpital s'insère dans une culture : il possède une histoire, un vécu et un avenir qui se modèlent à l'image de la culture globale. Que faut-il inventer, alors, pour conférer à l'hôpital moderne des fonctions de haute efficacité technique tout en réduisant les conséquences déshumanisantes de l'avancement technique ?

L'analyse des services de santé suggère quelques voies possibles de solution par une participation des clientèles aux processus administratifs de décision. L'adaptation des professions de la santé aux exigences du progrès technique et de la modernité nécessite des mises en question des finalités comme des pratiques professionnelles non pas seulement pour tenir compte de l'accumulation des connaissances médicales nouvelles mais aussi pour refléter les exigences de la société moderne qui évolue vers une socialisation élargie et vers l'expression manifeste des fonctions critiques de ses membres. Les clientèles sont maintenant plus conscientes des influences qu'elles peuvent exercer sur le système de dispensation des soins lorsqu'elles s'expriment ouvertement par rapport à leurs attentes et qu'elles s'engagent à une participation qui en vise la réalisation. Les impératifs de la société technique s'expriment à la fois dans les réorientations de l'action quotidienne des professionnels de la santé, dans les réajustements du cadre institutionnel de pratique et dans un engagement novateur de la communauté. Toutes ces nouvelles pratiques se reflètent dans la révision des législations professionnelles et des codes déontologiques.

Les réactions des clientèles

[Retour à la table des matières](#)

Les nouvelles législations sur la santé visent expressément à protéger les citoyens et les usagers des services sanitaires contre les abus possibles des institutions et des professionnels de santé. Les codes d'éthique imposent des contraintes nouvelles aux professionnels de la santé dans les actes thérapeutiques comme dans les recherches sur les humains et reconnaissent aux clients le droit aux informations pertinentes et l'accès à leur dossier médical. Ce sont, en définitive, des situations nouvelles qui agissent sur le système de distribution des soins à la manière de principes rétroactifs. Ces réactions des clientèles constituent de puissants dynamismes de changement dans le régime de distribution des soins et dans les coûts économiques et sociaux de la maladie.

Le régime de distribution des soins

Le rapport de la Commission Castonguay-Nepveu, auquel nous faisons allusion plus tôt, a essentiellement préconisé une démocratisation des soins et services de santé qui rendrait tous les Québécois égaux devant les risques de la maladie en élaborant un système qui assurerait la gratuité des soins, l'accessibilité des services (Villedieu, 1976) par la décentralisation et la régionalisation et par des politiques de développement qui favoriseraient les catégories sociales les plus défavorisées. La mise en application du régime d'assurance-maladie n'a pas engendré toutes les améliorations escomptées. Certains services, bien qu'accessibles à tous en principe, ne sont pas rendus à certains groupes d'individus (communautés isolées et excentriques, malades chroniques, individus souffrant de maladies de civilisation, de désordres psychologiques, principalement les sociopathies, etc...). La répartition géographique des effectifs médicaux, une anomalie que la nouvelle loi visait à corriger, est demeurée presque inchangée. Les nouvelles contraintes budgétaires (réduisant les services, les personnels, le nombre de lits disponibles dans les établissements de santé par

exemple) compromettent les amorces de décentralisation et de régionalisation. Les clientèles se plaignent, à juste titre, de ne plus recevoir des services autrefois disponibles d'une manière générale (les visites à domicile). Elles interviennent pour réclamer des services ou pour désavouer des pratiques injustifiées, soit par la voix des administrateurs des institutions de santé, soit par le biais d'associations professionnelles, de groupes syndicaux et d'associations volontaires, ou soit encore par l'entremise de la presse écrite et parlée et des autres moyens de communication de masse.

La qualité des soins

[Retour à la table des matières](#)

La population, en général, porte un jugement d'ensemble positif sur le régime québécois d'assurance maladie en ce sens que ses avantages surpassent largement ses déficiences. Des professionnels de la santé, des cadres du fonctionarisme, des hommes politiques en vantent publiquement les mérites et les qualités. En revanche, on exprime des réserves par rapport à l'amélioration de la qualité des soins et des services offerts durant la dernière décennie. Comment justifier ces dernières lorsqu'on tient compte des progrès sensationnels des sciences bio-médicales des dernières années, des nouvelles techniques thérapeutiques et de nouvelles drogues (par exemple, dans le traitement de l'hypertension artérielle)? À notre point de vue, l'amélioration, comme la stagnation et même la détérioration de la qualité des soins, représentent des jugements qui se fondent sur des critères particuliers incomplets. Si on se réfère à certains barèmes, tels que l'affaissement des taux épidémiologiques de certaines maladies, la baisse du taux de mortalité infantile, le rehaussement de l'espérance de vie tant chez les hommes que chez les femmes ⁵, les succès de chirurgies cardiaques spectaculaires, on prend conscience à la fois des possibilités nouvelles de la médecine et, indirectement, de l'amélioration des thérapeutiques utilisées pour contrer la maladie et allonger l'arc de vie. Par contre, si on se sert de normes différentes telles que la réduction substantielle

⁵ Cette croissance semble toutefois s'être stabilisée en Occident depuis le milieu des années soixante.

dans le nombre des visites à domicile, la durée de l'attente avant l'hospitalisation, l'engorgement des services externes des établissements hospitaliers, l'échec relatif dans le traitement des désordres psychologiques y compris celui de diverses chimiothérapies, le refroidissement de la relation thérapeutique, l'intérêt relativement faible des praticiens de la santé pour une médecine sociale et préventive, elles témoignent incontestablement d'une évolution lente dans l'amélioration de la qualité des soins. Peut-on conclure que le régime québécois de l'assurance-maladie a favorisé la quantité des soins au détriment de la qualité ? Pour répondre objectivement à cette question il est nécessaire d'entreprendre des études évaluatives approfondies. Au surplus, il faut bien le noter, le choix des critères devant servir à bâtir des échelles d'évaluation est de toute première importance. On possède des indicateurs qui apprécient le niveau de santé d'une collectivité. Peuvent-ils traduire tout aussi bien la qualité de la distribution des soins ? Comment incorporer les jugements subjectifs des clientèles ? Comment apprécier les insuccès et les rechutes qui nécessitent la répétition des mêmes actes thérapeutiques ? Comment juger des négligences et de l'incompétence ?

Les coûts économiques et sociaux de la maladie

[Retour à la table des matières](#)

La mise en application au Québec de l'assurance maladie a suscité comme il fallait s'y attendre une demande accrue pour les services et les soins de santé. Si à l'accroissement dans le nombre des services rendus, y compris ceux dont la couverture est récente, on ajoute la hausse dans le coût des services (investissements immobiliers, l'équipement, les salaires de la main-d'oeuvre, les frais professionnels, etc...) on obtient une meilleure idée des divers facteurs qui contribuent à l'évolution rapide des coûts des services sociaux et de santé. Par ailleurs ce sont les utilisateurs qui, par leurs impôts directs et indirects, fournissent les ressources financières nécessaires au système de soins. Pour autant, on a vu apparaître ces dernières années une conscience plus vive des coûts des services publics (santé et bien-être, éducation, entre autres) et une volonté plus arrêtée d'en freiner l'expansion autant chez les responsables gouvernementaux et les agents des administra-

tions publiques que chez les citoyens avertis. Ce sont autant de contraintes nouvelles qui mettent en question l'amélioration de la qualité des soins.

Les coûts économiques et sociaux de la maladie imposent des privations à la très grande majorité des québécois. Bien que plusieurs catégories de travailleurs (les syndiqués, en particulier) soient à l'abri des risques financiers associés à la maladie (la perte d'une partie de ses revenus) il existe encore des milliers de travailleurs qui subissent les contrecoups financiers d'un arrêt de travail plus ou moins prolongé (endettement, privations de toutes sortes, insécurité financière, abandon de projets jugés essentiels à l'amélioration de la qualité de la vie). Comment apprécier aussi en termes financiers et dans leurs répercussions sociales l'incapacité physique ou psychologique de ceux qui ont subi une longue maladie ou qui ont été victimes d'un accident grave ? Comment évaluer, enfin, la baisse de la productivité « nationale » causée par la maladie (y compris les maladies industrielles), les accidents (en particulier les accidents de travail) et l'absentéisme ? Du côté de l'individu comme du côté de la collectivité, les coûts économiques et sociaux de la maladie sont élevés.

4. L'importance relative des facteurs culturels sur la santé

[Retour à la table des matières](#)

Une des contributions les plus substantielles de l'anthropologie culturelle dans l'analyse des traditions des diverses civilisations du monde fut d'énoncer des généralisations qui possèdent un caractère d'universalité parce qu'elles sont fondées sur des observations recoltées dans des contextes transculturels multiples. Non négligeables furent aussi les apports de l'ethnologie à la connaissance de la maladie et de la pratique médicale dans les milieux ruraux et traditionnels, c'est-à-dire dans la « petite communauté ». Les connaissances récemment acquises en ethnomédecine témoignent d'un intérêt renouvelé pour la

compréhension des médecines traditionnelles et primitives ainsi que pour la connaissance de leurs fondements philosophiques et théologiques. Finalement, l'histoire de vie des « médecine men » et des guérisseurs représentent des contributions de première main qui donnent directement accès à la culture vécue des malades et des guérisseurs, révélant ainsi non seulement la dynamique d'un segment culturel mais aussi des éléments significatifs de l'organisation sociale et des patrons culturels. L'anthropologie de la santé se définit comme une discipline qui étudie les faits de santé pris globalement comme nous avons cherché à l'illustrer jusqu'à maintenant. En tant que telle, les analyses qu'elle présente établissent les relations qui existent entre la maladie, les systèmes de dispensation des soins et les patrons culturels. Toutes les civilisations du monde ont développé des conceptions de la maladie, ont élaboré des systèmes de dispensation des soins et ont mandaté des spécialistes pour traiter les malades et les aider à restaurer les équilibres physiologiques, psycho-somatiques et socio-culturels rompus. Conceptions de la maladie, élaboration des méthodes prophylactiques, apprentissage des guérisseurs, application des thérapeutiques, constituent autant d'éléments du système médical qui sont influencés par les visions du monde, les systèmes de pensée et les modes de vie. Ces relations nous conduisent à discuter brièvement de l'importance relative des facteurs culturels sur l'état de santé. De ce point de vue, certains phénomènes, à l'intérieur de l'univers de la santé, s'imposent à notre examen par l'éclairage qu'ils sont susceptibles d'apporter dans l'analyse de cette relation : a) les conceptions populaires de la maladie ; b) les conceptions du statut de malade et de guérisseur ; c) la définition des états pathologiques et normaux ; d) la décision de se prévaloir des soins médicaux ; e) les définitions culturelles de l'expérience de la maladie et de l'hospitalisation et f) les intervenants en tant qu'acteurs professionnels et sociaux. Chacune des relations entre la culture et la maladie sous l'une ou l'autre de ces perspectives peut faire l'objet d'études approfondies. Nous nous limiterons à énoncer certains aspects de ces relations qui mettent en relief la « production » culturelle de la maladie, les représentations sociales qu'elles suscitent et, en définitive, les adaptations socio-culturelles qu'elles permettent.

Les conceptions populaires de la maladie

[Retour à la table des matières](#)

Il est de plus en plus évident qu'il existe une relation entre l'alphabétisation, le rehaussement de la scolarisation et une meilleure connaissance des « causes » de la maladie dans la perspective de la bio-médecine occidentale. Cette amélioration des connaissances médicales n'a pas touché toutes les couches sociales québécoises de la même manière, les groupes économiquement faibles ainsi que les résidents des milieux ruraux n'ayant certes point progressés au même rythme que les classes privilégiées et les citadins. Ainsi verra-t-on plus fréquemment chez les premières que chez les dernières des conceptions particulières de la maladie, de ses causes et des traitements qui se différencient des définitions « scientifiques » officielles. L'histoire de la médecine occidentale et des médecines « primitives » nous renseigne sur l'influence de ces conceptions populaires sur les pratiques médicales, sur les attitudes vis-à-vis des soignants et des soins qu'ils prodiguent, de même que sur les « rituels » thérapeutiques. Tant et aussi longtemps qu'on a pensé que l'alcoolisme était le résultat d'une faiblesse morale, par exemple, on a préconisé pour les alcooliques une thérapeutique basée sur la tempérance et la pratique des vertus chrétiennes afin qu'ils puissent demeurer dans le « droit chemin » et résister « aux tentations ».

Même s'il existe encore peu d'études sur les survivances des médecines populaires de la société traditionnelle, qu'elles apparaissent ou non dans les médecines parallèles (les guérisseurs qui possèdent des dons et des pouvoirs particuliers, les « ramancheurs », etc.), nous savons que ces conceptions et ces croyances populaires anciennes persistent non seulement à la campagne mais aussi à la ville. Il existe aussi, dans notre société d'aujourd'hui, des thérapeutes qui recrutent des clientèles particulières pour toutes sortes de cures et de traitements (amaigrissement, relaxation, traitement du cancer, hypnose, etc...) qui ne sont pas accrédités par la médecine officielle. Ce sont autant de

situations et d'événements qui dénotent l'existence de conceptions très diverses de la maladie et des thérapies souhaitables.

Sur le terrain des attitudes, des croyances et des conceptions de la maladie, l'ethnologue se sent particulièrement à l'aise car les méthodes d'observation qu'il utilise lui donnent accès à ces données et lui permettent de les replacer dans leurs configurations culturelles d'origine pour révéler leurs significations profondes.

Les conceptions du statut de malade et de guérisseur

[Retour à la table des matières](#)

Étant donné que le malade et le soignant représentent les personnages les plus importants au coeur du système de dispensation des soins, il n'est point surprenant qu'ils fassent l'objet d'attentions particulières en anthropologie de la santé. Tout le système est conçu pour guérir le malade et pour prévenir les rechutes comme il est conçu pour permettre la circulation des thérapeutes dans le système ainsi que l'utilisation des moyens qu'ils jugent nécessaires pour réaliser les fins qu'ils poursuivent. Malade et thérapeute sont aussi dans une structure hiérarchique en ce sens que le premier dépend du second pour recouvrer la santé et réintégrer ses fonctions sociales. Le malade est temporairement coupé de ses fonctions économiques (travailleur, pourvoyeur, soutien de famille) et sociales (père, mari, mère, voisin, etc.) portant ainsi atteinte à l'intégrité de son statut social. Le soignant, au contraire, rehausse son statut par les soins qu'il dispense. Ils lui apportent des revenus et lui permettent de se mériter la reconnaissance sociale. On sait que dans la société traditionnelle québécoise le médecin détenait, avec le prêtre, le statut social le plus élevé. Bien que ce prestige soit amoindri dans nos sociétés industrielles et urbaines, le statut de spécialiste de la santé, et, plus particulièrement celui de médecin, conservent une valeur enviée par d'autres catégories professionnelles.

Les conceptions de la maladie ainsi que les attitudes vis-à-vis du malade et du médecin sont en définitive des éléments fondamentaux

dans les décisions de rechercher ou de ne pas rechercher l'aide du médecin, d'accepter ou de refuser les traitements qu'il propose, de les maintenir jusqu'à la guérison, une fois qu'ils ont été acceptés, ou de les discontinuer en cours de route. La collaboration qu'apporte le malade à sa thérapie est liée à plusieurs facteurs, dont ses attitudes vis-à-vis du soignant (entre autres, le respect qu'il lui porte et la confiance qu'il a dans le traitement), la connaissance qu'il a de sa maladie et des influences que le traitement projeté exercera sur son évolution, sa capacité ou son incapacité à assumer ses fonctions économiques et sociales et les attitudes de la population, en général, et celles de ses proches, en particulier, vis-à-vis de sa maladie. Il n'y a pas si longtemps la tuberculose était perçue comme une maladie stigmatisante et les gens n'étaient pas prêts à admettre qu'ils étaient « tuberculeux ». Aujourd'hui encore les maladies vénériennes sont perçues comme des maladies « honteuses » par la très grande majorité de la population. De la même manière la plupart des désordres psychologiques sont mal vus par la population et ceux qui ont été traités ou hospitalisés pour ce type de maladie éprouvent de la difficulté à se faire accepter lorsqu'ils ne sont pas socialement ou psychologiquement frappés d'ostracisme. Ces divers exemples soulignent l'impact considérable qu'exercent les attitudes collectives sur le processus de guérison du patient par le biais des perceptions positives ou négatives qui s'en dégagent, des obstacles ou des appuis qui s'y rencontrent et des effets démoralisants ou revalorisants qui s'ensuivent. L'individu ne vit pas en vase clos et participe aux traditions culturelles qui l'orientent et avec lesquelles il s'identifie. De la même manière, lorsque ce même individu recherche l'aide médicale et pénètre dans l'univers du régime de distribution des soins (il assume alors le rôle de « malade »), il est alors projeté dans un système socio-culturel (le système médical) où tous les acteurs et agents modèlent leurs comportements à la lumière des prémisses, des traditions et des normes de ce système.

La définition des états normaux et pathologiques

[Retour à la table des matières](#)

Combien de débats théoriques ont été menés afin de définir une critérogologie qui distinguerait le normal du pathologique. Nous avons nous-mêmes évoqué plus tôt certains de ces critères qui ont servi à étayer une problématique de la santé où le vécu et les forces socio-culturelles représentaient des éléments significatifs.

Deux constatations générales découlent de cet arrière-plan conceptuel tandis qu'une troisième peut être déduite de ces dernières : 1) le normal ne se situe pas à un pôle d'un continuum où le pathologique serait à l'autre extrémité, car tous deux appartiennent à des ordres de faits qui sont de natures différentes ; 2) le normal comme le pathologique sont relatifs, à l'intérieur d'une culture, et d'une civilisation à l'autre ; 3) les sciences sociales et humaines établissent l'importance des facteurs culturels sur les états normaux et pathologiques dans le domaine des maladies organiques, psychosomatiques et des désordres psychologiques.

Normalité culturelle et équilibre psychologique

Le normal n'est pas l'opposé de pathologique car les divers éléments de la normalité ou de la pathologie appartiennent à des ordres de faits hétérogènes. Dès lors, il est impossible de tracer une frontière entre ces deux concepts ou d'énoncer des valeurs intermédiaires car ils n'appartiennent pas au même continuum. La normalité culturelle est l'ensemble des conduites des membres d'un groupe qui se conforment aux principes d'action (« ce qui doit être ») de ce groupe renforçant ainsi le système prescriptif des comportements désirés. Les déviants - ou ceux qui dérogent aux prescriptions - subissent les sanctions négatives prévues pour ces transgressions. Tandis que le conformisme est récompensé parce qu'il est perçu comme étant désirable par le groupe, (« normal »), la déviance est châtiée, car elle est définie comme étant

nocive. Toute déviance n'est pas pathologique en ce sens qu'elle peut représenter un dynamisme de changement (invention, innovation, nouvelles définitions de situation, nouveaux idéaux de comportement) fort salutaire pour une unité sociale donnée. Elle devient pathogène lorsqu'elle menace le groupe dans son intégrité ou sa survie.

La normalité psychiatrique, ou l'équilibre psychologique, relève à la fois de la psychiatrie et de l'ethnologie - car c'est à la fois l'adaptation à son milieu ambiant et à l'environnement social, la perception juste de soi-même et de ses capacités, la juste évaluation des attentes des autres et des moyens à utiliser pour les réaliser, l'engagement soutenu vis-à-vis de l'ensemble des responsabilités à assumer, l'aptitude à communiquer son univers intérieur et le champ de ses expériences dans des termes qui sont compréhensibles. C'est aussi la stabilité dans les sentiments de bien-être, la continuité dans la poursuite des objectifs de vie et la satisfaction vis-à-vis de l'accomplissement de certains désirs et aspirations. Nous sommes conscients que cette définition de la normalité est largement colorée par nos affinités disciplinaires, mais elle rejoint celle élaborée plus tôt sur la santé.

Relativisme culturel et ethnocentrisme

[Retour à la table des matières](#)

Le normal et le pathologique sont des concepts relatifs en ce sens qu'ils varient d'une culture à l'autre, tout comme ils peuvent acquérir différentes valeurs d'une catégorie sociale à l'autre (âge, sexe, statut économique, niveau de scolarité, statut civil) à l'intérieur d'une même configuration culturelle globale. Car ce qui est défini comme « normal » dans une culture peut ne pas l'être dans une autre. On n'a qu'à étudier les systèmes matrimoniaux et familiaux de différentes civilisations du monde pour apprécier la variété des modèles et normes en présence non seulement par rapport à leur structure et à leur fonctionnement mais aussi par rapport aux techniques d'apprentissage des jeunes et aux valeurs familiales à transmettre. Ce qui est prescrit dans une culture particulière doit être appréciée non pas à partir des normes et des pratiques culturelles de notre propre société mais à la lumière de celles de la société où ces patrons culturels existent. Combien d'in-

terventions dans les pays du Tiers-Monde ont été justifiées par le principe de la supériorité des techniques, institutions et valeurs occidentales - qu'il s'agisse d'évangélisation, d'éducation ou encore de l'introduction de la médecine occidentale. Certaines médecines découlant des grandes traditions orientales, comme la médecine ayurvédique en Inde, ont réussi à conserver leur importance dans ce contexte d'occidentalisation.

Même à l'intérieur d'une même civilisation il peut exister des différences importantes dans les patrons culturels de la même ethnie. Ces différenciations, qu'elles soient régionales ou liées à des stratifications sociales, se répercutent sur les normes et, par voie de conséquence, sur ce qui est désiré ou réprouvé, accepté ou désavoué, aimé ou détesté, conforme ou déviant, « normal » ou pathologique.

L'importance des facteurs culturels sur la santé

[Retour à la table des matières](#)

L'importance des facteurs culturels sur l'état de santé se traduit tout autant dans les processus étiologiques et curatifs que dans les mécanismes de prévention. Cela vaut, nous semble-t-il, tout autant pour les maladies somatiques et psychosomatiques que pour les désordres psychologiques. On a amplement démontré que des conditions socio-économiques telles que la pauvreté, l'insalubrité des logements, une alimentation déficiente ou encore des pratiques hygiéniques insuffisantes peuvent être à l'origine d'épidémies ou d'un mauvais état de santé. Quant aux maladies psychosomatiques (l'hypertension artérielle, l'ulcère gastrique, l'asthme, l'arthrite, les allergies, l'eczéma, le psoriasis, etc.), on les conçoit comme étant des affections organiques qui sont fortement influencées par l'interprétation des expériences de la vie quotidienne. Ayant identifié, au point de départ, les influences de la psychiatrie sociale et de l'ethno-psychiatrie sur la problématique élaborée, il n'est guère surprenant que nous accordions une importance primordiale aux facteurs associés au mode de vie et aux traditions culturelles dans l'étiologie des névroses. L'exposé de Roger Bastide, même s'il date d'à peu près quinze ans (Bastide, 1965), présente l'essentiel de notre position.

Au moment de l'analyse du processus thérapeutique, nous avons cherché à en comprendre la dynamique. Il se déroule dans des cadres sociaux qui s'inspirent des modes d'organisation et de fonctionnement des institutions des grandes sociétés industrielles et qui sont pris en charge par des équipes de traitement où la division des tâches, la tenue des rôles professionnels ainsi que les types d'intervention respectent les normes techniques d'action de chacune des professions en présence mais aussi les normes gouvernementales et celles de l'institution.

Quant aux mécanismes de prévention, surtout primaires et secondaires, comme ils visent directement la transformation du milieu et des conditions de vie du patient, il est évident qu'ils se fondent sur une bonne connaissance de la société à transformer ainsi que des techniques d'intervention à utiliser pour réaliser de tels objectifs.

La décision de se prévaloir des soins médicaux

[Retour à la table des matières](#)

La décision de se prévaloir ou de ne pas se prévaloir des soins médicaux au Québec n'est plus liée, comme autrefois, au statut économique des clients puisque le régime d'assurance maladie existe depuis 1970. L'utilisation des soins de santé dépend, entre autres, du dépistage précoce des maladies, de l'accessibilité des soins requis dans le milieu de résidence, de l'état des connaissances du public sur les maladies et les saines pratiques hygiéniques et, de l'ensemble des attitudes de la population vis-à-vis de la maladie et des malades, de la médecine officielle, des médecins et des milieux de dispensation des soins. Nous étudierons les facteurs qui sont les plus directement reliés aux modes de vie et aux patrons culturels.

*Les connaissances du public sur la santé
et les saines pratiques hygiéniques*

[Retour à la table des matières](#)

Il faut bien admettre qu'en dépit d'efforts que nous qualifierions de modestes et de traditionnels de la part des gouvernements et des grandes organisations pour éduquer la population québécoise sur les principales « causes » des maladies et sur les saines pratiques hygiéniques, les résultats sont peu encourageants. N'avons-nous point au Canada le championnat des fumeurs, celui de l'embonpoint et probablement aussi celui de l'alcoolisme ? L'habitude de fumer régulièrement comme celle de consommer de l'alcool d'une manière abusive ou d'avoir une alimentation dérégulée constituent autant de risques qui compromettent le bon état de santé des individus. Il y aurait, nous semble-t-il, une éducation sanitaire à inventer pour que toutes les couches de la population - même les plus démunies - soient mieux sensibilisées aux risques que constituent des habitudes de vie qui ne respectent pas les principes fondamentaux de l'hygiène corporelle et mentale. Comment aussi ne pas repenser les programmes d'hygiène publique pour qu'ils soient mieux accordés aux besoins réels des catégories sociales les plus vulnérables (la population âgée, les femmes enceintes, les enfants, les handicapés, etc...) ? Enfin, les efforts pour instaurer une médecine de « première ligne » plus orientée vers la médecine sociale et préventive ont-ils produit les résultats escomptés ?

*Les attitudes de la clientèle vis-à-vis de la maladie
et des malades, de la médecine et des médecins*

Les attitudes de la population vis-à-vis de la maladie et des malades ainsi que vis-à-vis des médecins et de la médecine sont largement dépendantes des conceptions populaires de la maladie, de son degré de gravité et du type d'incapacité qu'elle suscite ou est susceptible de provoquer, de la nature des traitements qu'elle exige et des résultats probables qu'ils produiront. Ces attitudes découlent des connaissances réelles ou présumées qu'ont les citoyens sur la santé et la maladie, de l'ensemble des expériences personnelles de chaque individu par rap-

port à la maladie et aux traitements reçus et de l'ensemble des croyances sanitaires qui subsistent à l'état de survivances ou qui se transmettent oralement et par le biais des médias d'information. Nous ne sommes pas en mesure de caractériser ces patrons d'attitudes car nous ne disposons que de peu d'études sur les conceptions populaires de la maladie ou sur les attitudes vis-à-vis de la maladie et du malade, de la médecine officielle et des médecins. Nous soulèverons, tout de même, toute une série de questions de nature à nous aider dans la compréhension des définitions subjectives de la maladie.

Quelle est la définition que l'on donne de l'alcoolique ? À quel moment, estime-t-on que sa condition nécessite des soins professionnels ? Quelles sont les attitudes de la population vis-à-vis de ceux qui consomment de l'alcool d'une manière abusive ? Quels sont les critères utilisés par l'homme de la rue pour apprécier l'état de santé mentale des gens qu'il côtoie à son travail ou dans ses relations sociales ? En quoi les barèmes utilisés influent sur les attitudes vis-à-vis de celui qui est atteint d'un désordre psychologique ? Comment perçoit-on celui qui est défini comme malade et qui est à la charge de l'État ? À quel moment l'état de santé d'un individu requiert-il une assistance professionnelle, l'utilisation des services d'urgence, l'hospitalisation ? Quoi faire dans une situation d'urgence (intoxication aiguë, crise cardiaque, perte de conscience, crise d'hystérie, etc.). Voilà quelques interrogations qui illustrent à notre sens l'influence des conditions sociales et des pratiques culturelles sur les conditions de la distribution des soins. Pourquoi les Québécois sont-ils reconnus comme étant de grands consommateurs de pilules pour des fins médicales ? Est-ce que les soignants prescrivent chez-nous plus de médicaments que nécessaires pour ne pas frustrer les attentes de leurs patients ou encore pour se conformer aux normes courantes de la pratique professionnelle ? Pourquoi nos législations sur les accidents de travail traduisent-elles une vision restrictive de la maladie ?

Ces questions mettent en relief des faits culturels sur le malade et la maladie. Qu'y a-t-il à dire de ceux qui se rapportent à la médecine, aux médecins et aux professionnels de la santé ? Sous ce rapport, la première constatation qui frappe est l'existence d'une médecine parallèle (traditionnelle) qui recrute principalement ses clientèles chez les membres des classes laborieuses. La seconde se rapporte au fait qu'il

existerait deux catégories d'utilisateurs : ceux qui fréquentent assidûment les services de santé (et qui en sont les principaux utilisateurs) et ceux qui ne sont pas disposés à aller chez le médecin ou à recevoir des soins de santé par suite de réticences découlant de leurs attitudes (négatives) soit vis-à-vis de la médecine ou des médecins. Cette fraction de la population est assez difficile à apprécier bien qu'elle possède (c'est une hypothèse de travail) certaines caractéristiques telles que le degré d'éloignement des centres, l'âge (moyen), le sexe (masculin), le niveau d'instruction (faible), le statut socio-économique (faible à moyen). Ces attitudes sont tout autant reliées à l'image de la médecine qu'aux craintes vis-à-vis du traitement et de l'hospitalisation.

Les définitions culturelles de la maladie et de l'hospitalisation

[Retour à la table des matières](#)

Comme nous l'expliquions plus tôt il existe une kyrielle de facteurs qui introduisent des variations dans l'ensemble des attitudes et interprétations de la maladie et de l'hospitalisation. Nous voulons toutefois établir une distinction ici entre les définitions culturelles et les définitions subjectives. Tandis que les premières sont des définitions qui découlent des traditions et des coutumes du groupe, les dernières résultent des expériences personnelles. Alors que celles-ci sont individuelles, celles-là sont collectives et méritent qu'on s'y arrête pour préciser leurs principaux traits distinctifs au Québec.

La maladie est conçue comme un aspect fondamental de la condition humaine et elle est donc susceptible de frapper tous les individus sans égard à leur âge, à leur sexe ou de leur statut socio-économique : voilà un des sentiments collectifs les plus couramment exprimés. Chaque individu a une destinée sur laquelle il n'exerce à peu près pas de contrôle et qu'il doit, dans des circonstances difficiles, accepter avec résignation et courage. Une deuxième définition est que la maladie doit être traitée par le spécialiste approprié le plus tôt possible après l'apparition des symptômes afin d'en enrayer les conséquences indésirables et de guérir le patient. On consentira, règle générale, à

consulter les professionnels de la santé dans les régions où les services de la médecine officielle sont offerts. Dès que les traitements de ceux-ci sont perçus comme inefficaces, on pourra s'adresser, dans certains cas, à des spécialistes de la médecine parallèle (chiropraticien jusqu'aux années récentes, ramancheurs, herboristes et autres guérisseurs). Une autre valeur couramment exprimée est que le médecin traitant doit prescrire des médicaments pour soulager le patient, freiner l'évolution du mal et éventuellement le guérir.

La maladie est, par ailleurs, un élément de prestige pour ceux qui en sont sortis relativement indemnes. Dans une société où la santé est fortement valorisée, les témoignages de ceux qui ont vécu des expériences répétées de la maladie prennent une valeur exemplaire car ils reflètent à la fois une vigueur physique exceptionnelle et une force morale hors de l'ordinaire. Cela se reflète tout aussi bien dans l'importance accordée à la maladie dans les conversations courantes que dans le statut de conseiller écouté qu'acquièrent ceux qui proposent aux autres les enseignements de leurs expériences personnelles. D'ailleurs ces spécialistes populaires de la maladie connaissent habituellement bien l'histoire des maladies des membres de leur famille et de leur parenté et sont en mesure de fournir des explications sur l'ensemble des conditions socio-culturelles qui les ont suscitées.

Une dernière attitude collective se rapporte à l'hospitalisation : celle-ci doit être évitée en autant que cela est possible car elle représente une solution de dernier secours. Dans la société québécoise de la fin de dix-neuvième et du début du vingtième siècle, l'hôpital est perçu comme l'antichambre de la mort. Même si cette conception de l'hôpital a été remplacée par des définitions qui reconnaissent le caractère essentiel des fonctions qu'elle remplit, l'hospitalisation est toujours perçue avec appréhension, car en plus d'incarner une dissociation sociale et de représenter une perte de liberté de mouvement, elle symbolise une dysfonction organique ou psychologique significative.

Ces définitions culturelles possèdent un caractère général. Pour autant, elles influencent toutes les couches socio-économiques de la population ainsi que toutes les catégories sociales. Tout professionnel de la santé doit être sensibilisé à leur existence afin de mieux comprendre les attitudes et les réactions de ceux qu'ils traitent mais aussi afin de

mieux informer les soignés de leur condition de santé, des interventions qu'elle exige et des résultats qu'elles sont susceptibles de produire. Ce processus d'interaction est au coeur d'un mode thérapeutique qui place le patient au centre des préoccupations des intervenants et vise à restaurer la chaleur dans l'univers des soins dispensés et à susciter des attitudes réceptives chez le patient.

Les intervenants en tant qu'acteurs professionnels et sociaux

[Retour à la table des matières](#)

La problématique de la santé développée ici est holistique en ce sens qu'elle intègre les variables biologique, psychologique et culturelle, et qu'elle considère les institutions de santé comme des systèmes sociaux à l'intérieur desquels il existe des structures, un mode d'organisation de la dispensation des soins, une division des tâches, des modes privilégiés de communication, un système de normes, des modes de contrôle, une idéologie ; en bref, on y retrouve tous les éléments qui constituent le système social plus large. Dans cette perspective les dispensateurs de soins et les professionnels de la santé sont des acteurs sociaux dont les rôles et les fonctions sont définis tout autant par les exigences du système que par celles de leur statut professionnel. Dans un système fortement bureaucratisé et rationalisé l'acte professionnel doit se modifier constamment à partir de deux séries de normes (cliniques et administratives) qui ne sont pas nécessairement convergentes. À cette difficulté s'ajoutent celles reliées à la fragmentation des tâches et au fonctionnement de l'équipe. Le cas des équipes pluridisciplinaires où oeuvrent des spécialistes des sciences humaines est particulièrement instructif. Les professionnels les plus ouverts à la perspective des sciences de l'Homme reconnaissent l'utilité de ces spécialistes dans ces équipes. Mais comment constituer ces équipes pour qu'elles fonctionnent harmonieusement en vue d'objectifs partagés et pour qu'elles produisent des effets thérapeutiques ou préventifs de plus grande valeur ? Il y a dans ce domaine des échecs, il est vrai, mais ne sont-ils pas compensés par les résultats positifs d'un certain nombre d'autres équipes ? Ne peut-on pas prétendre que ces échecs

sont attribuables à un mauvais apprentissage des membres aux tâches partagées, à des compréhensions diverses des objectifs à poursuivre et à des « blocages » dus à des difficultés sémantiques et épistémologiques ? Il existe d'ailleurs des conditions que doivent remplir ces équipes pour qu'elles oeuvrent efficacement en vue de la poursuite des buts à atteindre. Nous présentons ici, à titre d'exemple, ces exigences pour un type d'équipe (l'équipe interdisciplinaire de recherche en psychiatrie sociale). La collaboration interdisciplinaire dans les études épidémiologiques et étiologiques de même que dans l'effort thérapeutique est possible en autant que certaines conditions minimales puissent être remplies :

1. l'existence d'une équipe, où les membres sont solidaires les uns des autres parce qu'ils poursuivent les mêmes objectifs et où chacun réalise que sa discipline a plein droit de cité et que ses perspectives ne sont point auxiliaires, mais complémentaires aux autres ;
2. l'existence d'un cadre théorique commun qui soit pleinement accepté. Ce cadre théorique est lui-même une façon de délimiter l'action ou la recherche à l'intérieur de frontières bien précises. De plus, il contient les éléments d'une intégration éventuelle possible des diverses perspectives disciplinaires ; et
3. l'existence de communications et d'échanges interdisciplinaires fonctionnels à l'intérieur de l'équipe. Ceci veut dire que les membres de l'équipe reçoivent un apprentissage conceptuel et disciplinaire capable de leur donner l'ouverture d'esprit nécessaire à des échanges fructueux.

L'ensemble de ces considérations sur l'équipe interdisciplinaire souligne la nécessité de l'apprentissage aux vocabulaires respectifs des disciplines participantes (concepts, schémas théoriques et théories explicatives) et d'une familiarisation aux méthodes et instruments d'observation privilégiés dans chacune des disciplines.

5. Les sciences humaines et le milieu québécois de la santé

[Retour à la table des matières](#)

Les anthropologues et les spécialistes des sciences humaines sont engagés dans le domaine de la santé depuis plus d'un quart de siècle dans des pays comme l'Angleterre et les États-Unis. Les fonctions qu'ils remplissent sont aussi assez bien définies. Au Canada, et au Québec en particulier, la pénétration des sciences humaines dans le monde de la santé se fait lentement. Les sociologues et les anthropologues qui ont reçu leur formation ici oeuvrent dans des contextes transculturels où ils appliquent leurs connaissances à la solution des « problèmes de santé ». Un ouvrage récent en anthropologie médicale (Foster et Anderson, 1978) accorde beaucoup d'importance à cette vocation transculturelle en anthropologie. Bien que nous ne cherchions pas- à évaluer ici l'impact de cette contribution des sciences humaines en général et de l'anthropologie ⁶ en particulier dans le domaine de la santé au Québec durant le dernier quart de siècle, nous voudrions délimiter les champs d'action qui leur furent réservés et les nouveaux domaines qui leur sont accessibles par suite de l'évolution de la société, des institutions sanitaires et hygiéniques et de la pratique professionnelle.

Les fonctions traditionnelles

Une des fonctions anthropologiques les mieux reconnues est celle associée aux travaux sur le terrain, qu'il s'agisse d'observation directe, d'observation participante ou encore d'entrevues et d'enquêtes sur questionnaire. Ces travaux de recherche se sont poursuivis dans des

⁶ Ce bilan des études en anthropologie au Québec constitue un des chapitres de l'ouvrage auquel nous référons plus tôt (Voir Tremblay, 1982).

milieux naturels (la région du Bas Saint-Laurent, le Québec métropolitain, la région de Charlevoix, etc.) où nous avons entrepris des travaux ou dirigé des thèses d'étudiants à la maîtrise et au doctorat. Ils ont été poursuivis également dans des milieux hospitaliers. Ils ont même parfois porté sur la pratique professionnelle proprement dite. Le développement d'une anthropologie de la santé centrée sur le Québec ressemble à peu de choses près à l'évolution de la sociologie de la santé (Dumais et Saint-Arnaud, 1975). C'est donc en tant que chercheur scientifique que l'anthropologie s'est fait connaître.

Une deuxième fonction lui fut reconnue au début des années soixante : celle d'agent de planification et de développement. La formation sociologique et anthropologique comportait des cours et des travaux de recherche dans le secteur de l'action, de l'intervention (Tremblay, 1977), de la planification et du développement. Les travaux du Bureau d'Aménagement de l'Est du Québec (BAEQ) en particulier, permirent à toute une génération de spécialistes des sciences humaines d'entreprendre des travaux de planification et d'aménagement régionaux ainsi que d'agir comme animateurs sociaux auprès des populations et communautés de la région à l'étude.

Quelques années plus tard, des sociologues et des anthropologues ont été engagés par des ministères gouvernementaux (Éducation, Santé, Bien-Être, entre autres) en tant que conseillers scientifiques. Ils ont exercé ces mêmes fonctions d'aviseurs techniques et de personnes ressources dans des agences et même dans un hôpital. Dans ce dernier cas surtout (en 1965 dans la région de Québec) il s'agissait des premiers sociologues à exercer officiellement ces fonctions dans un établissement de santé.

Nouvelles fonctions

[Retour à la table des matières](#)

La réforme du système de santé, l'évolution dans les services de santé et les modes de distribution des soins, l'ouverture des professionnels de la santé aux professions dites sociales dans les interventions auprès des clients et des clientèles, l'intérêt grandissant de l'an-

thropologie et des sciences humaines pour l'univers de la santé, la formation d'équipes interdisciplinaires dans plusieurs agences et institutions de santé et l'embauche de sociologues et d'anthropologues au sein de ces équipes - voilà autant de facteurs qui ont élargi les champs traditionnels de l'anthropologie et ont créé de nouveaux champs de pratique pour les ethnologues.

Ils peuvent oeuvrer dans le domaine de la formation des professionnels de la santé par leur appartenance à l'un ou l'autre des départements, écoles ou facultés dispensant des programmes de formation dans ce domaine. Ils peuvent aussi participer, en tant qu'agents de développement, animateurs, coordonnateurs d'équipes à la mise en place de structures et institutions associées à la réforme des services de santé (Castonguay, 1970). Cette dernière touche aux professions de la santé, aux besoins des clientèles et aux lieux de distribution des soins.

Bien que les activités professionnelles précédentes nous apparaissent comme déterminantes dans l'évolution d'une anthropologie bien ancrée dans le monde de la santé, d'autres fonctions s'imposent comme essentielles par le type de contribution unique qu'elles sont susceptibles d'apporter : l'anthropologue en tant qu'agent de prévention ou encore en tant qu'évaluateur externe de la qualité des services de santé. La médecine sociale et préventive pourra devenir pleinement opérante dans la mesure où il sera possible de transformer les milieux de vie afin de les rendre plus conformes aux impératifs d'une vie équilibrée et harmonieuse. C'est un champ d'action où la contribution anthropologique et celle des spécialistes des sciences humaines est fondamentale. Quant à l'évolution de la qualité des soins et services de santé, les méthodologies propres à nos disciplines, peuvent permettre des appréciations fort utiles à l'amélioration des interventions. L'anthropologie clinique est une sous-discipline nouvelle qui prend de plus en plus d'importance aux États-Unis.

Références

[Retour à la table des matières](#)

Bastide, Roger, *Sociologie des maladies mentales*. Paris : Flammarion, 1965.

_____, *Anthropologie appliquée*. Paris : Payot, 1971.

Castonguay, Claude. *L'évolution des services de santé et des modes de distributions des soins au Québec*. Québec : Rapport Castonguay, Annexe 2, Septembre 1970.

Commission d'enquête Castonguay-Nepveu Les Affaires sociales au Québec. Québec : Ministère des Affaires Sociales, Octobre 1980, 224 pages.

Côté, R. *L'hôpital psychiatrique : Une culture asilaire ou un milieu thérapeutique*. Thèse présentée à l'Université Laval, 1966.

Dumais, A. et St-Arnaud, P. Le développement de la sociologie de la santé au Québec. *Recherches sociographiques*, 1975, Vol. XVI (1), pp. 9-20.

Dussault, G. *Le monde de la santé 1940-1975 : bibliographie*. Québec : Institut Supérieur des Sciences Humaines ; Université Laval, Collections : Instruments de travail, No 17, 1975.

Fortier, M. *L'administration : De l'asile à l'hôpital psychiatrique*. Thèse présentée à l'Université Laval, 1966.

Fortier, M. et Côté, R. *Réhabilitation : problématique, historique et perspective*. Rapport conjoint de recherche soumis à l'Association Canadienne pour la santé mentale (région de Québec), 1967.

Foster, G. et Anderson, B.G. *Medical Anthropology*. New York : John Wiley and Sons, 1978.

Hollingshead, A.B. et Redlich, F.C. *Social class and Mental Illness : A Community Study*. New York : John Wiley and Sons, Inc. 1958.

Landy, D. *Culture, disease and healing : studies in medical anthropology*. New York : Macmillan Publishing Co., Inc., 1977.

Leighton, A.H. *My name is Legion : Foundations for a theory of Man in relation to culture*. New York : Basic Books Inc., 1959.

Leighton, A.H. et al. *Explorations in Social Psychiatry*. New York : Basic Books, 1957.

Les affaires sociales au Québec. Québec : Gouvernement du Québec, 1980.

Parsons, Talcott, *Social Structures and Dynamic Process : The Case of modern medical practice*. In : *The Social System*. Glencoe, Illinois : The Free Press, 1951.

Paul, B. (Ed.) *Health, Culture and Community*. New York : Russell Sage Foundation, 1955.

Rodin, M., Michaelson, K. et Britan, G. Systems Theory in anthropology. *Current Anthropology*, 1978, 19 (4), pp. 747-762.

Roy, J.Y. Médecine, crise et définition. *Recherches sociographiques*, 1975, Vol. XVI, No 1, pp. 43-67.

Stole, L., Langner, T., Michael, S.T., Opler, T.A. et Rennie, A.C. *Mental health in the Metropolis : The Midtown Manhattan Study*. New York : McGraw-Hill, 1962.

Tremblay, M.A. *Initiation à la recherche empirique dans les sciences humaines*. Montréal : McGraw-Hill Ed., 1968.

Tremblay, M.A. Les grandes orientations de la recherche médico-sociale au Québec. *La Vie Médicale au Canada-Français*, 1975, Vol. 4, pp. 1366-1382.

Tremblay, M.A. L'Anthropologie appliquée à l'Université Laval 1956-1966 : les stratégies et processus d'intervention. *Applied Anthropology in Canada*. Comptes-rendus No 4, Société Canadienne d'Éthnologie, 1977, pp. 11-57.

Tremblay, M.A. *L'Anthropologie de la santé en tant que représentation*. In *Imaginaire social et représentations collectives* (sous la direction de F. Dumont et Y. Martin) Québec : Les Presses de l'Université Laval, 1982, pp. 253-273.

Villedieu, Yannick, *Demain la santé*, Montréal : Le Magazine Québec Science, 1976.

Vinet, A. *Épistémologie et sociologie de la médecine : bibliographie*. Québec : Institut supérieur des Sciences Humaines, Cahier #2, 1969.

Fin du texte