

Recherches sociographiques

L'anthropologie de la santé en tant que représentation

Marc-Adélar Tremblay



Volume 23, Number 3, 1982

Imaginaire social et représentations collectives, II. Mélanges offerts à Jean-Charles Falardeau

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/055985ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/055985ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (print)

1705-6225 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Tremblay, M.-A. (1982). L'anthropologie de la santé en tant que représentation. *Recherches sociographiques*, 23(3), 253–273. <https://doi.org/10.7202/055985ar>

Article abstract

Trois traditions scientifiques particulières sont à l'origine de l'anthropologie de la santé en tant que champ distinctif de l'ethnologie: l'intérêt de l'ethnographie traditionnelle pour les médecines dites primitives (les études ethnomédicinales); les travaux sur la personnalité et la culture dans les années trente et quarante qui ont favorisé une étroite collaboration entre anthropologues et psychiatres et l'extraordinaire expansion des programmes internationaux de santé publique durant la période qui a suivi la Seconde Guerre mondiale. Ces trois traditions scientifiques ont contribué à la constitution d'un corpus de connaissances se rapportant à la santé et à la maladie dans des contextes transculturels qui élargissent les conceptions bio-médicales de la maladie ainsi que les représentations professionnelles et les modèles thérapeutiques des intervenants du monde occidental. Les anthropologues médicaux américains ainsi que les spécialistes européens de l'ethnomédecine ont mis en relief des modèles opératoires qui incarnent ces conceptions élargies de la santé: ils proposent aux praticiens de la médecine occidentale une définition plus compréhensive de la santé, des démarches thérapeutiques qui tiennent compte du contexte socio-culturel de la dispensation des soins, des principes de réinsertion sociale qui respectent l'univers phénoménologique des patients ainsi que les systèmes d'attente de l'univers social plus large. Ces conceptions scientifiques nouvelles découlent, dans une large mesure, des acquis récents des sciences de l'homme, et, pour autant, elles ne constituent pas pour les agents traditionnels un paradigme évident d'explication de la réalité pathologique ni ne justifient de transformations profondes dans les démarches thérapeutiques centrées sur le patient en tant qu'unité clinique exclusive. D'autres disciplines, telles que la sociologie, la psychiatrie sociale, la psychologie, par des cheminements parallèles ou analogues proposent elles aussi des définitions nouvelles de la maladie et des procès thérapeutiques rajeunis en vue de restaurer la santé. Pourtant la médecine, en tant que science et en tant que pratique, évolue lentement dans sa démarche de renouvellement. L'anthropologie de la santé, 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 dans le rajeunissement des perspectives conceptuelles sur la santé et la maladie et dans la conception de pratiques professionnelles. Une conception systémique de la santé, par exemple, nécessite l'examen d'expériences pathologiques en tant que phénomènes totaux. Ainsi les analyses que poursuit l'anthropologie de la santé établissent les relations qui existent entre la maladie, les systèmes de dispensation des soins et les patrons culturels sans oublier l'univers phénoménologique du patient et les conceptions prophylactiques du professionnel de la santé. Toutes les civilisations du monde ont élaboré des conceptions de la maladie, ont développé des systèmes de dispensation des soins et ont mandaté des spécialistes pour traiter les malades et les aider à restaurer les équilibres physiologiques, psychosomatiques et socioculturels rompus. Conceptions de la maladie, élaboration des méthodes prophylactiques, apprentissage des spécialistes, 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.

Une des contributions les plus substantielles de l'anthropologie culturelle dans l'étude de diverses civilisations du monde fut d'énoncer des généralisations qui possèdent un caractère d'universalité puisqu'elles se fondent sur des observations récoltées dans des contextes transculturels. Significatifs furent aussi les apports ethnologiques à la connaissance de la maladie et de la pratique médicale dans « la petite communauté » en mettant en relief les représentations sociales de la maladie tant chez les praticiens que chez les clientèles. 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, les histoires de vie des *medicine men* et des guérisseurs représentent des contributions de première main qui donnent directement accès à la culture vécue des malades et des thérapeutes, révélant ainsi non seulement la dynamique d'un segment culturel mais aussi l'ensemble des éléments significatifs de l'organisation sociale et des patrons culturels d'une civilisation particulière.

L'anthropologie de la santé est une discipline scientifique, nul ne saurait le contester. Le modèle d'explication de la santé qu'elle propose (basé principalement sur les notions d'adaptation, d'équilibre et de croissance) découle d'études empiriques transculturelles. Toutefois, en tant que représentation scientifique, elle ne peut être dissociée des contextes socio-historiques de sa naissance et de son évolution ni des univers idéologiques de ses premiers promoteurs. Dans cette perspective, il nous apparaît intéressant et instructif à la fois de mieux connaître comment cette sous-discipline est née ici, le processus de son implantation, le genre d'études auxquelles elle a donné lieu, les principaux résultats auxquels elle arrive et les enseignements qu'ils traduisent, les pistes de recherche qu'elle suggère. La pénétration de cette nouvelle représentation dans notre milieu a-t-elle suscité des transformations du monde de la santé ?

L'ANTHROPOLOGIE DE LA SANTÉ EN TANT QUE REPRÉSENTATION *

Trois traditions scientifiques particulières sont à l'origine de l'anthropologie de la santé en tant que champ distinctif de l'ethnologie : l'intérêt de l'ethnographie traditionnelle pour les médecines dites primitives (les études ethnomédicinales) ; les travaux sur la personnalité et la culture dans les années trente et quarante qui ont favorisé une étroite collaboration entre anthropologues et psychiatres et l'extraordinaire expansion des programmes internationaux de santé publique durant la période qui a suivi la Seconde Guerre mondiale.¹ Ces trois traditions scientifiques ont contribué à la constitution d'un corpus de connaissances se rapportant à la santé et à la maladie dans des contextes transculturels qui élargissent les conceptions bio-médicales de la maladie ainsi que les représentations professionnelles et les modèles thérapeutiques des intervenants du monde occidental. Les anthropologues médicaux américains ainsi que les spécialistes européens de l'ethnomédecine ont mis en relief des modèles opératoires qui incarnent ces conceptions élargies de la santé : ils proposent aux praticiens de la médecine occidentale une définition plus compréhensive de la santé, des démarches thérapeutiques qui tiennent compte du contexte socio-culturel de la dispensation des soins, des principes de réinsertion sociale qui respectent l'univers phénoménologique des patients ainsi que les systèmes d'attente de l'univers social plus large. Ces conceptions scientifiques nouvelles découlent, dans une large mesure, des acquis récents des sciences de l'homme, et, pour autant, elles ne constituent pas pour les agents

* Cet inventaire des recherches en anthropologie de la santé du Québec couvre la période 1960-1981. Il a été effectué à l'occasion d'un inventaire plus global sur l'anthropologie du Québec en collaboration avec le professeur Gerald Gold de York University. Nous tenons à exprimer nos remerciements aux collègues qui nous ont aidé soit dans le dépistage des travaux de recherche, soit encore dans l'interprétation des résultats : Gilles Bibeau, Ellen Corin, Maurice Blouin, Guy Dubreuil, Gerald Gold, Pierre Joubert, Elli Kongas-Maranda et Lucien Laforest.

1. Consulter : George FOSTER, « Medical anthropology : some contrasts with medical sociology », *Medical Anthropology Newsletter*, VI, 1, 1974 : 1-6 ; et Virginia L. OLESEN, « Convergences and divergences : anthropology and sociology in health care », *Medical Anthropology Newsletter*, VI, 1, 1974 : 6-9.

traditionnels un paradigme évident d'explication de la réalité pathologique ni ne justifient de transformations profondes dans les démarches thérapeutiques centrées sur le patient en tant qu'unité clinique exclusive. D'autres disciplines, telles que la sociologie, la psychiatrie sociale, la psychologie, par des cheminement parallèles ou analogues proposent elles aussi des définitions nouvelles de la maladie et des procès thérapeutiques rajeunis en vue de restaurer la santé. Pourtant la médecine, en tant que science et en tant que pratique, évolue lentement dans sa démarche de renouvellement.

L'anthropologie de la santé, 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 dans le rajeunissement des perspectives conceptuelles sur la santé et la maladie et dans la conception de pratiques professionnelles. Une conception systémique de la santé, par exemple, nécessite l'examen d'expériences pathologiques en tant que phénomènes totaux. Ainsi les analyses que poursuit l'anthropologie de la santé établissent les relations qui existent entre la maladie, les systèmes de dispensation des soins et les patrons culturels sans oublier l'univers phénoménologique du patient et les conceptions prophylactiques du professionnel de la santé. Toutes les civilisations du monde ont élaboré des conceptions de la maladie, ont développé des systèmes de dispensation des soins et ont mandaté des spécialistes pour traiter les malades et les aider à restaurer les équilibres physiologiques, psychosomatiques et socioculturels rompus. Conceptions de la maladie, élaboration des méthodes prophylactiques, apprentissage des spécialistes, 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.

Une des contributions les plus substantielles de l'anthropologie culturelle dans l'étude des diverses civilisations du monde fut d'énoncer des généralisations qui possèdent un caractère d'universalité puisqu'elles se fondent sur des observations récoltées dans des contextes transculturels. Significatifs furent aussi les apports ethnologiques à la connaissance de la maladie et de la pratique médicale dans « la petite communauté » en mettant en relief les représentations sociales de la maladie tant chez les praticiens que chez les clientèles. 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, les histoires de vie des *medicine men* et des guérisseurs représentent des contributions de première main qui donnent directement accès à la culture vécue des malades et des thérapeutes, révélant ainsi non seulement la dynamique d'un segment culturel mais aussi l'ensemble des éléments significatifs de l'organisation sociale et des patrons culturels d'une civilisation particulière.

L'anthropologie de la santé est une discipline scientifique, nul ne saurait le contester. Le modèle d'explication de la santé qu'elle propose (basé principalement sur les notions d'adaptation, d'équilibre et de croissance) découle d'études empiriques transculturelles. Toutefois, en tant que représentation scientifique, elle ne peut être dissociée des contextes socio-historiques de sa naissance et de son évolution ni des univers idéologiques de ses premiers promoteurs. Dans cette perspective, il nous apparaît intéressant et instructif à la fois de mieux connaître comment cette sous-discipline est née ici, le processus de son implantation, le genre d'études auxquelles elle a donné lieu, les principaux résultats auxquels elle arrive et les enseignements qu'ils traduisent, les pistes de recherche qu'elle suggère. La pénétration de cette nouvelle représentation dans notre milieu a-t-elle suscité des transformations du monde de la santé ?

I. L'ANTHROPOLOGIE DE LA SANTÉ AU QUÉBEC

Étant donné la nouveauté de ce champ de recherche au Québec et tenant compte du fait qu'il se situe à un carrefour vers lequel convergent plusieurs sciences psychologiques et humaines s'intéressant à des aspects particuliers de la santé, il nous apparaît essentiel de présenter, au début de cet article, une définition de ce nouveau domaine d'études tout en ayant soin de le distinguer des disciplines apparentées, de circonscrire l'univers de l'inventaire et de mettre en relief les diverses tendances et orientations de la recherche, de souligner les lacunes les plus évidentes et de proposer certaines pistes importantes de recherche.

1. *Une sous-discipline en émergence*

L'anthropologie de la santé désigne l'ensemble des études portant sur les processus étiologiques de la maladie, les méthodes et les relations thérapeutiques entre soignants et soignés, le rôle de malade et le processus de réinsertion sociale du patient guéri ainsi que les modes préventifs de la rechute et de la maladie. Cette sous-discipline anthropologique vise à définir la totalité des facteurs (hérédité, environnement, constitution biologique, nutrition, conditions de vie, expériences vécues, etc.) qui exercent une influence sur l'état de santé d'un individu par le biais d'une approche théorique générale qui s'intéresse aux interrelations du biologique, du psychologique et du culturel dans notre civilisation (de type occidental) comme dans l'ensemble des civilisations du monde. Cette dernière caractéristique (comparative et transculturelle) distingue d'ailleurs l'anthropologie de la santé de la sociologie médicale. Nous reviendrons sur ce point un peu plus loin.

Cette définition très large met en lumière le fait que les diverses recherches théoriques et empiriques en anthropologie de la santé découlent de perspectives

théoriques les plus variées, s'appuient sur des méthodologies et des techniques de recherche différentes et portent tout autant sur nos propres systèmes médicaux que sur ceux des autres civilisations du monde. C'est en cela que les études anthropologiques de la santé sont comparatives et transculturelles. Le dossier québécois de la santé, selon les perspectives de la bio-médecine et des sciences de la gestion du système de dispensation des soins, est très riche et les études découlant de ces perspectives apparaissent dans les différentes revues professionnelles d'ici. Il n'est pas dans notre intention d'en esquisser les principaux éléments dans le cadre de ce travail. En revanche, le dossier des sciences sociales de la santé et, plus particulièrement, celui d'une anthropologie de la santé qui viserait essentiellement à instaurer dans la compréhension des processus pathologiques, thérapeutiques et préventifs le faisceau complet des expériences de vie et des conditions sociales, reste à bâtir. Ce dossier, il faut le préciser, s'intéresserait tout autant à la médecine populaire qu'à la médecine savante.

L'anthropologie de la santé se distingue de la sociologie médicale par ses traditions de recherche, par la définition de son objet d'observation, par les techniques de cueillette des données qu'elle privilégie et par les modèles théoriques et analytiques qu'elle utilise. Nous avons rappelé plus haut les trois traditions particulières qui sont à l'origine de l'anthropologie de la santé. La sociologie, pour sa part, possède une tradition plus formelle, centrée sur les institutions dans la tradition établie par Weber, Durkheim et Parsons. Les techniques d'observation en anthropologie sont habituellement plus proches du vécu et plus qualitatives alors que les techniques du questionnaire et les techniques quantitatives sont plus utilisées en sociologie. Enfin, l'anthropologie de la santé valorise quatre perspectives théoriques particulières : celle de l'écologie médicale, celle de l'approche systémique, celle de la généralisation transculturelle et celle, finalement, de l'intervention dirigée. Ces distinctions doivent toutefois être nuancées pour tenir compte des rapprochements disciplinaires² des dernières années et des emprunts méthodologiques et théoriques respectifs.

2. *Le sens de cet inventaire*

Cette recension de la littérature anthropologique traitant de la santé au Québec est fragmentaire pour deux raisons principales. En premier lieu, les sondages bibliographiques effectués ne sont pas exhaustifs et, par voie de conséquence, n'ont pas répertorié d'une manière systématique tout ce qui a pu être publié sur le Québec en matière de santé selon une visée anthropologique. Par ailleurs, la définition du champ de prospection pose problème en ce qui a trait aux contributions des disciplines apparentées (sociologie médicale,

2. Virginia L. OLESEN, *op. cit.*

psychiatrie sociale, médecine sociale et préventive, service social de la santé, psychologie sociale, etc.). Nous n'avons pas noté les études provenant de ces disciplines à moins qu'elles aient été inspirées, dans leur démarche d'ensemble, par des théories anthropologiques. Une dernière remarque s'impose. Il ne faut pas oublier qu'à l'Université Laval, en particulier, la sociologie et l'anthropologie ont cohabité jusqu'en 1970. Cela se reflète assez bien dans le genre d'études qui furent entreprises à cette époque : elles peuvent tout aussi bien être classées en sociologie médicale qu'en anthropologie de la santé.

Tout limité qu'il soit, ce bilan cherche à montrer comment s'est bâtie la tradition des études anthropologiques dans le domaine de la santé au Québec. En ce sens, il est illustratif du genre d'études entreprises selon les périodes, des modèles conceptuels utilisés, des schèmes explicatifs proposés ainsi que des nouvelles compréhensions de la santé et de la maladie qui s'en dégagent. Nous nous sommes limité aux ouvrages et articles publiés quoiqu'à l'occasion il nous a semblé utile de signaler des thèses de maîtrise, des rapports de recherche ou même des propositions de recherche qui couvraient des domaines et thèmes de recherche encore peu touchés.

II. L'ÉTAT DES RECHERCHES EN ANTHROPOLOGIE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

1. *Les instruments de recherche*

Avant de discuter successivement les travaux se rapportant aux conditions sociales de la maladie et de la guérison, à l'épidémiologie sociale, aux professionnels de la santé, aux institutions de la dispensation des soins, aux représentations sociales de la maladie et à l'éducation et à la prévention, il nous apparaît essentiel de répertorier les instruments de recherche. Ceux-ci sont encore peu nombreux et portent sur des aspects particuliers du phénomène à l'étude. Par contre, ils ont le mérite de faire le point sur certaines questions et de proposer des démarches particulières ou encore de mettre en relief le registre complet d'études particulières. Étant donné la relative jeunesse de cette sous-discipline, il est remarquable de noter que tous ces instruments d'observation et d'analyse ont été conçus durant la dernière décennie.

Soulignons, tout d'abord, les principales revues anthropologiques et sociologiques publiant des articles sur le Québec qui ont présenté, dans les années récentes, des numéros spéciaux sur la santé.³ L'ensemble des articles et notes de recherche qui apparaissent dans ces numéros spéciaux témoignent de

3. *Anthropologica* sur « La représentation du corps » (XXI, 1, 1979), *Anthropologie et sociétés* sur « Ethnomédecine et ethnobotanique » (II, 3, 1978), *Recherches sociographiques* sur « La sociologie de la santé » (XVI, 1, 1975) et *Sociologie et sociétés* sur « La gestion de la santé » (IX, 1, 1977). À l'automne 1981, *Anthropologie et sociétés* consacre un de ses numéros thématiques à « La dynamique bio-sociale » (V, 2, 1981).

l'intérêt grandissant des diverses disciplines humaines vis-à-vis la santé et de la richesse des approches théoriques et méthodologiques utilisées.

Des chercheurs œuvrant dans le cadre de l'Institut supérieur des sciences humaines de l'Université Laval ont préparé deux instruments bibliographiques. L'un répertorie *Le monde de la santé: 1940-1975* (DUSSAULT, 1975) tandis que l'autre fait l'inventaire des publications dans le domaine de la *Sociologie des maladies mentales* (HARVEY et SAMUEL, 1974). Bien que ces deux instruments bibliographiques ne fassent à peu près aucune référence aux travaux ethnologiques, ils représentent pour les anthropologues culturels des outils indispensables de recherche en ce sens qu'ils dressent la liste des contributions les plus substantielles en sociologie médicale et qu'ils reflètent assez bien l'état d'avancement des travaux dans ce domaine. Nous disposons, ainsi, d'une sorte de point d'horizon qui nous permette de jauger le caractère novateur des contributions contemporaines en anthropologie et le genre de renouvellement qu'elles apportent. Vient de paraître, enfin, un inventaire de la recherche sur la santé au Québec (LAGACÉ et PICARD, 1981).

Soulignons, également, l'existence de deux inventaires qui ont établi une revue systématique de l'ensemble de la production sur le Québec dans deux domaines de l'anthropologie de la santé. L'un (LACOURCIÈRE, 1976) examine l'ensemble de la production scientifique portant sur la médecine populaire au Québec jusqu'à nos jours. L'autre « dresse un inventaire des travaux à caractère expérimental et théorique effectués au Québec dans le domaine des aspects psychologiques et socio-culturels de l'alcoolisme afin d'avoir un meilleur éclairage de l'ensemble des facteurs et populations étudiés, des méthodes utilisées ainsi que des résultats obtenus en vue d'en faire une première évaluation et de formuler des recommandations utiles à d'éventuels chercheurs » (LABRIE et TREMBLAY, 1977, p. 85).

L'un des deux auteurs de l'inventaire sur l'alcoolisme conçut un plan de développement de la recherche médico-sociale à l'intention du Conseil des affaires sociales (TREMBLAY, 1975) qui prévoyait s'en servir dans un de ses rapports annuels.⁴ Ce plan se déploie selon une double orientation. L'auteur, dans un premier temps, montre que l'originalité de la recherche québécoise en santé⁵ appartient d'emblée au secteur des études médico-sociales pour autant que celles-ci s'insèrent dans un programme général « ayant les appuis et la continuité nécessaires ». C'est ce qui l'amène, en second lieu, à préciser et à

4. À notre grande déception, il n'a malheureusement jamais servi aux fins pour lesquelles il fut élaboré.

5. Nous considérons comme tout à fait exceptionnelles les contributions scientifiques de l'Institut Armand-Frappier dans le domaine de la microbiologie, celles du docteur Genest et de son équipe à l'Institut de recherches cliniques, celles du docteur Claude Fortier en physiologie ainsi que celles du docteur Fernand Labrie et de son équipe au Laboratoire d'endocrinologie moléculaire du CHUL.

définir les pôles de développement de ce type de recherche, les thématiques à approfondir et les démarches les plus fondamentales à entreprendre. Le même auteur (TREMBLAY, 1968 : 120-144), quelques années auparavant, avait conçu un plan directeur des études sur l'alcoolisme, un outil indispensable dans la planification de la recherche dans le domaine de l'alcoolisme : cet instrument fut jadis utilisé par l'équipe multidisciplinaire de recherche de l'Office de la prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies (l'OPTAT) alors dirigée par le docteur André Boudreau, alcoologue de réputation internationale.

Une équipe multidisciplinaire de recherche de l'Université de Montréal s'intéresse aux problèmes associés au vieillissement chez les travailleurs d'usine à Sorel depuis déjà quelques années. Les chercheurs qui y travaillent ont construit des instruments d'observation (BASTARACHE, AUGER, FOREST et BASTARACHE, 1978) et d'analyse (FOREST et BERTHELETTE, 1981) et ont défini les conditions d'une collaboration plus fructueuse entre les médecins et les anthropologues dans ce type de recherche (FOREST, FOREST-STREIT et AUGER, 1979). Cette équipe possède plusieurs publications à son actif — que nous commenterons plus loin — et regroupe un certain nombre d'étudiants rédigeant des thèses de maîtrise. L'un d'eux (LAPLANTE, 1981) prépare une thèse de doctorat. Notons, enfin, que TREMBLAY (1973) a illustré la pertinence et l'utilité du questionnaire dans les études évaluatives de l'état de santé d'une population donnée.

L'ensemble de ces outils, plus particulièrement québécois si nous pouvons nous exprimer ainsi, comportent des lacunes évidentes si on les compare à la production instrumentale américaine et européenne de la dernière décennie. Les manuels et les recueils d'anthropologie médicale et de la santé, pour utiliser cet exemple, foisonnent chez nos voisins du Sud⁶ et rapportent les résultats des recherches les plus originales ou reflétant particulièrement bien certaines approches conceptuelles et théoriques particulières. L'Institut québécois de recherche sur la culture a constitué un groupe de travail dirigé par Jacques Dufresne du cégep d'Ahuntsic dans le but de constituer une sorte de compendium de l'ensemble des connaissances acquises sur la santé dans les perspectives du modèle multidimensionnel des sciences humaines. Cette « encyclopédie » médicale appliquerait ces connaissances au milieu québécois dans le but de mieux renseigner les professionnels de la santé, les milieux de l'éducation et le public en général sur les acquis des sciences humaines par rapport à la santé et les éclairages théoriques nouveaux qu'ils suggèrent.

6. Pour les années récentes seulement, voici quelques-uns des ouvrages les mieux connus au Québec : Eleanor E. BAUWENS, *The Anthropology of Health*, Saint Louis, Mosby, 1978 ; George M. FOSTER et Barbara G. ANDERSON, *Medical Anthropology*, New York, Wiley, 1978 ; Norman KLEIN, *Culture, Curers and Contagion*, 1979 ; David LANDY (éd.), *Culture, Disease and Healing : Studies in Medical Anthropology*, New York, Macmillan, 1977 ; Michael LOGAN et Edward HUNT, *Health and the Human Condition : Perspectives on Medical Anthropology*, North Scituate, Duxbury, 1978 ; Ann MCELROY et Patricia TOWNSEND, *Medical Anthropology in Ecological Perspective*, North Scituate, Duxbury, 1979. La production des dernières années est vraiment abondante.

De son côté, TREMBLAY prépare depuis quelques années déjà un ouvrage général portant sur la santé (1983) dans la perspective systémique. Cette approche fait éclater le modèle bio-médical de la médecine occidentale afin d'y introduire les facteurs environnementaux de l'écosystème, les éléments reliés à la personnalité (perceptions, besoins, motivations, attitudes, aspirations, expériences, représentations) ainsi que ceux associés aux patrons culturels, aux modes de vie et aux visions du monde. L'auteur accorde une importance primordiale à l'identification de facteurs et d'éléments devant servir à une synthèse des savoirs scientifiques sur l'homme en état de crise.

D'ici peu de temps nous aurons donc, pour le Québec, des instruments de recherche et de réflexion d'un type nouveau qui susciteront des critiques, bien sûr, mais qui donneront une vigueur nouvelle aux divers travaux et études dans le domaine des sciences humaines de la santé. En plus de son impact théorique, cet outillage comporte des enseignements précis pour le renouvellement des thérapeutiques en plus de préciser les nouvelles voies de la prévention, de la réinsertion sociale du patient et des nouveaux équilibres de vie à établir.

2. Les conditions sociales de la maladie et de la guérison

Nous partons de l'hypothèse que les concepts de santé et de maladie se situent sur un continuum où la santé optimale et la maladie terminale représentent les pôles. On peut concevoir la maladie comme étant essentiellement une dysfonction dans la tenue des rôles, c'est-à-dire une incapacité ressentie par l'individu par rapport à l'ensemble de ses fonctions et de ses obligations. La plupart du temps, c'est l'individu lui-même qui se définit comme malade et qui prend la décision de chercher une aide professionnelle. À partir du moment où il cherche activement cette relation d'aide chez une tierce personne formée pour atténuer les « problèmes » de santé, l'individu adopte le rôle de malade, lequel comporte tout un ensemble d'attributions et de comportements particuliers. Cette définition subjective de la maladie renvoie aux dispositions prévues par la culture pour traiter les maladies (le système médical), pour atténuer les maux d'un individu et pour lui permettre éventuellement de réassumer ses fonctions individuelles et sociales habituelles. Elle nous renvoie aussi aux spécialistes de la guérison, aux modes et rituels thérapeutiques et à l'ensemble des services de dispensation des soins. Comment l'individu les utilise-t-il ?

Ce bref développement sur la santé et la maladie met en évidence l'encadrement culturel de la maladie par la définition qu'en donne celui ou celle qui la subit et par les attentes qu'ils entretiennent vis-à-vis les professionnels de la santé et leurs interventions thérapeutiques. Nous touchons à peine aux facteurs sociaux et économiques qui peuvent être à l'origine de toute une gamme de maladies. Le cas des maladies industrielles, telles que l'amiantose et

les diverses intoxications chimiques, représente une illustration exemplaire acceptée par l'ensemble des administrations publiques. Les maladies psychosomatiques et les maladies de civilisation représentent d'autres cas où la production socio-culturelle de la maladie est de plus en plus acceptée par le corps médical et par le grand public renseigné. Mais en quoi et comment nos habitudes de vie et notre condition socio-économique peuvent-elles être à l'origine de malaises d'ordre biologique, d'ordre psychosomatique et, à la limite, d'ordre psychiatrique? Voilà rapidement esquissées ce que nous appelons les conditions sociales de la maladie et de la guérison. L'importance des sujets proposés à nos investigations se révèle tout autant par leur nombre que par leur position dans notre univers phénoménologique. Ils sont au cœur d'une problématique élargie sur la santé et la maladie.

Notre inventaire nous a permis de repérer quelques études seulement dans ce domaine, ce qui nous fait prendre conscience des lacunes considérables à combler. Si on fait exception de l'étude de TREMBLAY (1960), toutes les autres ont été effectuées durant les six ou sept dernières années. L'étude de Tremblay prend, comme toile de fond, une profession, celle de bûcheron, et examine les tensions psychologiques reliées à sa pratique. Les tensions du travailleur forestier ne résultent pas uniquement de ses conditions de travail mais aussi des attentes du milieu, de ses aspirations et des projets qu'il nourrit pour ses enfants. Il gagne sa vie dans une situation où il prend conscience de son incapacité à relever ses niveaux de vie et à préparer ses enfants à assumer des fonctions professionnelles économiquement plus satisfaisantes et socialement plus prestigieuses. Étant soumis à ces diverses contraintes, on saisit mieux alors le fondement de son déchirement, de ses malaises physiques et de sa fragilité psychologique.

Ces études sur les professions et les diverses pratiques professionnelles, dans les perspectives de l'anthropologie de la santé, ne semblent guère avoir attiré les anthropologues; pourtant on connaît l'importance grandissante des maladies industrielles dans la société québécoise. Les études d'une équipe d'anthropologues de l'Université de Montréal sur la santé et le vieillissement de travailleurs industriels nous apparaissent, sous cet éclairage, particulièrement intéressantes et prometteuses. Un certain nombre d'entre elles ont déjà fait l'objet de publications (AUGER, FOREST et BASTARACHE, 1979; AUGER, BASTARACHE, FOREST et BASTARACHE, 1980; FOREST et FOREST-STREIT, 1980). D'autres ont fait l'objet de thèses de maîtrise. Nous attendons le rapport de synthèse que produiront ces études pour en évaluer l'impact tant sur le monde du travail que sur celui des recherches anthropologiques de la santé.

La thèse de maîtrise de Maurice BLOUIN (Université Laval, 1980) portant sur l'impact de la culture dans la définition de la maladie et dans la compréhension de la relation médecin-patient m'apparaît digne d'être soulignée par son caractère novateur (étude structurale de la santé) et par la richesse de

ses hypothèses en ethnomédecine symbolique. L'étude sur la culture, les rites et les croyances associés à la naissance dans Charlevoix (GAGNON, 1979) représente une contribution digne de mention : elle demeure, toutefois, limitée dans sa portée par son caractère descriptif et anecdotique. Par ailleurs, l'article sur l'intégration sociale des handicapés physiques (FOUGEYROLLAS, 1979) développe une problématique où la dialectique individu-société permet de mieux comprendre la situation particulière de cette catégorie sociale qui entend combattre directement les préjugés qui les enferment dans des univers restreints et prendre en main leur épanouissement dans le sens de leurs conceptions propres. Sur ce plan, une équipe du Centre hospitalier de l'Université Laval fait la démonstration de l'influence des conditions sociales dans la production du handicap (JOUBERT et FILLION, 1981). Mentionnons, enfin, les articles récents sur l'homosexualité (GARNEAU et LABERGE, 1978) et le veuvage et la sexualité (STRYCKMAN, 1980).

3. Les études épidémiologiques

L'importance du modèle de l'écologie médicale a renouvelé les perspectives des études médicales sur la fréquence des maladies et leur distribution géographique. La « nouvelle épidémiologie », en effet, a fait éclater le modèle classique de l'étude des maladies en fonction de tout un ensemble de facteurs socio-démographiques et socio-culturels pour y insérer les interrelations homme-milieu dans la production de la maladie ainsi que l'ensemble des dispositions élaborées dans le système médical pour rétablir les équilibres écologiques et atténuer, sinon éliminer complètement, les mésadaptations individuelles. À notre connaissance, ce renouveau conceptuel n'a pas encore suscité d'études particulières dans le contexte québécois.

Par contre, l'influence de la psychiatrie sociale naissante des années cinquante aux États-Unis⁷ et, en particulier, des travaux du docteur Thomas Rennie à Manhattan dans le cadre du *Mid-Town Project*,⁸ de ceux du docteur Frederick Redlich⁹ à New Haven ainsi que ceux du docteur Alexander H. Leighton en Nouvelle-Écosse (*Stirling County Studies*)¹⁰ s'est fait sentir au

7. Alexander H. LEIGHTON, John A. CLAUSEN et Robert N. WILSON, *Explorations in Social Psychiatry*, New York, Basic Books, 1957.

8. L. SROLE, T. S. LANGNER, S. T. MICHAEL, M. K. OPLER et Thomas A. C. RENNIE, *Mental Health in the Metropolis*, New York, McGraw Hill, 1962.

9. A.B. HOLLINGSHEAD et F. C. REDLICH, *Social Class and Mental Illness*, New York, Wiley, 1958 ; et aussi Jerome MYERS et Bertram H. ROBERTS, *Social Class, Family Dynamics and Mental Illness*, New York, Wiley, 1959.

10. A. H. LEIGHTON, *My Name is Legion : Foundations for a Theory of Man in Relation to Culture*, New York, Basic Books, 1959 ; Charles C. HUGHES, Marc-Adélar TREMBLAY, R.N. RAPOPORT et Alexander H. LEIGHTON, *People of Cove and Woodlot : Communities from the Viewpoint of Social Psychiatry*, New York, Basic Books, 1960 ; Dorothea C. LEIGHTON, J.S. HARDING, D.B. MACKLIN, Alistair M. MACMILLAN et A.H. LEIGHTON, *The Character of Danger*, New York, Basic Books, 1963.

Québec dans les travaux épidémiologiques du psychiatre Murphy de l'Université McGill. À compter des années soixante, Murphy et ses associés entreprirent une série d'études sur les taux différentiels des désordres psychologiques chez les populations d'ascendance française et d'origine britannique vivant dans des petites communautés et dans des unités sociales plus larges (MURPHY, 1974). Un autre psychiatre, Noël Fortin de l'Hôpital Notre-Dame a, pour sa part, analysé l'impact de l'insularité sur la santé mentale des Madelinots (FORTIN, 1966). Cette même perspective de recherche a fortement orienté les travaux des équipes de recherche œuvrant à l'OPTAT à ses débuts.¹¹ Utilisant le plan directeur auquel nous faisons allusion plus tôt, l'OPTAT entreprit une vaste étude sur les habitudes de consommation d'alcool dans la région du Bas-Saint-Laurent laquelle, comme chacun le sait, faisait partie de la région-pilote du Bureau d'Aménagement de l'Est du Québec (B.A.E.Q.) (TREMBLAY et LAFOREST, 1966). Ces études épidémiologiques donnèrent lieu à une remarquable thèse de doctorat dans laquelle l'auteur (LAFOREST, 1974) analyse l'hypothèse durkheimienne de la liaison entre l'anomie et diverses conduites pathologiques. En effet, Laforest établit, pour le contexte rural québécois, par une technique analytique sophistiquée, une relation d'association entre l'anomie et la déviance alcoolique dans les habitudes de consommation. Cette thèse couronnait toute une série d'études épidémiologiques sur l'alcool et la drogue que l'auteur publia à compter de 1968 dans la revue *Toxicomanies* (LAFOREST, 1968). Les études ethnographiques sur la Basse-Côte-Nord du Saint-Laurent donnèrent lieu à un essai d'évaluation des modèles et des comportements de consommation d'alcool (CHAREST, 1970). S'inscrivent dans la même tradition les travaux épidémiologiques du Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke dans l'Estrie sous la direction de Laforest (LAFOREST, 1970; DENIS, TOUSIGNANT et LAFOREST, 1973; TOUSIGNANT et DENIS, 1977). Utilisant certaines des orientations théoriques générales et des instruments d'observation des études effectuées dans le comté de Stirling, cette équipe établit la fréquence des cas d'intérêt psychiatrique et identifie les facteurs socio-culturels qui la font varier.

4. *Les institutions de santé et la dispensation des soins*

Chaque société a choisi des lieux et construit des établissements spécialisés à l'intérieur desquels se déploient les démarches et les thérapeutiques conçues pour enrayer la maladie et favoriser la guérison de patients atteints d'affections organiques et psychologiques. La société québécoise, en s'inspirant du modèle occidental, a élaboré un régime de soins qui s'appuie sur divers types

11. La loi sur les services de santé et les services sociaux, visant à rationaliser le système de dispensation des soins, est à l'origine de sa disparition.

d'établissements¹² afin de rendre accessible à la population de tous les milieux géographiques et socio-économiques ayant des « problèmes médicaux », tout un éventail de services et de soins spécifiques. Ces établissements de santé, selon leur vocation dans l'ensemble du réseau et leur taille, comportent des structures organisationnelles plus ou moins complexes et des catégories professionnelles plus ou moins nombreuses et diversifiées. L'hôpital, certes la structure la plus bureaucratisée, dont le fonctionnement suit le patron des grandes organisations industrielles, peut être conçu comme un système social quasi autonome, ayant sa culture propre mais reflétant, par ailleurs, la culture de la société globale. Il existe, dans ces institutions de santé, une hiérarchie sociale de type dualiste (structure de gestion des biens et des services et structure professionnelle de production des soins médicaux), une division des tâches professionnelles réglemētées par les divers ordres corporatifs regroupant les professions de la santé et les divers syndicats défendant les intérêts de leurs membres, un mode de vie et des attitudes spécifiques.

Les malades qui séjournent dans ces établissements de santé pour des périodes variables doivent intérioriser les normes de comportements de ces milieux de vie afin de bénéficier pleinement des efforts thérapeutiques. La perception qu'ils ont de cette culture hospitalière, la compréhension qu'ils développent de l'action thérapeutique ainsi que les attentes qu'ils entretiennent vis-à-vis leur guérison influent sur leur réceptivité des soins proposés et procurés et, bien sûr, sur leur éventuelle guérison. Voilà esquissés les principaux traits du système de dispensation des soins et l'univers phénoménologique des bénéficiaires. Passons en revue maintenant les principaux travaux anthropologiques (ou d'inspiration ethnologique) sur les établissements de santé.

Quelques commentaires d'arrière-plan serviront à expliquer l'étonnante pénurie de travaux ethnologiques dans ce domaine. L'anthropologie du Québec en est à ses débuts (une tradition scientifique d'un quart de siècle environ). Elle s'est d'abord orientée, d'une façon primordiale, vers des études à caractère ethnographique et monographique du genre de celles poursuivies par l'équipe de Norman Chance dans le Moyen-Nord québécois sur les Cris, celles entreprises par l'équipe Dubreuil-Benoît-Gomila sur les communautés canadiennes-françaises et par l'équipe Tremblay-Charest sur la Côte-Nord du Saint-Laurent. Les premières études ethnologiques sur les institutions de santé furent effectuées durant la période 1966-1971. Cinq de celles-ci furent des travaux académiques réalisés sous la direction de Tremblay dans le but d'obtenir une maîtrise et portent sur l'hôpital psychiatrique (CÔTÉ, 1966; FORTIER, 1966; DRAPER, 1970; ROUTHIER, 1971 et BOUCHARD, 1971). Deux autres travaux (TREMBLAY, 1966 et 1970) se rapportent à l'évolution dans les structures et les fonctions de l'hôpital sous l'impact de la modernisation du Québec et à la socialisation des services de santé. Il ne fait aucun doute que l'ensemble de ces

12. Voir : *Les affaires sociales au Québec*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1980, pp. 149-174.

travaux, en plus de s'insérer dans le courant nouveau des études en psychiatrie sociale, ont tous été fortement influencés par les idées novatrices exprimées dans le Rapport Bédard¹³ sur les hôpitaux psychiatriques et par celles préconisées par les schèmes conceptuels de l'antipsychiatrie.

La mise en application graduelle de la Loi 65 sur les services de santé et les services sociaux a vu naître au Québec de nouvelles institutions de santé comme les départements de santé communautaire (D.S.C.) et les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.). Ceux-ci distribuent des soins de première ligne tandis que ceux-là se préoccupent de la qualité des soins en s'inspirant des principes et des méthodes de la médecine familiale et communautaire. Ces deux innovations dans le régime québécois des soins ont fait l'objet de quelques études dans les deux ou trois dernières années (COUTURE, 1978; JOUBERT, 1980).

En bref, la pénurie de travaux portant sur les institutions de soins et l'absence d'études d'anthropologie clinique soulignent la jeunesse de cette discipline au Québec et témoignent aussi, indirectement, des résistances que rencontrent et qu'ont rencontrées les ethnologues dans la pénétration de ces lieux « sacro-saints » pour y agir soit comme chercheurs-observateurs ou encore comme intervenants dans l'équipe thérapeutique multidisciplinaire.

5. *Les professionnels de la santé*

Les changements récents dans les professions de la santé sont parallèles à ceux qui se sont produits dans la société globale québécoise. Résumons-en les principales facettes, délimitant ainsi par ce biais l'étendue du champ d'observation offert à l'ethnologie.

L'accélération des connaissances scientifiques et médicales oblige les spécialistes de la santé à un apprentissage plus élaboré et complexe où les sciences humaines se méritent une place de plus en plus importante. De ce point de vue, les articles de COQUATRIX sur la littérature obstétricale (1980) et de TREMBLAY sur les nouvelles fonctions du médecin de famille dans le champ de la santé mentale (1965) touchent à certains aspects de la redéfinition de l'activité professionnelle. L'action des corporations et des syndicats professionnels n'a pas encore fait l'objet d'études systématiques de la part des ethnologues bien qu'elle soit au cœur des transformations du monde de la santé. Le rôle des corporations professionnelles dans la protection des intérêts du public et dans le maintien de la qualité des soins devient de plus en plus complexe et controversé dans le champ des interventions médicales et cliniques nouvelles (insémination, avortement, eugénisme, soins palliatifs, manipulations génétiques, etc.). Par suite de l'intérêt diversifié des clientèles, de l'évolution des mentalités et de

13. Dominique BÉDARD, Denis LAZURE et Charles A. ROBERTS, *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, Québec, Hôtel du Gouvernement, 1962.

l'absence de consensus chez les professionnels de la santé eux-mêmes, les nouvelles règles de la bio-éthique ne s'expriment pas encore dans un projet unique ce qui, par voie de conséquence, entraîne des interventions et interprétations divergentes qui font l'objet de discussions sur la place publique. L'action syndicale rencontre des embûches du même ordre dans la défense des intérêts professionnels et personnels des membres (conditions de travail, définition des tâches, plan de carrière, sécurité d'emploi, etc.).

La poussée extraordinaire du développement technique a amené un perfectionnement de l'outillage existant et l'invention d'appareils nouveaux, permettant ainsi des interventions techniques de pointe. Celles-ci s'accompagnent, parfois, d'une atténuation de la chaleur et de l'intimité de la relation thérapeutique. On peut même se demander, à la limite, si la popularité grandissante des médecines « parallèles » et le recours de plus en plus fréquent aux diverses catégories de guérisseurs et, parfois même, aux charlatans, ne représentent pas une des conséquences de cette transformation substantielle du climat thérapeutique (BLOUIN, 1980). S'il est juste de penser que les ethnologues se sont toujours intéressés aux symbolismes, rituels et thérapeutiques privilégiés par l'ethnomédecine (BALIKCI, 1963), n'est-il point suprenant que dans la seule période 1974-1981 on dénombre neuf contributions ethnologiques centrées spécialement sur la pratique du « guérissage » et les pharmacopées qui l'accompagnent ainsi que sur les difficultés juridiques que rencontrent les différents types de guérisseurs ? (BRAULT, 1974 ; BRUNEL et MORISSETTE, 1979 ; BRUNEL, 1980a ; 1980b ; BRUNEL, 1979 ; DUBOIS-OUELLET, 1981 ; DULONG, 1977 ; KONGAS-MARANDA, 1981 ; NADEAU, 1975).

La complexification des appareils bureaucratiques et leur orientation par rapport à la rationalité des procédures et à l'efficacité des résultats ont entraîné l'élaboration de nouvelles méthodes de gestion et de contrôle des dépenses médicales. L'anthropologie culturelle ne semble pas s'être éveillée à la fonction critique de ces nouvelles pratiques institutionnelles dans l'évolution des systèmes médicaux québécois vers une plus grande formalisation. Ce qui surprend encore davantage, c'est l'absence d'études ethnologiques sur la socialisation de la médecine et la médicalisation des services sociaux, des terrains d'observation d'une exceptionnelle richesse à la racine d'une phénoménologie de la santé tant du côté des gestionnaires de la santé que de celui des clientèles.

6. *Les représentations sociales de la santé et de la maladie*

Un des champs de l'anthropologie médicale qui prend une rapide expansion en France est celui des représentations sociales et discours sur le corps et la maladie.¹⁴ On sait que l'action des professionnels de la santé s'oriente, en partie,

14. Voir, en particulier, les travaux de Françoise LOUX. À titre illustratif, son article « Santé et maladie dans les représentations populaires françaises traditionnelles et modernes », *Santé, médecine et sociologie*, Paris, Centre national de la recherche scientifique, 1978, pp. 311-315.

en fonction de la plainte du patient et du discours qu'il tient sur ses malaises corporels, ses émotions aiguës et sur l'ensemble des éléments qui affectent son état de santé. Ces conceptions subjectives de la maladie de même que ces auto-évaluations de santé, en plus de contribuer à la définition d'une symptomatologie et d'une démarche thérapeutique dans une situation clinique donnée, servent également à nous faire pénétrer dans l'univers symbolique et phénoménologique des clientèles et, par ce biais, à mieux nous faire comprendre l'ensemble des définitions de la maladie, l'insertion comme le mouvement des clientèles dans le système de la « médecine savante » ou celui de la « médecine populaire ». Le recours au guérisseur, par exemple, dans nos propres sociétés est une démarche qui traduit des perceptions, des définitions et des attentes qui nous renvoient tout autant à la conception de la nature de la maladie qu'à celle des aptitudes et des attributions particulières de ce type de spécialiste.

Si nous faisons exception de l'étude de FLANNERY (1971) sur les concepts magico-religieux des Algonquins de la Baie James, car elle se situe dans le courant des traditions ethnographiques sur la médecine primitive à la manière du médecin-anthropologue Ackerknecht,¹⁵ quelques études seulement s'inspirent de cette approche ethnopsychologique couplée aux schèmes conceptuels de la sémiotique. Mais ces dernières nous apparaissent comme étant particulièrement prometteuses et suggestives. Mentionnons, en premier lieu, l'ensemble des travaux de Gilles BRUNEL, du Département des communications de l'Université de Montréal, sur les guérisseurs, dont les analyses et les interprétations sont riches en hypothèses nouvelles, l'étude longitudinale du psychiatre-anthropologue Jean-François Saucier de l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal portant sur les attitudes et les conceptions des adolescents francophones de Montréal vis-à-vis la maladie (SAUCIER, 1976-1981), celles de Gilles BIBEAU et de Louise PELLETIER de l'École des sciences infirmières de Laval (1980) portant sur le discours sur la santé et la maladie, et celle de Maria DE KONINCK et Francine SAILLANT du Conseil du statut de la femme sur les stéréotypes des soignants vis-à-vis les femmes (1980), l'ensemble des travaux que poursuit l'ethnopsychologue Ellen CORIN du Centre de gérontologie sociale de Laval sur le processus de vieillissement et les modalités de l'intégration sociale des personnes du troisième âge et, enfin, la thèse de BLOUIN, à laquelle nous nous référons plus tôt, qui s'inspire des travaux de Pierre Maranda dans les perspectives structuralistes sur « l'infra discours populaire ».

Puisque le champ des représentations sociales renvoie à une approche ethnologique dite cognitive, il nous apparaît important, en terminant cette section, de mentionner deux études ethnobiologiques à caractère empirique.¹⁶

15. Erwin H. ACKERKNECHT, *Medicine and Ethnology: Selected Essays*, Baltimore, John Hopkins, 1971.

16. Voir, au sujet des études théoriques, l'article de Gilles BRUNEL, « Tendances actuelles de la recherche en ethnobiologie », *Anthropologica*, XIX, 2, 1977: 111-132; et de Gérard FORTIN, « Ethnobotanique et ethnohistoire, commentaires sur les travaux de William N. Fenton », *Recherches amérindiennes au Québec*, VII, 3-4, 1978: 27-36.

L'une (BOUCHARD et MAILHOT, 1963) porte sur le lexique des animaux indiens et les travaux de Gérard Fortin, sur la pharmacopée traditionnelle des Iroquois (FORTIN, 1978). Ce dernier prépare une thèse de maîtrise à l'Université Laval sur les noms de plantes et leur utilisation médicinale chez les Montagnais de Mingan. Ces travaux viennent prolonger les études pionnières de l'ethnobiologiste Jacques Rousseau¹⁷ au Nouveau-Québec durant les années quarante.

7. *Éducation et prévention*

Les nouvelles orientations de la médecine savante mettent l'accent sur l'éducation sanitaire et hygiénique, le dépistage hâtif des maladies et la prévention. Des sommes considérables d'argent sont dépensées à chaque année pour former des spécialistes en médecine sociale et préventive, pour développer des programmes d'éducation sur l'ensemble des principes hygiéniques de vie, pour amorcer des programmes de dépistage hâtif des maladies, pour réduire la pollution des milieux industriels et de l'environnement, en bref, pour faire avancer l'idée d'une médecine qui prévient tout autant la maladie qu'elle la guérit. Les ethnologues sont encore peu sensibilisés à l'importance comme à l'urgence d'entreprendre des recherches empiriques dans ce domaine et de participer, dans le cadre d'équipes multidisciplinaires, à la conception comme aux démarches méthodologiques de l'intervention des spécialistes de la santé.

Nous avons tracé, sur une base modeste, pour l'OPTAT (TREMBLAY, 1968), les grandes lignes d'un programme d'action préventive dans le domaine de l'alcoolisme dont les principaux axes de développement sont conçus en fonction des diverses catégories de consommateurs d'alcool. Ce programme s'insère dans les traditions de la recherche empirique en sciences humaines. Beaucoup plus substantiels et opérationnels apparaissent être les programmes préventifs de certains départements de santé communautaire, comme ceux des centres hospitalo-universitaires et de certains centres locaux de services communautaires qui découlent des visées et positions innovatrices de la Commission Castonguay-Nepveu. Ce sont des entreprises qui partent sur un bon pied par l'importance qu'elles accordent aux sciences humaines, dont l'anthropologie culturelle,¹⁸ et par l'ensemble des ressources mises à la disposition de ces équipes d'un genre tout à fait nouveau dans l'univers de la santé (JOUBERT et FILLION, 1981; JOUBERT, BERNARD, LEMAY et FILLION, 1981; FILLION, JOUBERT et LEMAY, 1981).

17. Jacques ROUSSEAU, « Coupe biogéographique et ethnobiologique de la Péninsule Québec-Labrador », dans: *Le Nouveau-Québec: Contribution à l'étude de l'occupation humaine* (sous la direction de Jean MALAURIE et Jacques ROUSSEAU), Paris, Mouton, 1964: 29-94.

18. Au Centre hospitalier de l'Université Laval, pour utiliser cet exemple que nous connaissons, l'équipe de recherche dirigée par Pierre Joubert comprend trois autres anthropologues culturels.

Il est encore trop tôt pour évaluer la qualité de la contribution des sciences humaines à l'effort préventif (recherche et interventions) des sciences de la santé. Il nous faudra attendre que les résultats de ces recherches et de ces interventions soient publiés et qu'ils aient été appréciés par des pairs. Nous espérons que les chercheurs et les intervenants, étant les premiers intéressés, sauront développer des instruments d'évaluation et pourront eux-mêmes, dans un premier temps, jauger à la fois la pertinence et le rendement de leurs contributions respectives et que le champ de la prévention ne conservera pas le statut peu enviable que lui confère un sociologue médical (LAFORÉST, 1976).

*
* *
*

Comment conclure ce vaste tour d'horizon qui ne fait qu'effleurer le sujet autrement qu'en mettant en relief quelques lacunes et en suggérant quelques nouvelles pistes de recherche ?

Rappelons que l'anthropologie *au* Québec est une jeune discipline. De plus, l'anthropologie de la santé, en tant que sous-discipline, a vraiment pris son envol à l'échelle mondiale il y a une vingtaine d'années à peine. Il n'est donc guère surprenant qu'elle soit à se définir une vocation et qu'elle cherche à se découvrir une place dans l'univers de la santé. Ses modestes contributions au dossier québécois de la maladie sont tributaires des conditions mêmes de son existence. Il nous apparaît regrettable, toutefois, que les énergies consacrées à la construction de traditions scientifiques nouvelles se déploient dans l'oubli trop systématique, il nous semble, des contributions des années cinquante et soixante. Assisterons-nous à de perpétuels recommencements ? Ne serait-il pas possible d'appuyer l'originalité des contributions récentes sur des travaux, bien éparpillés, il faut bien le concéder, mais qui reflètent les schémas théoriques et les opérationnalisations de leurs époques ? Il apparaît illusoire, enfin, de baliser les pistes de développement et de recherches souhaitables pour l'avenir tellement le nombre et la variété des études à amorcer sont incommensurables. Il faudra aussi un peu plus de temps aux anthropologues médicaux pour apprécier l'ensemble de leurs travaux à l'occasion de conférences, de colloques et d'assemblées spéciales du genre de celles du Groupe de recherche interuniversitaire en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie (GIRAME) pour établir des bilans critiques, pour définir des champs de recherche particulièrement féconds, pour utiliser toute la gamme des approches conceptuelles possibles dans ce champ d'études en milieu québécois, pour mieux expérimenter les méthodologies nouvelles de l'observation et de l'intervention et pour susciter des consensus sur les orientations de cette sous-discipline ici. Serait bien naïf celui qui voudrait « brûler » les étapes de ce mûrissement préalable !

Marc-Adélar TREMBLAY

*Département d'anthropologie,
Université Laval.*

TRAVAUX RECENSÉS

- F. AUGER, F. FOREST et E. BASTARACHE, « An anthropological project on French-Canadian workers: A progress report », *Canadian Review of Physical Anthropology*, I, 1, 1979: 5-9.
- F. AUGER, E. BASTARACHE, F. FOREST et R. BASTARACHE, « Morphologie et niveaux de santé: une analyse de deux groupes de travailleurs québécois », *Union médicale du Canada*, CIX, 3, 1980: 377-385.
- Asen BALIKCI, « Shamanistic behavior among the Netsilik Eskimos », *Southwestern Journal of Anthropology*, XIX, 4, 1963: 38-396.
- E. BASTARACHE, F. AUGER, F. FOREST et R. BASTARACHE, « Utilisation d'un questionnaire pré-examen médical auprès d'une population de travailleurs québécois », *Union médicale du Canada*, CVII, 9, 1978: 1-12.
- Gilles BIBEAU et Louise PELLETIER, « Le discours sur la santé et la maladie dans deux populations de Québec », communication présentée au Symposium sur la médecine populaire et la religion traditionnelle, Ottawa, Musée national de l'Homme, 1980.
- Maurice BLOUIN, *Culture, santé et maladie*, thèse de maîtrise, Université Laval, 1980.
- Serge BOUCHARD et José MAILHOT, « Structure du lexique: les animaux indiens », *Recherches amérindiennes au Québec*, III, 1-2, 1973: 39-67.
- Marie-Marthe BRAULT, *Monsieur Armand, guérisseur*, Montréal, Parti pris, 1974.
- Gilles BRUNEL et Luc MORISSETTE, « Guérison et ethnoétiologie populaire », *Anthropologica*, XXI, 1, 1979: 43-72.
- Gilles BRUNEL, « Guérison, radiesthésie et communication corporelle », *Revue d'ethnologie du Québec*, V, 1, 1980: 83-97.
- Gilles BRUNEL, « Guérison, magie et symbolique corporelle », *Anthropologie et sociétés*, IV, 2, 1980: 113-130.
- Gilles BRUNEL, « La culture populaire en procès: le cas des guérisseurs traditionnels au Québec », *Sociologie et sociétés*, XI, 1, 1979: 147-165.
- Paul CHAREST, « La consommation des boissons alcooliques sur la Basse-Côte-Nord du Saint-Laurent », *Toxicomanies*, III, 3, 1970: 329-370.
- Ellen CORIN, « Le concept socio-culturel de l'utilisation des réseaux sociaux chez les personnes âgées de la région de Québec », communication présentée au Congrès annuel de la Société canadienne d'ethnologie, Ottawa, 1981.
- Raymond CÔTÉ, *L'hôpital psychiatrique: une culture asilaire ou un milieu thérapeutique*, thèse de maîtrise en sociologie, Université Laval, 1966.
- Nicole COQUATRIX, « Interpréter la littérature obstétricale contemporaine: note de recherche », *Anthropologie et sociétés*, IV, 2, 1980: 145-159.
- Denise COUTURE, « La division du travail en C.L.S.C. », *Recherches sociographiques*, XIX, 2, 1978: 271-280.
- Maria DE KONINCK et Francine SAILLANT, « Situation des femmes et stéréotypes chez les soignants: perspectives féministes », *Santé mentale au Québec*, V, 2, 1980.
- Guy DENIS, Michel TOUSIGNANT et Lucien LAFOREST, « Prévalence de cas d'intérêt psychiatrique dans une région du Québec », *Canadian Journal of Public Health*, LXIV, 4, 1973: 387-397.

- Michael J. DRAPER, *La psychiatrie communautaire ou l'accessibilité générale à la maladie mentale*, thèse de maîtrise en sociologie, Université Laval, 1970.
- Michael J. DRAPER, « La réhabilitation du malade mental en milieu communautaire : un modèle théorique », Québec, Institut supérieur des sciences humaines, Université Laval, 1969 (ronéotypé).
- Simone DUBOIS-OUELLET, *Ethnomédecine auprès d'un guérisseur de Lévis*, thèse de maîtrise, Université Laval, 1981.
- Gaston DULONG, « Médecin populaire au Québec », *La vie médicale au Canada français*, VI, mars 1977 : 294-297.
- Gilles DUSSAULT, *Le monde de la santé 1940-1975 : Bibliographie*, Québec, Institut supérieur des sciences humaines, Université Laval, 1975. (« Instruments de travail », 17.)
- Regina FLANNERY, « Some magico-religious concepts of the Algonquians of the East Coast of James Bay », dans : *Themes in Culture and Other Essays in Honor of Morris Opler*, Quezon City, Kayumanggi Publishers, 1971 : 31-39.
- F. FOREST, « Le concept de vieillissement différentiel et son utilisation dans les études de santé au travail », *Santé mentale au Canada*, V, 2, 1981.
- Ursula FOREST-STREIT, « Caractéristiques psycho-sociales d'un groupe d'étudiants en médecine à l'entrée à la Faculté », *Union médicale du Canada*, CIX, novembre 1980 : 1569-1577.
- F. FOREST, U. FOREST-STREIT et F. AUGER, « Anthropologie et médecine : une collaboration qui pourrait être fructueuse », *Actes du 13^e Colloque Anthropologie et médecine*, Association internationale des anthropologistes de langue française, Caen, 1979 : 104-134.
- F. FOREST et D. BERTHELETTE, « Utilisation de l'analyse de variance multiple en anthropologie de la santé », *Revue canadienne d'anthropologie physique*, II, 1, 1981.
- Marc FORTIER, *L'administration : de l'asile à l'hôpital psychiatrique*, thèse de maîtrise en sociologie, Université Laval, 1966.
- Gérard L. FORTIN, « La pharmacopée traditionnelle des Iroquois : une étude ethnohistorique », *Anthropologie et sociétés*, II, 3, 1978 : 117-138.
- Jean-Noël FORTIN, « Vicissitudes de l'insularité : observations socio-psychiatriques sur une population des Îles-de-la-Madeleine, essai en psychiatrie sociale », rapport préliminaire, *Laval Médical* (Québec), XXXVII, 2, 1966 : 168-174.
- Patrick FOUGEYROLLAS, « Normalité et corps différents ; regard sur l'intégration sociale des handicapés physiques », *Anthropologie et sociétés*, II, 2, 1978 : 51-71.
- Edward F. FOULKS, *The Arctic Hysterias of the North Alaskan Eskimo*, Washington (D.C.), American Anthropological Association, 1972. (« Anthropological Studies », 10.)
- Jean-Philippe GAGNON, *Rites et croyances de la naissance à Charlevoix*, Montréal, Leméac, 1979.
- Brigitte GARNEAU et Daniel LABERGE, « Les fourrés de la science. Homosexualité masculine : perspectives théoriques et anthropologiques », *Anthropologie et sociétés*, II, 2, 1978 : 73-106.
- F. HARVEY et R. SAMUEL, *Matériel pour une sociologie des maladies mentales au Québec*, Québec, Institut supérieur des sciences humaines, Université Laval, 1974. (« Instruments de travail », 15.)
- Pierre JOUBERT et Réjean FILLION, « L'influence des conditions ambiantes sur la construction du handicap : analyse des pratiques québécoises en réadaptation », *Santé mentale au Canada*, décembre 1981.

- P. JOUBERT, L. BERNARD, L. LEMAY et R. FILLION, « Un modèle régional pour la planification des services socio-sanitaires en réadaptation », *Actes de la II^e Conférence internationale sur la science des systèmes dans le domaine de la santé*, Pergamon Press, 1981 (à paraître).
- G. LABRIE et M.-A. TREMBLAY, « Études psychologiques et socio-culturelles de l'alcoolisme : inventaire des travaux disponibles au Québec depuis 1960 », *Toxicomanies*, X, 1977 : 85-135.
- Luc LACOURCIÈRE, « A Survey of folk Medicine in French Canada from early times to the present », dans : W. HAND (éd.), *American Folk Medicine*, U.C.L.A. Conference, Union of California Press at Berkeley, 1976 : 203-213.
- Lucien LAFOREST, *Écologie et santé mentale dans les Cantons de l'Est*, Sherbrooke, Université de Sherbrooke (à paraître).
- Lucien LAFOREST, « La prévention au Québec, une priorité oubliée », *Critère*, juin 1976 : 31-42.
- Lucien LAFOREST, *La théorie de l'anomie et la déviance alcoolique : une application au contexte québécois (rural)*, thèse de doctorat en sociologie, Université Laval, 1974.
- Lucien LAFOREST, « Les facteurs socio-culturels de l'étiologie de l'alcoolisme au Québec : quelques hypothèses de travail », *Toxicomanies*, I, 1, 1968 : 105-110.
- Georges LAGACÉ et Gilles PICARD, « Inventaire de la recherche en santé au Québec », *Carrefour des Affaires sociales*, III, 2, 1981 : 42-46.
- Normand LAPLANTE, *Anthropologie d'une population de travailleurs : environnement matériel et santé*, thèse de doctorat en préparation, Université de Montréal, 1981.
- Elli KONGAS-MARANDA, *Les soins de santé domestique au Québec*, (titre provisoire d'un travail en préparation).
- H.B.M. MURPHY, « Differences of mental disorders between French Canadians and British Canadians », *Canadian Psychiatric Association Journal*, XIX, 1974 : 247-257.
- Jacques NADEAU, « La médecine populaire dans quatre paroisses du comté de Bellechasse », *Revue d'ethnologie du Québec*, 13, 1975 : 51-104.
- Jean ROUTHIER, *La psychiatisation de la maladie mentale au Québec*, thèse de maîtrise en sociologie, Université Laval, 1971.
- Judith STRYCKMAN, « Veuvage, remariage et sexualité », *Santé mentale au Québec*, V, 2, 1980.
- Michel TOUSIGNANT et Guy DENIS, « Folie, maladie mentale et dépression nerveuse : analyse de la représentation du normal et du pathologique », *Revue canadienne des sciences du comportement*, IX, 4, 1977 : 348-360.
- Marc-Adélaré TREMBLAY, « De l'hôpital médiéval à l'hôpital moderne », *L'hôpital d'aujourd'hui*, XII, 2, 1966 : 16-22, 56 et 62.
- Marc-Adélaré TREMBLAY, « Evaluation of medical care and health services by the survey technique », dans : David SACKETT et Marjorie BASKIN (éds), *Methods of Health Care Evaluation*, Hamilton, McMaster University, 1973.
- Marc-Adélaré TREMBLAY, *Initiation à la recherche dans les sciences humaines*, Montréal, McGraw-Hill, 1968.
- Marc-Adélaré TREMBLAY, *La santé des Québécois : le discours d'un anthropologue*, ouvrage en préparation [1983].
- Marc-Adélaré TREMBLAY, « Le rôle du médecin de famille dans la santé mentale », *Union médicale du Canada*, XCIV, 7, 1965 : 888-897.

- Marc-Adélarde TREMBLAY, « Les grandes orientations de la recherche médico-sociale au Québec », *La vie médicale au Canada français, IV*, 1975: 1366-1382.
- Marc-Adélarde TREMBLAY, « Les tensions psychologiques chez le bûcheron: quelques éléments d'explication », *Recherches sociographiques, I*, 1, 1960: 61-89.
- Marc-Adélarde TREMBLAY, « Services de santé et engagement de la communauté dans la société technologique », *Service social, XIX*, 1-2, 1970: 60-79.
- Marc-Adélarde TREMBLAY et Lucien LAFOREST, « Preliminary observations regarding the epidemiology of alcoholism in the Lower St-Lawrence Region: an analysis of alcohol drinking patterns and the determination of their pathological nature », *Proceedings, First Canadian Conference on Alcoholism*, Toronto, 1966: 21-35.