

Recherches sociographiques



Le développement de la sociologie de la santé au Québec

Alfred Dumais et Pierre St-Arnaud

Volume 16, numéro 1, 1975

Sociologie de la santé

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/055672ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/055672ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (imprimé)

1705-6225 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Dumais, A. & St-Arnaud, P. (1975). Le développement de la sociologie de la santé au Québec. *Recherches sociographiques*, 16(1), 9–20.
<https://doi.org/10.7202/055672ar>

Résumé de l'article

Il y a dix ans, on aurait rarement assisté chez-nous à une confrontation entre un sociologue et un médecin sur quelque panel télévisé ou encore relevé la signature du sociologue au bas d'une recherche portant sur l'univers des soins. Ce ne sont plus aujourd'hui des événements d'exception. Le sociologue québécois prétend à ses lettres de créance dans l'étude scientifique de la santé. Malgré des résistances plus ou moins vives, il trace son chemin dans cette voie en soumettant une quantité croissante de contributions originales. Mais quelles sont les origines historiques et idéologiques de la sociologie de la santé au Québec? Comment le sociologue fut-il amené à figurer sur cette scène à la fois complexe et délicate qu'est la santé? Quel est l'éventail de ses tâches actuelles?

LE DÉVELOPPEMENT DE LA SOCIOLOGIE DE LA SANTÉ AU QUÉBEC

Il y a dix ans, on aurait rarement assisté chez-nous à une confrontation entre un sociologue et un médecin sur quelque panel télévisé ou encore relevé la signature du sociologue au bas d'une recherche portant sur l'univers des soins. Ce ne sont plus aujourd'hui des événements d'exception. Le sociologue québécois prétend à ses lettres de créance dans l'étude scientifique de la santé. Malgré des résistances plus ou moins vives, il trace son chemin dans cette voie en soumettant une quantité croissante de contributions originales.

Mais quelles sont les origines historiques et idéologiques de la sociologie de la santé au Québec? Comment le sociologue fut-il amené à figurer sur cette scène à la fois complexe et délicate qu'est la santé? Quel est l'éventail de ses tâches actuelles?

I. LA GENÈSE

Il se trouve certainement en ce pays des individus capables de brosser, d'un seul trait de plume, l'histoire de notre sociologie dans sa progressive application à la santé. Nous ne sommes malheureusement pas de ceux-là. C'est pourquoi nous allons faire usage d'un petit découpage chronologique dans notre reconstruction: on voudra bien pardonner cette prudence dictée par le seul souci de méthode.

a) Les lointaines origines

La prise en considération des facteurs sociaux dans le domaine des soins n'est pas une chose récente au Québec. On peut en relever des traces aussi loin qu'à la fin du dix-neuvième siècle, alors que de graves épidémies de variole et autres maladies contagieuses déferlèrent sur le territoire. Probablement influencés par un grand mouvement de médecine sociale très en vogue à ce moment sur le continent européen, les médecins de l'époque référèrent aux conditions d'environnement dans leur recherche de moyens pour enrayer les effets de

propagation épidémique. Ils projetèrent aussi de mettre sur pied des unités sanitaires de comtés ainsi que des services d'hygiène publique ¹.

Une étape importante fut franchie lorsque, au cours des années 1930, émergea l'épidémiologie en tant que pratique scientifique organisée. Face en effet à la continuelle récurrence des maladies épidémiques, face aussi au travail trop isolé des hygiénistes répartis par district sanitaires sur le territoire québécois, l'État décida de former des équipes de scientifiques dont le travail devait consister à dépister les maladies contagieuses et chroniques ainsi qu'à mettre en œuvre de nouvelles pratiques de type préventif. Ces équipes d'épidémiologues furent composées principalement de médecins (formés en hygiène et médecine préventive), d'infirmières ainsi que de quelques diplômés en sciences sociales pour le traitement statistique des données d'enquête.

Il est évident qu'on chercha, par cette voie, à sortir d'une phase initiale d'improvisation et à entrer dans une nouvelle ère d'intervention planifiée en matière de santé publique. En grande partie sur la base des résultats accumulés par les praticiens-fonctionnaires, de nouveaux services firent leur apparition : par exemple, on assista à la création en 1938 d'une division de la tuberculose au sein du nouveau Ministère de la santé et du bien-être social, à la création en 1941 de deux autres divisions (maladies vénériennes, hôpitaux pour maladies mentales); en 1943 il y eut la double adoption de services d'hygiène dentaire et d'assistance médicale aux colons (soins curatifs et préventifs dans les postes situés dans les territoires de colonisation), et ainsi de suite.

Si l'épidémiologie présente de grandes ressemblances avec la sociologie de la santé, elle ne doit cependant pas être confondue avec cette dernière. Elle s'est développée comme une branche singulière de la médecine sociale. De nos jours encore, malgré qu'elle soit beaucoup plus ouverte à l'apport proprement conceptuel des sciences sociales, l'épidémiologie demeure une propriété de la médecine sociale et préventive plutôt qu'elle n'est devenue un domaine particulier de la sociologie.

b) Une conjoncture historique décisive

Prélevées à des périodes différentes de l'histoire du Québec (tournant du vingtième siècle, années 1930 et suivantes), les pratiques vues plus haut se ressemblent en ce qu'on y a postulé, à un degré plus ou moins explicite, l'existence de liens entre conditions sociales et maladies. Mais elles n'en

1. Consulter sur ce sujet : « L'évolution des services de santé et des modes de distribution des soins au Québec », annexe 2, *Rapport* de la Commission Castonguay sur la santé et le bien-être social, septembre 1970.

relevèrent pas moins toutes aussi d'une problématique exclusivement médicale de la santé.

Il a donc fallu l'intervention de facteurs récents pour qu'émergeât chez-nous une problématique (ainsi que des pratiques) proprement sociologiques de la santé. Ces facteurs sont divers et ils se sont conjugués les uns aux autres. Ils sont schématiquement de deux types : les grands changements qui ont affecté notre milieu au cours des années cinquante et soixante ; la présence, à cette époque précise, de modèles d'analyse de la santé et de la maladie dans les sciences sociales américaines.

Les éléments idéologiques

Il ne nous paraît pas utile de revenir sur le fait même de la mutation, après la seconde guerre mondiale, d'une société québécoise rurale à une société urbanisée et industrialisée : cela est bien connu. Ce que nous allons dégager plutôt, c'est la nature de la mutation dans le champ bien particulier de la santé.

Chacun le sait : la science et la technologie ont fait de spectaculaires bonds en avant au cours des années cinquante et soixante. Dans le monde médical, ces progrès sont venus améliorer de façon considérable la qualité et l'efficacité des soins. Mais ceci se payait par toutes sortes de ruptures, l'une des plus profondes ayant été l'éclatement de la médecine en tant que pratique strictement individuelle. Alors que s'étendit un irréversible mouvement vers la spécialisation (implication logique de l'idéologie de la rationalité scientifique), l'« équipe » de santé prit peu à peu le pas sur le praticien seul et indépendant. De manière corrélative, l'hôpital — et non plus le cabinet privé — s'imposa comme le lieu par excellence de production des soins, à cause de la concentration des ressources humaines et des équipements.

Le contrecoup de ces transformations structurelles sur la culture ambiante, notamment sur les conduites traditionnelles en matière de santé, fut immédiat. Par exemple, ce qui avait jusque-là survécu comme un réseau de relations simples (contacts directs et fréquents du patient avec « son » médecin de famille, consultations et interventions nombreuses en cabinet privé, possibilités variées d'ententes quant aux honoraires, etc.) s'appesantit rapidement d'une foule de pratiques tracassières et dépersonnalisantes. Raison inévitable du passage à une société et à une culture de masse.

D'autres difficultés s'ajoutèrent. Voici que la demande en soins subit une brusque hausse mais, dépassés par ce phénomène, les responsables furent incapables d'assurer une réelle égalité pour tous dans l'accès aux biens de santé. Au chapitre de l'exercice du pouvoir, de vifs conflits surgirent entre administrateurs d'hôpitaux, corporations professionnelles et représentants de l'État : ils ne cessèrent par la suite de s'amplifier. Bousculé et alarmé par la tournure des événements, le simple consommateur de soins réclama d'être présent dans des organismes publics de consultation ou de décision : son appel resta sans écho.

On pourrait poursuivre ainsi pendant longtemps. Contentons-nous plutôt d'aller à l'essentiel du point de vue historique, qui est le nôtre : suite à cette crise, la santé au Québec prit pour la première fois les traits d'une *problématique sociale*, c'est-à-dire d'un ensemble de réalités perçues et vécues différemment selon les groupes et les milieux sociaux et, dès lors, âprement disputées dans des discours idéologiques officiels (articles de journaux et de revues, comptes rendus d'assemblées, débats à la radio et à la télévision, rapports et mémoires).

La transformation n'échappa point aux sociologues et autres praticiens sociaux québécois car ils se trouvaient plus que jamais interpellés par les nouveaux phénomènes. Et l'on vit naître chez eux, avec le tournant des années soixante, le début d'une réelle préoccupation de recherche au sujet de la santé. Or cette préoccupation devait se construire d'autant mieux que des outils spécifiques de travail se trouvaient disponibles dans les sciences sociales de l'époque aux États-Unis.

L'apport stratégique des sciences sociales américaines

Dès 1951 en effet, le réputé Talcott Parsons avait lui-même donné le coup d'envoi chez les sociologues américains quant à l'étude systématique de la pratique médicale². Le modèle qu'il avait alors élaboré s'inscrivait dans le contexte général de l'étude d'une part des professions, d'autre part des institutions et organisations typiques des sociétés industrielles en rapide changement. L'initiative de Parsons avait été rapidement suivie aux États-Unis d'autres essais autour d'une pluralité de questions spécifiques : relations médecin-patient, transformation des institutions hospitalières, rôle social du professionnel de la santé, et ainsi de suite³.

En 1955 déjà, L'Américain Sociological Association créait une section spéciale de sociologues de la médecine et, cinq ans plus tard, c'était devenu l'un des domaines les plus florissants de l'investigation sociologique aux États-Unis.

Mais il n'y eut pas que les sociologues qui se penchèrent, au cours des années cinquante, sur la santé : les anthropologues entrèrent aussi en scène. Ils œuvrèrent cependant d'un autre point de vue que celui de leurs collègues sociologues. Se réclamant, en effet, de la méthode comparative et faisant appel à des contextes socio-culturels aussi variés que possible (sous-cultures, ethnies, communautés isolées), ils s'efforcèrent d'établir et de mesurer la diversité par exemple des attitudes, croyances et pratiques entourant le phénomène « maladie », celle des statuts de malade et de guérisseur, du sens culturellement attribué à l'expérience de la maladie, des états culturellement considérés comme

2. Voir son texte classique : « Social Structure and Dynamic Process: the Case of Modern Medical Practice », in *The Social System*, Glencoe, Illinois, The Free Press, 1951, chap. X.

3. Consulter là-dessus : E. FREIDSON, « The Sociology of Medicine: a Trend Report and Bibliography », *Current Sociology*, 1961-62, n° 3.

normaux et comme pathologiques⁴. Leur contribution devait s'avérer complémentaire de celle des sociologues qui travaillèrent surtout, eux, dans le cadre de la société américaine urbanisée, industrialisée et bureaucratisée.

Toute cette littérature sociale spécialisée trouva preneurs auprès des sociologues québécois lorsqu'ils abordèrent, au début des années soixante, le problème de la santé. On n'hésita pas à transformer et à adapter aux situations locales les concepts et les méthodes développés par les sociologues et les anthropologues d'outre-frontière. Le cas québécois était d'ailleurs prometteur autant du point de vue de l'approche anthropologique que de l'approche sociologique à la santé. En effet, même si l'on se trouvait devant des signes évidents d'entrée dans une société de masse, le changement ne se faisait toutefois pas au même rythme ni avec la même force à tous les paliers de la structure sociale. Survivaient quantités de foyers de résistance qui laissaient croire, justement, à la grande ténacité des mœurs et des coutumes populaires. De plus, les attitudes et les comportements en matière de santé variaient beaucoup d'une région à l'autre au pays, surtout entre les régions rurales et les régions urbaines. Il n'y avait donc pas obstacle, bien au contraire, à ce qu'on adoptât les modèles d'analyse comparative des anthropologues américains: le terrain s'avérait d'avance idéal.

c) Les années récentes

Les premiers travaux furent produits entre 1962 et 1965. Ils furent l'œuvre de sociologues de Montréal comme de sociologues et d'anthropologues de l'Université Laval à Québec.

Les chercheurs montréalais adoptèrent d'emblée l'approche structuro-fonctionnelle développée par Talcott Parsons et ses disciples américains. Rien de bien étonnant à cela: se trouvaient alors rassemblés à Montréal la plupart des sociologues québécois ayant fait des études supérieures dans les universités américaines, notamment à celles de Harvard à Boston et de Columbia à New York, les deux grands bastions à l'époque du fonctionnalisme sociologique. Par contre, à l'Université Laval, l'approche comparative des anthropologues culturels fut davantage cultivée sans que, pour autant, fût négligé l'apport de la sociologie fonctionnaliste américaine. On chercha, empiriquement, à combiner les deux perspectives.

Mais cette division initiale du travail reste à la fois fortuite et secondaire. L'important est bien davantage ceci: vers 1965 émergeaient enfin au Québec les premiers éléments d'une problématique sociologique de la santé. C'était fait, bien sûr, d'imitations mais qu'importe! Ne pouvait-on pas utiliser ces modèles

4. Voici deux illustrations typiques: M. ZBOROWSKI, « Cultural Components in Responses to Pain », *Journal of Social Issues*, 1952, 8, pp. 16-30; L. SAUNDERS, « Healing Ways in the Spanish Southwest », in *Cultural Difference and Medical Care*, Russel Sage Foundation, New York, 1954, chap. IV, pp. 141-44.

comme premiers repères pour l'investigation, quitte à les réviser en profondeur à mesure qu'augmenterait le savoir empirique sur les problèmes d'ici?

Les années 1965 et suivantes nous placent devant un élargissement progressif des activités des sociologues québécois attirés par la santé. L'enseignement et la recherche à l'université ont continué, bien sûr, à se développer. Mais c'est surtout du côté de la recherche d'application que les progrès furent les plus notoires : nos sociologues ont en effet réussi à se tailler une présence active dans un nombre remarquable de milieux de travail au Québec.

Voici quelques illustrations. Dès 1965 déjà, plusieurs sociologues étaient admis au sein d'équipes multidisciplinaires qui s'adonnaient au dépistage et à la prévention de pratiques telles que l'alcoolisme et la toxicomanie ainsi que de certains types de maladies mentales. Leur contribution se traduit par une importante refonte de la recherche épidémiologique, peu sensible jusque-là aux dimensions socio-culturelles de la santé. D'autres sociologues choisirent d'étudier les phénomènes de la maladie et de la santé dans le contexte de projets de développement régional. Toute une orientation nouvelle de la réflexion prit forme autour de ceci. D'autres sociologues encore furent acceptés dans des institutions hospitalières et ils y œuvrèrent sous divers titres. Plus près de nous dans le temps, il y a l'exemple de ces sociologues qui, à la suite des recommandations du Rapport Castonguay, ont apporté leur concours à l'entreprise de mise en marche de centres locaux de services de santé ou d'autres types de services publics de santé.

On ne peut que souhaiter des applications plus nombreuses encore puisque cela témoigne de la véritable vocation de la sociologie de la santé : cerner tensions et contradictions au ras même du vécu, les retraduire dans des projets de mieux-être collectif, s'imposer comme l'un des agents de réalisation de tels projets. Mais pour l'heure, certaines difficultés de croissance de la discipline doivent être résolues.

Les choses ont en effet beaucoup changé en ce pays depuis dix ans. Hier muette et docile, notre population dispose maintenant de beaucoup plus de moyens pour exprimer ses besoins et ses attentes. La science médicale et les savoirs connexes se sont aussi grandement transformés⁵. L'un des foyers de la crise actuelle est nettement politique : l'affrontement nez à nez d'une population plus consciente mais encore trop dupée, d'une profession médicale majoritairement repliée sur ses acquis et persistant à demeurer au-dessus de la mêlée des gens ordinaires, d'un État enfin attentif aux doléances de la masse mais trop faible pour instaurer une vraie socialisation de la santé au Québec.

Pourtant, à lire les discours explicatifs de bon nombre de nos sociologues, rien de cela ne semble exister : on a l'impression étrange qu'ils débattent plutôt la réalité d'il y a dix ans, non celle d'aujourd'hui. Leur langage semble être resté

5. On le constatera de façon saisissante en lisant le texte de Jean-Yves Roy dans le présent numéro.

collé aux modèles imités lors des toutes premières origines. Les raisonnements sont élégants, de belle construction : mais ils mordent peu sur les réalités actuelles. Les catégories ont vieilli : elles sont devenues d'une autre époque. Le moment n'est-il pas arrivé, précisément, d'une révision en profondeur des concepts et méthodes de la discipline en les recoupant aux plus vastes connaissances historiques, politiques et sociales maintenant disponibles sur notre milieu ? Cette révision interne des concepts et des outils de travail, ne l'a-t-on pas un peu trop oubliée en cours de route ?

Un autre problème de croissance devra être résolu. On s'est en effet habitué depuis la décennie 1960 à certains styles d'intervention du sociologue de la santé dans le milieu ambiant : comme enquêteur social, comme conseiller scientifique, comme agent de planification ou de développement, ainsi de suite. Or les récentes années ont vu notre culture se remettre en question sur bien des fronts : parallèlement, les occasions d'intégration du praticien social de la santé à de nouvelles expériences collectives se sont accrues. Voilà qui n'est pas sans retentir sur la science elle-même : quel est, aujourd'hui, l'éventail de ses fonctions sociales au sein de la communauté ? Les tâches anciennes doivent-elles être remaniées ?

Cette révision n'est pas sans rapport, au contraire, avec le réexamen déjà évoqué des concepts et des méthodes de travail. Logique de la construction scientifique et modes de réinsertion dans les pratiques courantes forment, en effet, les grands volets de la problématique. Aussi bien peut-on — doit-on même — commencer par cette critique du statut et du rôle du sociologue de la santé dans sa culture : l'enchaînement ne se fera que mieux ensuite avec la révision de ses modèles et de ses critères d'explication.

II. LES TÂCHES

Le statut des professionnels de la santé est appelé à se transformer. Ils l'effectueront avec d'autant plus d'aisance que la spécificité du métier, c'est-à-dire de l'acte médical, leur est clairement reconnue. Pourtant, ce n'est pas avec la même précision que l'on peut dégager les composantes de l'« acte sociologique ». Voilà sans doute pourquoi les sociologues œuvrent dans le domaine de la santé sous des titres divers.

C'est la diversité de ces titres que nous nous proposons d'examiner. Autrement dit, quels rôles le sociologue québécois joue-t-il dans le monde de la santé ? Est-il devenu un thérapeute ou un travailleur para-médical ? Le considère-t-on comme un technicien de l'efficacité sociale des services de santé ? Le rencontre-t-on au sein des équipes multidisciplinaires qui apparaissent ? Quand il s'y trouve, définit-on des attentes à son endroit ou parvient-il à donner à son intervention la singularité requise ? Nous suggérons donc de réviser les

tâches actuelles et possibles du sociologue de la santé au Québec. C'est, en d'autres termes, se mettre progressivement à la recherche d'une identité qui n'est pas tout à fait étrangère à celle de la collectivité. Car, il faut bien le dire, le grand public québécois ne sait pas encore ce que fait la sociologie. Et cette ignorance est inquiétante.

a) Faire connaître la santé comme problème social

Certaines tâches de la sociologie de la santé au Québec sont suscitées par la pratique sociale elle-même. Lorsque la contagion de typhoïde s'est abattue sur Montréal en 1927, personne n'a nié que cette épidémie constituait un problème social. À ce titre, il revient aux sociologues d'en dégager les contours et les implications. Cette activité permet non seulement de repérer des paramètres de recherche mais de formuler déjà une modalité d'intervention sociologique.

C'est sans doute dans les cas extrêmes, comme celui de l'épidémie, que les caractéristiques d'un problème social ressortent le mieux. En un premier sens, l'état de panique qui s'ensuit alors dépend de la rapidité avec laquelle le fléau s'accroît ou touche un nombre de plus en plus élevé de personnes. On est bientôt contraint de reconnaître que l'action individuelle ne peut apporter de solution. Il faut faire appel à une concertation des efforts, à une planification dont les groupes sociaux assurent la réalisation. Cela revient concrètement à dire que, devant l'urgence de la situation, on attribue à l'État la responsabilité d'agir. La santé n'est-elle pas devenue problématique pour la collectivité toute entière? Il importe donc de rappeler que c'est souvent lors de crises, occasionnées par la proportion démesurée de cas de grippe espagnole et de tuberculose jadis au Québec ou plus récemment de maladies cardio-vasculaires, de cancers et de troubles mentaux, que la santé devient un objectif et qu'elle provoque une action de groupe.

Même en dehors des temps d'épidémies, la santé ou la maladie peut évidemment constituer un problème social. C'est le cas du Québec depuis l'élan donné par le Rapport Castonguay. Du moment que l'on propose de mettre l'accent non plus uniquement sur le traitement des maladies, mais sur la personne dans son contexte de vie familiale et de travail, on ouvre la voie à une contribution sociologique. Et ce n'est pas un hasard de constater que les sociologues québécois interviennent d'abord sous le titre d'éducateurs dans le monde médical en particulier. C'est en effet dans les facultés de médecine que cette conception de la santé est un enjeu qui requiert, à notre avis, l'approche sociologique. Dans ces conditions, la formation des professionnels de la santé développe des perspectives jusque-là trop souvent tenues pour acquises. Il faudrait cependant ajouter que cette intervention au niveau de l'éducation devrait atteindre les groupes sociaux en général, étant appelés eux aussi à partager de plus en plus le savoir médical.

*b) Mesurer les effets sociaux de l'organisation
des soins de santé*

La tâche de faire connaître la santé comme problème social est en réalité élémentaire, c'est-à-dire qu'elle fournit un cadre général de référence. Elle nécessite donc des compléments. Plus d'un champ d'activités s'offrent présentement aux sociologues dans la réforme structurelle des services de santé. Cette immense tâche de réorganisation a des incidences sur la profession médicale, sur les lieux de distribution des soins et sur les comportements des consommateurs eux-mêmes. Le sociologue est amené à porter un diagnostic sur ces types variés d'incidences, à l'exemple du reste des groupes sociaux qui composent la collectivité québécoise.

Au Québec, l'étude de la profession médicale et des autres professions d'ailleurs est à faire⁶. Malgré l'existence de corporations, comme le Collège des médecins, on dispose d'assez peu d'informations précises sur la structure interne de la profession médicale. On note, comme tout le monde, que le médecin de famille tend à disparaître, que le généraliste cherche sa voie auprès et en dépit de l'autorité grandissante des spécialistes et que le statut des para-médicaux oscille entre la marginalité et l'intégration complète. Sous le chapitre de l'équipe de santé, des études sont en préparation, travaux qui ne décriront pas seulement l'impasse ou la solution magique, mais qui proposeront des orientations à partir de ce que les gens du milieu vivent. Il faudra voir alors si la pratique de groupe est une réalité ou un futurible.

La transformation des structures a des incidences particulièrement vives sur les lieux de la pratique médicale. Qu'il suffise de nommer les hôpitaux, les centres universitaires, spécialisés ou autres, pour soulever une série de questions sur leur accessibilité, la qualité de leurs services et de leur équipement, leur renommée. Dans le domaine de la santé mentale, par ailleurs, convient-il encore de parler d'hôpital?⁷ Et que dira-t-on dans dix ans des Centres locaux de services communautaires et des Conseils régionaux de santé et de services sociaux? Aura-t-on trouvé la formule de coordination et de participation pour que l'argument de l'efficacité, souvent invoqué aujourd'hui, se soit de quelque manière concrétisé? Entre temps, il apparaît que ces lieux sont l'objet d'enjeux collectifs. Chacun d'ailleurs s'y sent légitimé d'intervenir et tente de les définir plus souvent au nom de ses idéologies qu'au nom d'une connaissance exacte de ses objectifs et de ses implications.

Enfin, la réorganisation des soins de santé a un effet global qu'il ne faut pas négliger: c'est celui sur les comportements des consommateurs. La demande considérable de soins va-t-elle demeurer inflationniste ou se situera-t-elle autour

6. Voir à cet effet: Gilles DUSSAULT, « Les médecins du Québec (1940-1970) », dans le présent numéro.

7. Nous nous référons à Alain VINET, « La vie quotidienne dans un asile québécois », dans le présent numéro.

d'une moyenne réaliste et prévisible? Le médecin, généraliste ou spécialiste, dont on ne peut obtenir les services que dans des mois, continuera-t-il d'être le médicament le plus fréquemment utilisé? Par ailleurs, l'inégalité actuelle d'accès aux soins va-t-elle s'accroître? Lors d'un récent sondage dans la région de Québec, on a observé que ce sont les gens de la basse-ville qui se plaignaient le plus de l'accessibilité aux soins. Ce n'était pas un grief à la haute-ville. Si autrefois l'argent ouvrait les portes des services de santé, devra-t-on conclure maintenant que c'est le milieu social? Car les constatations au niveau d'une région semblent se répéter pour les régions entre elles. La répartition inégale des spécialistes est un exemple parmi d'autres. Voilà toute une série d'indices qui permettront de reconstituer les tendances des consommateurs des soins de santé. Ce sont des études sociologiques que l'on attendra des bilans et des initiatives.

c) Intervenir dans l'élaboration des politiques de santé

L'élaboration des politiques présente un troisième secteur d'activités. Inutile de dire que c'est là un foyer vital pour la reconnaissance ou l'omission des dimensions sociales de la santé et de la maladie. Personne n'ignore qu'une politique propose des priorités qui nécessitent des choix. Or les choix se font au nom de critères. C'est donc sur la formulation des critères que le débat porte.

Considérons, en premier lieu, les objectifs de recherche. Il faut admettre que le secteur médical est fortement structuré. Bien plus, ce sont ses critères d'expérimentation qui prévalent encore largement. On persiste à dire, sans l'avoir toujours confirmé, que le public demande avant tout des méthodes de traitement, qu'il ignore la valeur de la recherche fondamentale et qu'en conséquence il importe de le convaincre du mérite de cette dernière⁸. Par contre, peu de gens soulèvent la question de l'utilité sociale de certains projets de recherche. Simultanément, les études socio-économiques prennent de l'ampleur. Avant même de commencer, c'est-à-dire d'explorer et d'ouvrir des voies au risque de les juger ultérieurement infructueuses, on souligne le besoin de les coordonner et de les structurer. Ainsi la recherche socio-économique aura-t-elle la chance de connaître sa période d'essais?

Cependant, la politique de santé est étroitement liée aux rapports sociaux. En d'autres mots, elle résulte souvent des relations sociales qui surgissent entre les divers groupes en présence. La voix des corporations médicales nous est familière, même si l'on suggère de les orienter plus explicitement vers la protection du public. Les fédérations de malades, tels les handicapés et les accidentés, forment un type nouveau d'association. Enfin, l'initiative de l'État, son pouvoir d'intervention, constitue évidemment le noyau de l'élaboration des politiques de santé. Les nombreuses prises de position contre l'étatisation de la

8. Jean-Claude PAQUET, « Compte rendu du colloque des *scholars* du Conseil de recherches médicales du Canada. Qu'attend de nous la société? », *La Vie médicale au Canada français*, 1, février 1972, pp. 182-187.

médecine dans *La Vie médicale au Canada français* sont significatives à ce propos⁹. Voilà quels sont les principaux acteurs sociaux impliqués dans l'élaboration des politiques de santé. Il est étonnant de constater que tous se reconnaissent dans les objectifs à long terme, comme l'assistance médicale à l'ensemble de la collectivité et même la mise au point de mécanismes pour que la population gère de quelque façon sa santé. Mais les différences sont telles au niveau des moyens que des priorités s'imposeront. Ces dernières risquent de dépendre en majeure partie de la force de pression de groupes particuliers. Dans ces conflits de groupe et ces définitions d'objectifs, l'observation sociologique ne s'avèrerait-elle pas pertinente?

d) *Devenir des agents de prévention*

Il existe des secteurs négligés dans le domaine de la santé que la sociologie aurait sans doute intérêt à examiner. Ainsi, ce n'est pas le cas du traitement des maladies organiques, devenu depuis longtemps l'apanage de la médecine. Mais c'est peut-être autour de la prévention que des tâches précises se dessinent. Le Rapport Castonguay a déjà souligné la marginalité de la médecine préventive au Québec, exprimée pour une part par l'effort parallèle des unités sanitaires¹⁰. On établit maintenant que la médecine curative se limite aux résultats immédiats, tandis que la médecine préventive fait porter son action à plus long terme.

Pour rendre possible la prévention, il faut insister sur le concept de médecine globale, axée sur la personne et son environnement. Il est évident, à titre d'illustration, que le cardiologue est amené à tenir compte du milieu familial dans le traitement, mais n'effectue pas d'opérations explicites à ce niveau. Il conviendra de se référer à l'équipe multidisciplinaire pour entreprendre des modes d'interventions aussi généraux. C'est pourquoi, la sociologie devrait exercer une influence particulière dans l'instauration d'une médecine industrielle ou dite de travail, comme dans la découverte de mesures préventives. Toutefois, si la santé devient vraiment un bien collectif, la médecine préventive aura à créer des organismes non seulement de réhabilitation, mais aussi de promotion de la santé.

Sous ce chapitre, citons également les quelques expériences qui sont actuellement tentées au Québec dans le secteur de la psychiatrie sociale¹¹. Il s'agit, en somme, de rendre le milieu responsable de ses malades, de collaborer avec lui à la réhabilitation et de créer des échanges profitables entre la clinique et le voisinage. Jusqu'à présent, les ressources sont nettement trop minimes pour espérer un bilan judicieux de ces tentatives. Mais elles semblent prometteuses.

9. En particulier: Jean-Guy HOULE, « L'Hôpital d'aujourd'hui — aspect médical », *La Vie médicale au Canada français*, II, juillet 1973, p. 629.

10. *Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, IV. « La santé », tome I, Québec, Gouvernement du Québec, 1970, p. 103.

11. Jean HILLEL et Robert LADOUCEUR, « Psychiatrie communautaire dans un comté rural: description et évaluation préliminaires », *Laval Médical*, XLII, janvier 1971, pp. 42-50.

La prévention met en valeur une dimension propre à la sociologie. Par la transformation du milieu social, on agit sur ses effets et on peut, jusqu'à un certain point, anticiper le style d'activités qui s'y dérouleront. C'est peut-être à cette condition que les individus deviendront moins dépendants de leurs services de santé.

Dans le secteur de la santé au Québec, la sociologie ne vient pas supporter l'identité du monde médical déjà clairement formulée. Elle propose au contraire d'apporter une différenciation à l'étude du malade. Le biologiste a conquis depuis longtemps droit de cité dans cet univers. Le chimiste et le physicien également. Nous croyons que le sociologue a présentement à le faire. Il ne s'agit pas de se prendre, à la suite de beaucoup d'autres, pour le représentant de la population. Par ailleurs, il n'en demeure pas moins que la connaissance des milieux sociaux, tiraillés par des conflits ou non, la formation d'une conscience collective de la santé et les mécanismes de solidarité à créer relèvent de la compétence sociologique. Il est clair que, dans le réaménagement des structures des soins de santé au Québec, on fait appel constamment aux univers sociaux. Mais souvent on n'a que dénommé ces préoccupations. À la sociologie d'indiquer les tâches qu'elle peut assumer. Le temps et la pratique diront si elle a su les accomplir.

Alfred DUMAIS
Pierre ST-ARNAUD

*Département de sociologie,
Université Laval.*