

Vers un diagnostic transculturel de l'otite moyenne

Rose Dufour

Volume 14, Number 1, 1990

Culture et clinique

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/015111ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/015111ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Département d'anthropologie de l'Université Laval

ISSN

0702-8997 (print)

1703-7921 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Dufour, R. (1990). Vers un diagnostic transculturel de l'otite moyenne. *Anthropologie et Sociétés*, 14(1), 43–64. <https://doi.org/10.7202/015111ar>

Article abstract

Towards a Transcultural Diagnosis of Otitis Media

Research on the etiology of otitis media is such a difficult problem that many decades of research activities have not been able to solve it. The complexity and interrelatedness of the phenomena require that we go beyond the artificial boundaries of disciplines and that we examine the problem in the framework of a theoretical model that can deal with this complexity. Simple though this line of thoughts may be, it is confronted in the real world with serious difficulties. One of them is the silent rule which prevents researchers from crossing over the boundaries of their professional field. The aim of this research is to initiate a discussion on the etiology of otitis media that will fully take into account its complexity and to propose the elaboration of a real epistemology of the research on the otitis media.

VERS UN DIAGNOSTIC TRANSCULTUREL DE L'OTITE MOYENNE

Rose Dufour



Pourquoi un texte sur l'otite moyenne alors que la littérature médicale en compte déjà plusieurs centaines ? Simplement parce qu'en dépit de décennies de recherche et d'un déploiement gigantesque d'efforts et d'imagination, l'otite moyenne résiste aux approches traditionnelles de la médecine et son étiologie demeure une énigme. En Occident, cette pathologie est la plus fréquemment diagnostiquée pendant l'enfance. C'est un problème jugé mineur par les médecins parce qu'ils disposent de traitements antibiotiques habituellement efficaces. Cependant, tous les groupes d'enfants n'en souffrent pas de la même façon. Les enfants inuit, par exemple, présentent la fréquence la plus élevée du syndrome, des symptômes plus graves et une propension particulière à développer, comme complication permanente, une otite moyenne chronique d'où découlent des troubles d'audition, du langage, de l'apprentissage et du comportement (Labbé et Moffat 1983). Au Nouveau-Québec inuit, les parents, les enseignants et les intervenants en santé ont fait le consensus quant à la gravité de ce problème qu'ils considèrent comme le principal problème de santé des enfants. Il fait l'objet dans cette région, depuis 1983, d'un vaste programme de documentation et d'intervention (Baxter *et al.* 1986; Dufour 1984b, 1985; Julien *et al.* 1987; Labbé et Moffat 1983).

Cet article rend compte des résultats d'une recherche exploratoire¹ (Dufour 1989) et de la nécessité de développer de nouvelles voies conceptuelles et méthodologiques pour aborder le problème de l'étiologie de l'otite moyenne parmi les populations inuit. Après avoir exposé la vision biomédicale et ses limites, nous reformulerons le problème dans la perspective systémique, qui ne le considère

1. Cette recherche a bénéficié d'une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux par son programme conjoint de recherche et d'interventions en santé communautaire avec le Conseil régional de la santé et des services sociaux. L'auteure remercie ces organismes, de même que l'Association universitaire canadienne d'études nordiques (AUCEN), le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSHC) et les Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), qui lui ont accordé des bourses d'étude.

L'auteure profite de cette occasion pour exprimer sa reconnaissance aux membres de son comité de thèse doctorale, Marc-Adélar Tremblay et Yvan Simonis (Université Laval) et Ellen Corin (Hôpital Douglas et Université McGill).

Ce texte a largement bénéficié des commentaires de Marc-Adélar Tremblay, Louis Bernard, Brigitte Garneau, Francine Saillant, Jacques Grondin et des discussions avec les étudiants inscrits au séminaire de maîtrise « Introduction à l'approche systémique en santé » à l'Université Laval. Je remercie toutes ces personnes mais assume seule l'entière responsabilité du contenu.

plus seulement comme l'effet d'une cause, mais comme le résultat de l'interaction de plusieurs systèmes. Le modèle systémique est utilisé comme fil conducteur et unificateur de la diversité et de la complexité plutôt que comme modèle rigide, à appliquer tel quel aux données recueillies.

La définition biomédicale du problème

Otite moyenne « est un terme générique correspondant simplement à une inflammation de l'oreille moyenne, sans référence à son étiologie » (LeBel 1984 : 327), pour lequel il existe plusieurs classifications. Par exemple, Middaugh (1980) retient comme classification l'otite moyenne aiguë², l'otite moyenne séreuse³ et l'otite moyenne chronique⁴. Ces syndromes sont également désignés par « otite purulente » et « otite bactérienne » pour l'otite moyenne aiguë ; par « otite non suppurative », « otite exudative », « otite mucoïde » et « otite avec épanchement » pour l'otite moyenne séreuse ; et par « otite récidivante », « otite persistante » et « otite récurrente » pour l'otite moyenne chronique.

De quelle otite⁵ souffrent donc les enfants inuit ? La littérature est vraiment ambiguë sur cette question et les médecins admettent volontiers la complexité de l'établissement d'un diagnostic différentiel (Bluestone *et al.* 1986 ; Julien 1988). Mais ils s'accordent à dire que les otites aiguës et séreuses sont présentes au Nord. Pour certains médecins, l'otite séreuse serait d'origine récente, tandis que pour d'autres, les deux types d'otite auraient toujours coexisté (Labbé 1983 ; Julien 1988). Manning (1975 : 151), pour sa part, suggère que l'otite n'était pas présente chez les Inuit avant le contact avec les Européens. Il appuie son opinion sur le fait que la *majorité* des adultes inuit jouissent d'un tympan d'apparence normale, avec ou sans aucun processus de guérison évident, alors que les jeunes ne présentent aucun signe de guérison et n'ont aucune chance de retrouver une membrane intacte comme leurs parents. Sous les latitudes nordiques, l'infection de l'oreille est présente de l'Alaska (Middaugh 1980) à l'URSS (Mishenkin et Sitnikov 1978) et au Groenland (Brahe-Pedersen *et al.* 1984 ; Zachau-Christiansen 1987). Au Canada, l'épidémiologie du problème est bien documentée pour les Territoires du Nord-Ouest (Schaefer 1971 ; Baxter 1974 ; Brodowsky *et al.* 1976), pour le Labrador (Timmermans et Stanton 1980 ; Ratnesar et Thomas 1978) et pour le Nouveau-Québec (Baxter *et al.* 1986 ; Dufour 1984b ; Julien *et al.* 1987).

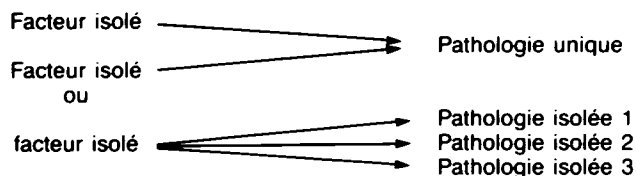
2. Ses signes sont : le tympan typiquement rouge, bombé, avec disparition du triangle lumineux. Les symptômes incluent la douleur, la fièvre, la céphalée, l'anorexie, une perte d'audition subite et, parfois, des vomissements (Labbé et Moffat 1983 : 4).
3. Le tympan est rouge ou jaune et la présence de liquide derrière ce dernier peut être visible. Dans certains cas, on observe peu ou pas de symptômes, avec parfois un malaise lors des changements de pression atmosphérique, et une perte auditive de conduction (Labbé et Moffat 1983 : 4).
4. Peut être active, lorsqu'il y a présence d'infection avec écoulement de l'oreille (otorrhée), ou inactive, s'il y a des séquelles d'une infection active antérieure. En pratique, l'otite moyenne chronique peut prendre les formes suivantes : perforation tympanique et otorrhée chronique, perforation tympanique et otorrhée intermittente, perforation tympanique sèche, pas de perforation mais cicatrice tympanique, érosion ossiculaire, tympanosclérose, et ainsi de suite (Labbé et Moffat 1983 : 4-5).
5. À moins d'une indication contraire, « otite » fera référence, jusqu'à la fin de l'article, à « otite moyenne ».

Par ailleurs, il faut préciser que *tous les enfants inuit ne souffrent pas nécessairement d'otite et que sa prévalence varie selon la région*. De plus, d'autres populations autochtones du globe souffrent du même problème. En effet, l'otite moyenne chronique affecte les Indiens américains (McEldowne et Kessner 1972; McShane 1982 : 265), les Aborigènes australiens (Sunderman et Dyer 1984; Gracey et Spargo 1987), les populations autochtones d'Hawaï et des îles tropicales du Pacifique du Sud (Stewart 1985; Stewart *et al.* 1989), ainsi que celles de la Nouvelle-Guinée (Wiet *et al.* 1980), alors qu'elle est peu commune en Afrique, même chez les enfants connaissant des déficiences alimentaires et des infections comme la pneumonie ou la tuberculose (Shaw *et al.* 1981 : 349).

Le modèle explicatif de la biomédecine

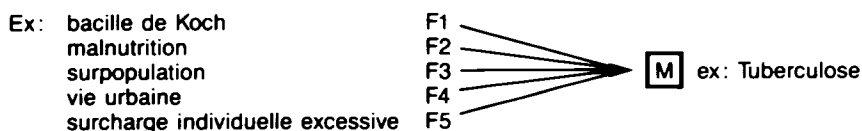
La biomédecine ne dispose que d'un modèle explicatif de la maladie. C'est un modèle écosystémique qui retient la triade agent-hôte-environnement comme étant le réseau de facteurs susceptibles de produire la maladie. Je le résume dans l'esprit de la discussion de Goldberg (1982 : 54), en faisant ressortir qu'il se base sur l'établissement d'une relation causale entre un agent et son hôte. Appliqué à l'otite, ce modèle fait porter le poids de l'étiologie alternativement sur l'agent, l'hôte et l'environnement, selon un schème de cause à effet. La conséquence naturelle est d'expliquer l'otite comme un problème anatomique de la trompe d'Eustache qui, selon le cas, est trop courte, trop horizontale ou trop inclinée; par la sécheresse ou l'humidité de l'habitation; par la pollution environnementale ou par la fumée de cigarette; par le mode alimentaire des enfants; par une déficience de leur système immunitaire; ou par une caractéristique génétique. Goldberg (1982) et Jenicek (1976) illustrent ce modèle de la façon suivante :

Figure 1 : Schéma interprétatif habituel de la maladie



(Selon Goldberg 1982:67)

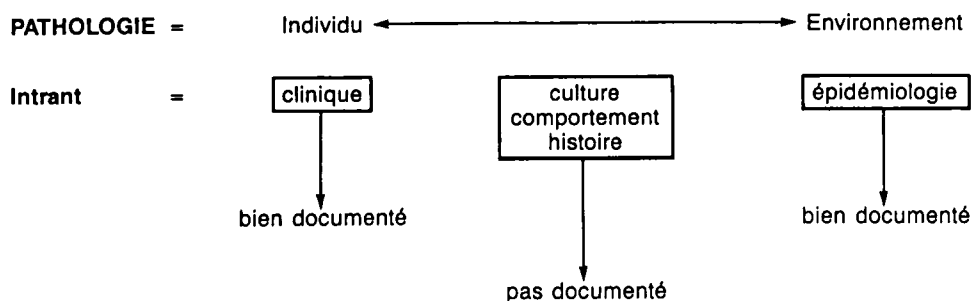
Figure 2 : Réseau de causes de la maladie



(Selon Jenicek 1976:7)

Deux constats s'imposent donc. Le premier est que toutes les recherches cliniques et épidémiologiques sur l'étiologie de l'otite moyenne sont fondamentalement identiques dans la mesure où elles construisent leur démarche sur le *seul et même modèle explicatif de la maladie*. Le second constat est relevé par Bungener (1982), qui note l'existence d'une contradiction fondamentale entre la formulation du modèle et son application. En effet, si la biomédecine explique théoriquement la maladie comme étant le résultat de l'interrelation d'un individu et de son environnement, les faits d'observation qu'elle récolte se rapportent seulement à la physiologie et à l'individu en *l'excluant de son milieu*, auquel elle n'a pas accès. Bungener montre que, dans sa pratique, le médecin se limite à agir sur les symptômes. C'est pour suppléer à cette limite que l'épidémiologue est chargé de documenter le rôle de l'environnement. En revanche, celui-ci n'a pas accès au patient et ne peut donc élaborer ses hypothèses par induction biologique, il recourt plutôt à l'induction statistique (Philippe 1985 : 684).

Figure 3 : Le paradoxe médical dans la recherche étiologique à perspective écologique

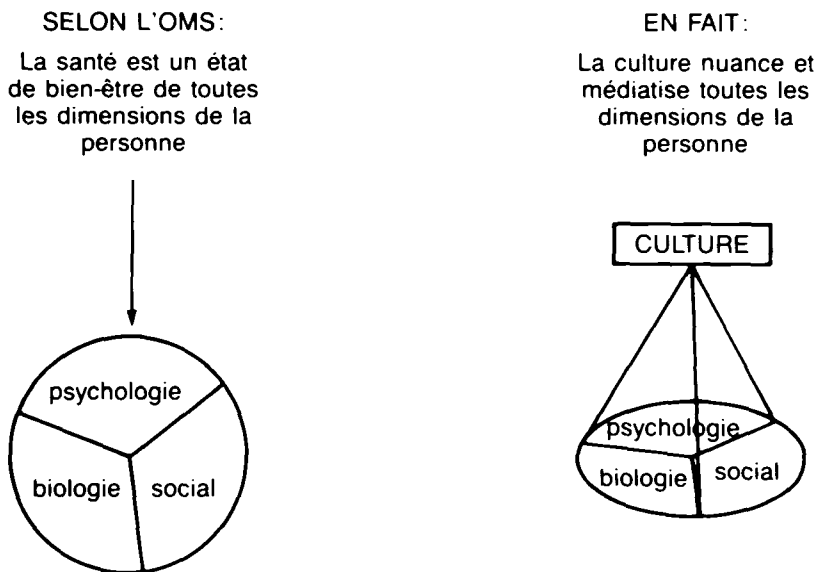


En conclusion, si le modèle biomédical pose le problème de l'étiologie de l'otite comme un *système ouvert sur un environnement*, les méthodes liées à l'exercice des différentes disciplines laissent échapper certaines dimensions essentielles, empêchant ainsi d'accéder à toutes les données nécessaires à sa compréhension. À partir de cet examen du modèle biomédical et des critiques qui lui sont adressées dans la littérature (voir, par exemple, Najman 1980 ; McQueen et Siegrist 1982), on constate que ses lacunes les plus importantes concernent le fait qu'il transforme le système organique (système ouvert) est un système fermé ; qu'il réduit la vision systémique à une causalité linéaire ; qu'il néglige complètement les pratiques culturelles, le savoir empirique et l'histoire de la population touchée par le problème ; qu'il n'est pas en mesure de préciser la valeur relative de chacun des facteurs de risque et de tenir compte de leurs interrelations. En conséquence, si nous voulons compléter les aspects non documentés du modèle biomédical, il nous faut aborder les systèmes complexes relatifs aux activités et à la culture. Dans ce sens, nous commencerons par déterminer le statut de la culture.

L'Organisation mondiale de la santé (1983) introduit des éléments de réponse en définissant la santé comme un état de bien-être de toutes les dimensions de la

personne : biologique, psychologique et socio-culturelle. Cette conception de la culture, considérée sur le même plan que les autres composantes psychologiques et sociales, l'assimile du même coup aux facteurs de risque. Par contre, de par les visions du monde, les cadres institutionnels, les systèmes de pensée, les traditions et les pratiques qu'elle recoupe, la culture possède la capacité de modifier le corps physique, de façonner la psychologie d'un peuple et d'en modeler la structure sociale. Elle ne peut pas, par conséquent, se situer sur le même plan que les composantes qu'elle transforme. En fait, elle les transcende. Devisch (1989) modélise ce point de vue de la façon suivante⁶ :

Figure 4 : L'interrelation entre la culture et la santé



Devisch 1986

Définition systémique de l'otite moyenne

Un changement de paradigme exige également un changement d'optique quant à la définition d'un problème. Ainsi, alors que la biomédecine définit l'otite moyenne *chronique* selon le nombre et la durée des otites⁷, le raisonnement

6. Devisch a modélisé ce concept en 1986, lors d'un séminaire de maîtrise en anthropologie médicale à l'Université de Montréal, et l'a repris dans Devisch (1989).
7. Lorsqu'un enfant de moins de six mois présente plus de deux épisodes; s'il est âgé de plus de six mois et qu'il subit plus de trois épisodes sur une période de plus de six mois; lorsqu'il y a persistance des signes et des symptômes au-delà de trois semaines (DSC-CHUL 1984).

systémique s'intéressera plutôt au *processus* de sa production. Puisque l'otite moyenne aiguë peut provoquer une rupture du tympan et entraîner un écoulement chronique ou intermittent de l'oreille moyenne, c'est que nous sommes en présence d'un système efficace, si efficace même qu'il peut aboutir à la nécrose complète du tympan. Les conditions de son apparition et celles de sa persistance sont aussi souvent réunies qu'il y a d'épisodes d'otite, qu'est déclenché le processus infectieux et l'écoulement de l'oreille. L'otite peut donc être comprise comme le résultat de différents systèmes interreliés.

La méthodologie

Mes données proviennent d'une enquête anthropologique effectuée à Kuujuarapik (Québec arctique, Canada) en 1986. En plus de séjours sur le terrain, mon enquête a porté sur les données des dossiers médicaux de tous les enfants nés entre le premier janvier 1980 et le 31 juin 1986. Le choix de ce village s'est imposé par les connaissances cliniques et épidémiologiques du problème que possède pour cette population le Département de santé communautaire du Centre hospitalier de l'Université Laval de Québec ; par la préoccupation de la population touchée ainsi que par la comparaison possible des deux peuples autochtones habitant ce village et diversement affectés par cette pathologie. En effet, une étude réalisée en 1986 a démontré que 81 % des enfants inuit examinés souffraient d'une maladie active ou guérie de l'oreille tandis que ce taux s'établissait à 20 % chez les enfants cris (Baxter *et al.* 1986), et que 23 % des enfants inuit examinés souffraient d'une perte auditive unilatérale ou bilatérale consécutive à une otite moyenne tandis que ce taux s'abaissait à 4 % pour les enfants cris (Julien *et al.* 1987 : 57).

La démarche méthodologique s'articule autour d'une exploration descriptive des différents niveaux de réalité du problème. L'otite est d'abord définie en relation avec l'état général de santé des enfants, puis analysée avec des méthodes qualitatives en fonction des composantes environnementales (physiques et humaines) pouvant être reliées à sa production. Pour ce faire, l'exploration systémique considère l'otite comme l'extrait successif de divers systèmes. Le premier considère les stratégies d'adaptation à l'écosystème et comprend trois sous-systèmes : le climat, l'adaptation physique et l'adaptation culturelle au froid. Plusieurs points de vue sont adoptés pour observer l'otite selon différents angles de ce système : la comparaison temporelle des périodes nomade et sédentaire, et la comparaison spatiale englobant les Inuit et les Cris de ces deux périodes.

Les autres systèmes explorés sont plus englobants parce qu'ils se situent à un niveau plus élevé de la réalité : celui de la communication intraculturelle et celui de la communication interculturelle et clinique. À ce niveau, l'otite est considérée comme un *symptôme qui indique la présence d'un dysfonctionnement du système général, comme une clé permettant de mettre en lumière la dynamique du système*. Au niveau de la communication intraculturelle, les systèmes cognitifs sont abordés par le biais de *ce qu'on dit de l'otite* : son histoire sociale, familiale et naturelle ; *comment on se représente l'otite* (système nosologique et système sémiotique) ; et *comment on la traite* dans le système

médical populaire et dans le système médical professionnel. La collecte des données a été réalisée grâce à des entrevues semi-dirigées, enregistrées et retranscrites. Pour alléger le texte qui suit, les détails méthodologiques sont précisés par une note à chacun des développements.

Les stratégies d'adaptation au froid

Pendant les 78 mois d'observation, les 101 enfants inuit* de Kuujjuarapik, âgés de 6 ans et moins, ont nécessité un total de 1018 consultations au dispensaire inuit. Par ordre décroissant, on observe que le diagnostic qui justifie le plus grand nombre de consultations est l'otite (26,9 %), suivie de la pneumonie (20,3 %) et de la grippe (15,3 %). Du regroupement des consultations en régions anatomiques, il ressort que 74,7 % d'entre elles (761 consultations) impliquent l'oreille ou ses zones contiguës, dont la bouche (stomatite, muguet, amygdalite et problèmes de dents), le rhino-pharynx et les voies respiratoires (grippe, bronchite, broncho-pneumonie et pneumonie). Pourquoi cette région anatomique est-elle surreprésentée ? Puisque nous retenons le modèle explicatif de la médecine savante, que révèle cette pathologie du rapport entretenu par cette population avec son environnement ? C'est ce que nous allons maintenant explorer.

Puisque les Inuit et les Cris de ce village se différencient à la fois par la fréquence de l'otite et par son évolution vers la chronicité, cette distinction doit logiquement être reproduite à d'autres niveaux du système. Nous avons choisi d'explorer du côté de la physiopathologie des voies respiratoires supérieures et de considérer l'otite comme un processus inflammatoire local (l'otite peut être reproduite expérimentalement chez le primate par un simple traumatisme de l'oreille moyenne), qui peut être primaire ou secondaire à une infection des voies respiratoires, à une grippe, à une poussée dentaire ou autre¹⁰. Nous établissons

8. Au total, 114 dossiers ont été consultés, soit 100 % des dossiers médicaux des enfants nés pendant cette période. De ceux-ci, 101 ont été retenus et 13 ont été exclus parce que leurs données étaient parcellaires, impossibles à valider ou à compléter. Chaque dossier constitue une fiche contenant les informations suivantes : nom de l'enfant, numéro de la maison de résidence, noms des parents naturels et adoptifs (s'il y a lieu), date et lieu de naissance, poids à la naissance, sexe, mode alimentaire pendant les premiers mois de vie, la date et tous les diagnostics posés depuis la naissance. Ces données ont été classées et analysées sur une base de données informatisée.
9. La vision statistique de l'otite moyenne implique une description large de sa distribution selon le sexe, l'adoption et d'autres variables qui doivent être exclues ici, pour des raisons évidentes, malgré leur intérêt. Pour plus d'information sur ce sujet, voir Dufour (1989 : 82-96).
10. Il faut aussi mentionner que le mode alimentaire des enfants qui font des otites a fait l'objet d'une très large documentation dans ces dernières décennies. Deux recherches ont indiqué l'intérêt de changer de système (Spady 1982; Dufour 1984b). En comparant l'incidence de l'otite en relation avec le mode alimentaire des enfants (biberon et allaitement maternel, pendant l'allaitement et après le sevrage), elles ont obtenu le même résultat, contraire aux conclusions des études antérieures : *chez les enfants inuit, la fréquence des otites est plus élevée pendant la période d'allaitement maternel*. La première réaction a été de penser à une faille méthodologique. Puis nous avons posé l'hypothèse de la présence de pratiques culturelles pouvant diminuer ou complètement annuler les avantages de l'allaitement maternel (Dufour 1984b : 84). Nous avions, à l'époque, relié cette hypothèse à la persistance possible d'un comportement ancien, non ou mal adapté au contexte de la vie moderne, et qui tient au transport et à l'habillement du jeune enfant. Le raisonnement est le suivant. L'enfant est transporté pendant ses deux, et parfois trois

cette relation sur le fait que les enfants inuit présentent, presque à longueur d'année, un écoulement nasal. N'est-il pas dès lors un signe systémique d'une réaction naso-pharyngique ?

Un seul système a été ici inventorié : celui qui permet à l'humain de se garder au chaud. Il met en relation trois éléments, qui sont eux-mêmes des systèmes à d'autres niveaux, soit le climat, l'adaptation physique et l'adaptation culturelle au froid. La démarche consiste à déterminer, par comparaison, les ressemblances et les dissemblances entre les deux groupes autochtones quant à ces trois composantes et les relations entretenues entre elles, pour ensuite mettre ces résultats en rapport avec le problème soulevé (voir Fig. 5).

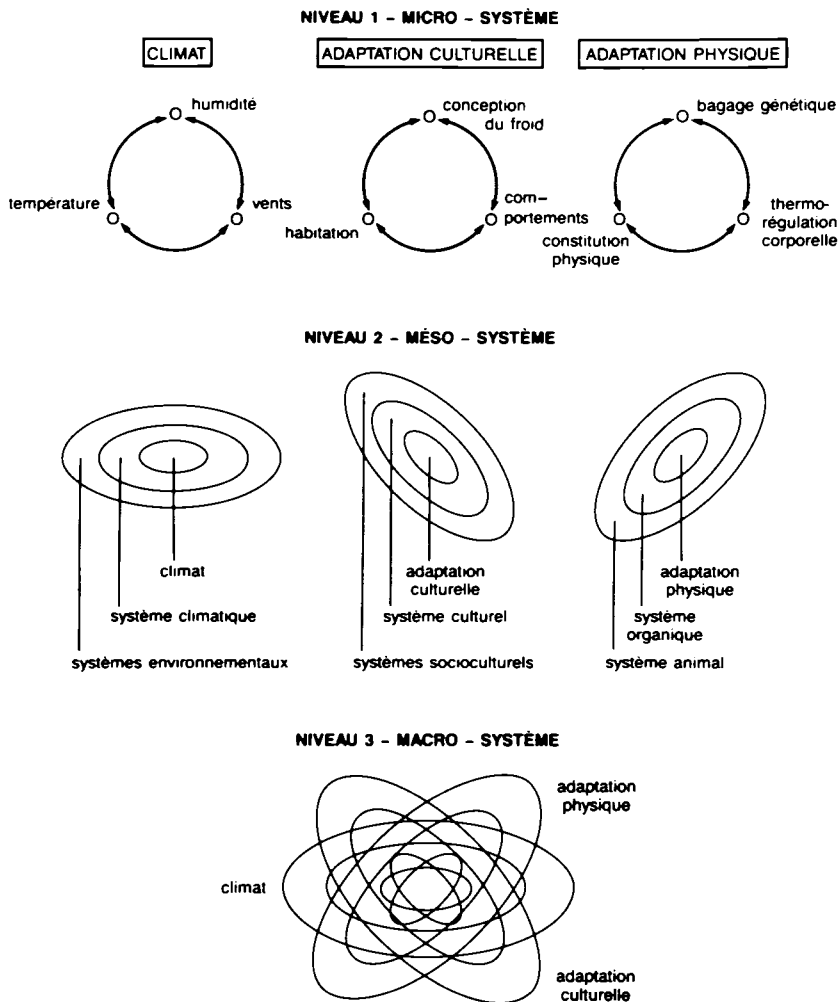
Les résultats de l'exploration écosystémique

La première découverte, induite par la vérification et l'exploration des variables climatiques¹¹, contredit l'affirmation de la plupart des auteurs ayant effectué des recherches à Kuujuarapik, qui affirment généralement que les deux groupes autochtones de ce village sont soumis à des conditions environnementales et climatiques identiques. Cette affirmation doit être nuancée, pour les raisons suivantes. Alors que les Inuit occupent principalement la bande côtière de la baie d'Hudson et orientent leurs activités vers la toundra, les Indiens Cris habitent le bord de la Grande rivière de la Baleine et exercent leurs activités de subsistance dans la taïga. Les maisons inuit sont plus exposées et balayées par les vents que ne le sont les maisons indiennes. Il en est de même du brouillard (fréquent au printemps et à l'automne), qui se concentre davantage sur la partie côtière de la baie. Ainsi, les Inuit vivent dans les parties les plus froides du village et sont plus exposés au froid que les Cris. La deuxième caractéristique climatique présentant un intérêt est la *Brusque et imprévisible chute thermique qui transforme complètement, en quelques minutes, la température ambiante. Cette condition oblige les parents à une grande vigilance et à réagir rapidement pour maintenir constante la température corporelle des jeunes enfants, comme elle exige un large éventail de vêtements disponibles*¹².

premières années de vie sur le dos de sa mère, à l'intérieur de la poche dorsale de l'*amauti*, à l'exception de l'été où ce vêtement est remplacé par un large châle. Ce vêtement est aujourd'hui fabriqué avec du molleton, sorte de feutre épais qui a remplacé la peau de caribou. Lors de ses déplacements, la mère garde son *amauti* à l'intérieur, comme le faisait la femme de la société ancienne qui vivait sous l'iglou. L'enfant y passait, et y passe toujours, de longues périodes. Alors que le vêtement de caribou permettait un équilibre thermique dans l'environnement froid, le tissu moderne ne semble pas avoir les mêmes caractéristiques. En conséquence, malgré les précautions de la mère qui habille soigneusement son enfant en tenant compte de la température extérieure, il n'est pas rare qu'il soit tout mouillé et passe de la température très élevée des maisons à la température extérieure parfois fraîche, sinon froide, en plus d'être exposé aux courants d'air. C'est cette variation chaud-froid qui est ici l'élément clé du déclenchement d'une grippe ou d'une infection des voies respiratoires qui précède souvent l'otite.

11. Pour la démonstration concernant l'obtention de ces résultats, voir Dufour 1989.
12. À titre d'exemple, le 8 août 1986 entre 11 heures et midi, la température a brusquement chuté de 25,5°C à 15,4°C, soit une variation de 10 degrés en quelques minutes, pour continuer sa descente au cours des heures suivantes. Sur le plan vestimentaire, elle a impliqué le passage du maillot de bain au parka de duvet entre 11 heures et 15 heures.

Figure 5 : Modélisation de l'écosystème



Dans la relation humaine au froid, l'adaptation physique constitue un pôle essentiel du système organique, qui enclenche des processus adaptatifs pour maintenir la température corporelle. Il est reconnu que les Inuit ont un métabolisme basal élevé, une thermogénèse sans frisson plus élevée, une plus grande concentration de glandes sudoripares au visage et un débit sanguin augmenté aux extrémités exposées au froid (Irving 1966 ; Leblanc 1976). Quoique l'hypothèse d'une adaptation génétique ne soit pas encore démontrée et que les auteurs s'en tiennent à une explication de phénomènes acquis, la tolérance des Inuit au froid, de même que leur inconfort à la chaleur, ne fait pas de doute.

L'humain n'a aucun pouvoir d'intervention sur les deux systèmes qui viennent d'être décrits. Par contre, l'adaptation culturelle se situe à la jonction des

deux forces de cet écosystème et constitue le système qui relie l'organisme à l'environnement. Ce système est entièrement contrôlé par l'humain qui génère des patterns de régulation thermique ainsi qu'une adaptation harmonieuse ou discordante avec l'environnement. L'adaptation culturelle¹³ comparée des deux peuples se caractérise de la façon suivante : alors que les Cris *se gardent au chaud*, les Inuit développent *l'endurance au froid*. Ceux-ci se décrivent comme le peuple vivant dans les endroits les plus froids de la Terre, connaissant le froid et sachant s'en accommoder. S'il est dangereux, voire mortel, il est aussi un allié dont il faut savoir tirer avantage. L'endurance au froid fait partie des valeurs culturelles dont l'enfant doit faire l'apprentissage, tout comme il doit apprendre à rester sur sa faim en prévision des privations à venir. Tout en reconnaissant les dangers du froid, les Inuit ne le considèrent pas comme une source de maladie. Pour eux, le danger réside plutôt dans le vent, qui est fréquemment évoqué par les parents inuit comme une cause probable de l'otite. Trop de vent ou l'absence de vent est néfaste à la santé. Par contraste, la chaleur fatigue les Inuit et est perçue comme source de maladie¹⁴.

Pour les Cris, le froid est une composante importante du système auquel ils imputent la maladie (Marshall 1979 : 25). Les comportements s'accordent avec les conceptions ; à titre d'exemple, les enfants cris ne sortent à l'extérieur sur une base régulière, contrairement aux enfants inuit, que vers l'âge de deux ans, après la tenue d'un rituel collectif de la première sortie.

Du côté des pratiques vestimentaires, Pharand (1975) a retracé l'extraordinaire ingéniosité du vêtement inuit ancien en peau d'animaux et sa parfaite protection contre le froid. Son usage est révolu et une comparaison sommaire des comportements inuit et cris de la période nomade avec l'actuelle période sédentaire illustre ce changement. Pendant son premier mois de vie, le nouveau-né inuit de l'époque nomade n'effectuait aucune sortie en raison des interdits prescrits à la mère en période post-partum. De plus, comme les grandes migrations avaient lieu surtout au cours de l'été, le nouveau-né et le nourrisson sortaient peu l'hiver et vivaient principalement dans l'iglou. Dans la société moderne, les nouveau-nés inuit, dans les premiers jours suivant leur naissance, sont transportés en avion de l'hôpital à leur village¹⁵. Par la suite, ils sortent plusieurs fois par jour collés au dos de la mère (ou son substitut, par exemple une grande sœur, qui peut n'avoir que cinq ou six ans), l'été dans l'*ulipakaaq* (grand châle de laine à carreaux), l'hiver dans la poche dorsale de l'*amauti*. En principe, le premier mois, le nouveau-né n'est pas sensé beaucoup sortir, mais par la suite,

13. Pour aborder cette question, 21 entrevues ont été réalisées. La description ethnographique de la conception culturelle du froid inclut la définition du froid et les comportements par rapport au froid (vêtements, habitat, alimentation, boissons, loisirs).

14. Il est intéressant de noter que le mot désignant chaleur est *uqquniq*, qui signifie littéralement « le fait d'être à l'abri du vent ».

15. On aura compris que les soins donnés aux enfants et les pratiques les concernant sont à peine abordés ici. Pour des raisons évidentes, ne peuvent être retenues que les pratiques ayant un rapport direct avec l'écosystème désigné. Je tiens cependant à mentionner la pratique culturelle inuit de l'adoption, qui concerne quelque 30 % des enfants. Son incidence sur le mode alimentaire des enfants et sa relation statistique à l'otite ont été documentés ailleurs (Dufour 1984a, 1989).

il accompagne sa mère dans la plupart de ses déplacements. Il est vêtu d'une camisole, d'une couche et d'un pyjama. Pour sortir, il est coiffé d'un bonnet de coton-polyester ou de laine, selon la saison, enveloppé dans une couverture et placé debout ou accroupi sur ses jambes repliées dans l'*amauti*. Le port de la camisole semble être adopté seulement pendant les deux ou trois premiers mois de vie, puis est abandonné. En général, les enfants de tous âges ne portent pas de camisole. Tous les membres de la famille enlèvent leurs bottes dès qu'ils pénètrent dans la maison et circulent en chaussettes ou portent des bottes de molleton. Il est fréquent, sinon habituel, que les jeunes enfants soient nu-pieds (portant seulement une couche) et beaucoup d'activités familiales se font assis directement sur le sol. Pour les activités extérieures, peu d'enfants inuit se couvrent la tête, aucun ne porte de foulard.

Les mères cries doivent aussi s'éloigner de leur famille et de leur village pour satisfaire aux conditions modernes de l'accouchement dit sécuritaire. Mais au retour, les comportements diffèrent nettement : les principales sorties de l'enfant, sinon les seules, sont celles sollicitées par les infirmières du dispensaire pour les vaccinations et les cliniques de surveillance des nourrissons. Pour ces sorties, les bébés sont très habillés : une camisole, un t-shirt et un chandail, une couche, un collant, des pantalons, deux bonnets plutôt qu'un, un vêtement d'hiver avec capuchon et foulard et souvent une couverture.

Discussion du premier système de l'otite

Ce premier niveau d'analyse, qui a abandonné la causalité linéaire mais conservé le paradigme biomédical de la maladie en l'ancrant dans une perspective systémique ouverte sur l'environnement, a permis de compléter les données manquantes de cette vision écosystémique. Il en ressort que *les facteurs de risque de l'otite forment un système*, qui n'est compréhensible que si on le projette dans l'espace de la culture et de l'historicité de la société étudiée. Les Inuit sont *physiquement constitués* pour vivre dans leur environnement et leur adaptation culturelle s'inscrit dans le même sens d'une endurance au froid. Dans ce contexte, l'organisme réalise sa finalité par le maintien de ses structures à la condition que sa réaction à l'agression soit efficace. Si elle ne l'est pas ou si l'agression dure, il en résultera une condition nouvelle. L'otite ne précède pas la congestion des muqueuses de la région naso et rhino-pharyngique, mais se présente en continuité de cette congestion. La répétition, le maintien ou la multiplication des conditions qui sont associées à une congestion des muqueuses (comme celles associées au rhume, au mal de gorge, à la réaction allergique, à la poussée dentaire, et ainsi de suite¹⁶) produisent de telles perturbations à l'organisme que la seule capacité

16. Marie-Françoise Collière a montré les résultats positifs qu'il est permis d'espérer d'une pratique de soins qui consiste à réduire l'encombrement de cette région lors de la poussée dentaire (voir son article dans ce numéro). L'expérience d'infirmières des soins à domicile qu'elle pilote a réussi, en France, là où la biomédecine échoue depuis trois décennies au moins chez les Inuit, à réduire l'incidence de l'otite moyenne aiguë par l'utilisation systématique d'une poire qui suctionne les sécrétions responsables de l'encombrement des voies respiratoires. Soulignons que dans la société inuit ancienne, avant l'implantation du système professionnel de soins de santé, les femmes aspiraient buccalement et recrachaient les sécrétions nasales des nouveau-nés et des jeunes enfants incapables de se moucher.

adaptative de l'individu ne peut plus suffire à stabiliser le système. Hypothétiquement, posons que l'otite moyenne chronique est cette condition nouvelle. Nous discuterons cette hypothèse en nous référant au modèle de causalité constitué, dans la théorie systémique, par les propriétés du système : la totalité, la circularité et l'équifinalité.

Conformément à la *totalité*, la modification d'un élément du système entraîne celle de l'ensemble. La société ancienne se maintenait dans un écosystème froid, une homéostasie entre un climat froid, une adaptation physique et un ajustement culturel grâce à l'habitat et au vêtement. C'est au niveau de l'adaptation culturelle (maisons chauffées, vêtements de tissus) qu'a lieu le changement, puisque le climat et l'adaptation physique ne sont pas manipulables. C'est à ce niveau aussi que doivent être posées les questions, comme celle du maintien possible d'anciens comportements, adaptés à la société ancienne mais inadaptés au nouveau contexte. L'acquisition de nouvelles conduites, de quelque nature qu'elles soient, dépasse la seule capacité adaptative individuelle parce qu'elle sollicite la contribution des composantes cognitives (qui sont d'un autre ordre dans le système). Conformément à la *circularité* et à la rétroaction, les éléments du système ne sont pas reliés de façon sommative et unilatérale. En conséquence la configuration des facteurs de l'otite peut différer d'un enfant à un autre. Conformément à l'*équifinalité*, les mêmes conséquences peuvent avoir des origines différentes, parce que ce sont moins les éléments que la structure du système les reliant qui est déterminante. Son corollaire est également exact, c'est-à-dire que des effets différents peuvent avoir des causes identiques, mais aussi que l'extrait peut être autre chose que l'otite. Cette propriété du système implique que tous les enfants inuit ne font pas nécessairement des otites et qu'il peuvent réagir autrement (par exemple, en développant une amygdalite ou autre chose) et que la relation à un environnement froid n'est pas la seule possibilité systémique pouvant produire des otites.

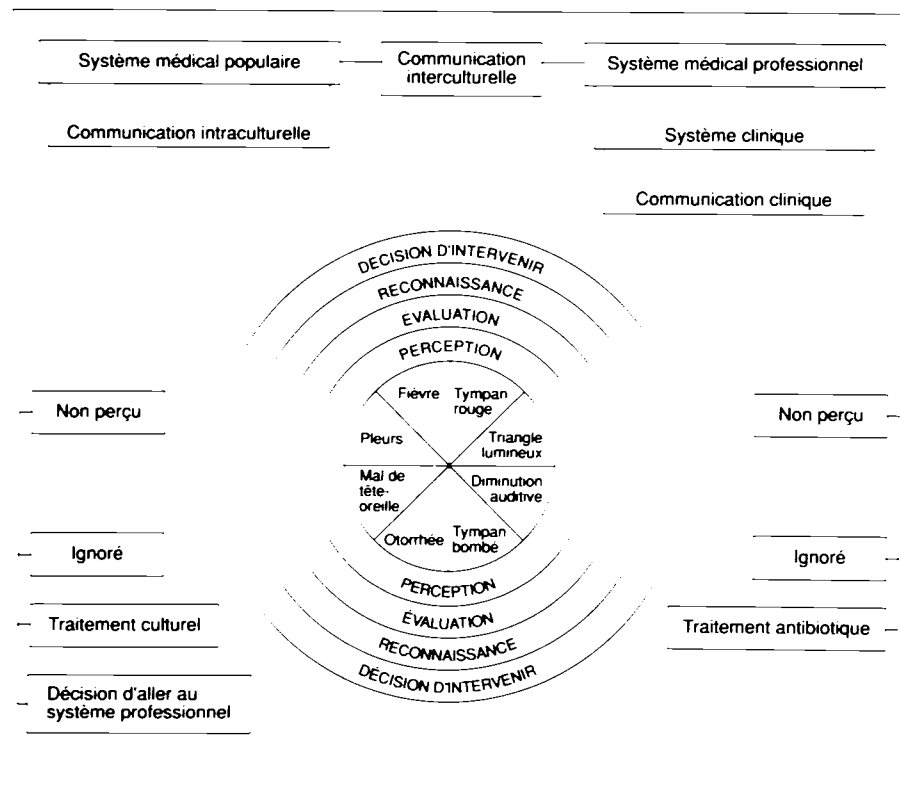
L'exploration systémique d'un premier niveau d'une réalité aussi complexe a permis d'en élargir considérablement la perspective. Peut-elle contribuer à nous faire connaître et prendre en considération les systèmes d'idées qui existent sur l'otite, puisque c'est là que se situe la clé du système ?

Les systèmes de communication autour de l'otite

Par opposition à l'approche clinique, qui centre son observation sur le patient, nous pouvons tenter une autre lecture systémique de l'otite en mettant ses signes et ses symptômes au centre de l'interaction des différents systèmes explicatifs. La figure 6 modélise cette démarche en situant le problème au centre d'une première transaction qui s'effectue à l'intérieur du système médical populaire¹⁷, puis d'une deuxième qui s'opère dans le système médical profession-

17. Ce concept est emprunté à Kleinman (voir Kleinman *et al.* 1978 ; Hahn et Kleinman 1983), qui a développé le modèle de négociation de la pratique clinique dans lequel le patient, comme le clinicien, possède son propre modèle explicatif. Celui-ci s'imbrique dans un système de médecine qui est le produit de son histoire et qui n'existe que dans un certain contexte environnemental et culturel. Ceci vaut tant pour le système médical occidental savant que pour le système populaire.

Figure 6 : Perception et diagnostic de l'otite moyenne dans un contexte de diversité culturelle



nel et enfin d'une dernière réalisée entre la population autochtone et les professionnels allochtones.

La maladie est un référent polysémique bien exprimé en anglais par des termes qui n'ont pas vraiment d'équivalents en français. Ceux-ci sont *illness* : l'expérience subjective de la maladie (comment l'individu se sert des moyens offerts par sa société pour faire face à ses problèmes de santé); *disease* : la réalité bio-physique; et *sickness* : la réalité sociale (comment la société se sert de ces maladies pour assurer sa propre reproduction ou faire face à ses propres mutations (Eisenberg 1977; Zempléni 1985 : 14). Alors que le système médical professionnel se fonde sur la dimension biologique *disease* pour identifier la preuve de la maladie, les deux autres réalités, *illness* et *sickness*, font partie du système médical populaire. Cette triple réalité du même phénomène reflète que la pleine reconnaissance du statut de malade n'est pas laissée au hasard ni à la seule appréciation de l'individu. Dans un contexte de diversité culturelle où les modèles conceptuels de la population sont différents de ceux utilisés par les professionnels

de la santé, on comprend la nécessité d'intégrer le point de vue de la population. C'est du processus généré par le tissage des systèmes explicatifs populaires inuit que seront prises les décisions concernant l'otite. La question est maintenant de savoir : 1) si l'otite émet des signes perceptibles par la population inuit et ce qu'entraîne cette perception (décision d'ignorer le signe, d'utiliser l'ethnomédecine inuit ou de consulter au dispensaire); 2) comment est posé le diagnostic médical de l'otite; et 3) comment s'établit la communication interculturelle. On appellera systèmes perceptifs ces systèmes qui permettent aux groupes culturels, fussent-ils des individus appartenant à une même ethnie ou des professionnels de la santé, de *percevoir* les signes de la maladie, de les *évaluer* pour les *reconnaître* pertinents ou non et de *décider d'intervenir*.

La communication intraculturelle

Commençons par avancer que l'otite moyenne séreuse, par opposition à l'otite moyenne aiguë, passe le plus souvent inaperçue parce qu'il y a absence de symptômes et de signes et que c'est son évolution vers la surinfection qui la rend perceptible (Julien 1988). Dans le cas de l'otite moyenne aiguë, le processus infectieux, avec sécrétion purulente à l'intérieur de l'oreille moyenne, provoque une augmentation de la pression sur la face interne du tympan, qui suscite de la douleur locale et comporte une thermogénèse. On peut donc penser que les symptômes qui alerteront les parents sont la douleur à l'oreille et à la tête, les pleurs de l'enfant et la fièvre. Vérifions maintenant comment ces symptômes sont reconnus dans le système perceptif inuit de la maladie.

Les mères connaissent et évaluent la santé de leurs enfants par l'état général de ceux-ci : leur expression, leur attitude, le son de leurs pleurs, leur appétit et la température de leur corps. Elles ont observé que l'otite est souvent consécutive à un rhume ou à une infection des voies respiratoires supérieures. Ces infections sont peu traitées et n'impliquent pas d'interdiction de sortie pour l'enfant. La friction et l'ingestion d'huile de phoque sont évoquées par les personnes âgées et l'achat d'aspirine et de sirop est recommandé par le personnel médical. Pour l'otite, on considère que son vrai traitement est au dispensaire et l'enfant y est amené lorsque son état général s'est dégradé. On tente parfois de la traiter par l'instillation dans l'oreille de quelques gouttes d'huile de phoque ou de lait maternel. À la question : « Pourquoi vos enfants font-ils des otites ? », les mères répondent en reprenant le discours médical officiel de la diminution de la fréquence et de la durée de l'allaitement maternel, du reflux du lait dans la trompe d'Eustache et de l'habitude inuit de sortir la tête découverte. Il est clair que les mères ne se sentent aucune compétence pour traiter l'otite et qu'elles comptent, en ce domaine, entièrement sur le personnel médical¹⁸.

L'absence d'étude extensive sur l'ethnomédecine inuit rend particulièrement difficile la classification de l'otite dans les catégories nosologiques inuit. Celles-ci

18. Ceci ne signifie pas cependant que la confiance soit inconditionnelle, comme le démontre l'exemple suivant. Une mère a lu sur l'étiquette que l'une des complications de la chloromycétine est la mort. Elle a communiqué avec l'infirmière qui lui a dit de ne pas tenir compte de cette note ! Mais la mère a cessé l'application des gouttes et a jeté le médicament, malgré l'avis de l'infirmière.

se distinguent de celles du système biomédical de plusieurs façons, entre autres par l'importance accordée au signe physique. Sans pouvoir développer ici les systèmes cognitifs inuit du rapport au corps, nous pouvons avancer que, contrairement aux catégories biomédicales qui mettent l'emphase sur les signes physiques de la maladie, la culture inuit entretient plutôt une vision globale de l'humain faisant corps avec son environnement physique et cosmique. Dans ce contexte, la maladie apparaît plutôt comme le résultat d'une transgression de l'ordre naturel et social, de l'unité cosmique.

L'otite trouve mal sa place dans ces catégories. L'examen de sa terminologie apparaît plutôt comme la traduction d'une notion descriptive que d'un concept abstrait. On reconnaît mal ses symptômes et son traitement semble échapper tant à la pharmacopée autochtone qu'à l'intervention symbolique. Nous sommes en mesure d'affirmer qu'il n'existe pas de *culture de l'otite*, c'est-à-dire qu'on ne trouve pas, dans le système perceptif inuit, de système de connaissances à son sujet. Elle fait partie d'un ensemble de problèmes de santé qui sont apparus plus récemment avec la sédentarisation et qui n'ont aucun référent dans le système traditionnel. Puisqu'on ne sait véritablement pas comment intervenir, on renvoie en quelque sorte ces problèmes à l'origine présumée en allant consulter au dispensaire, là où cette maladie est reconnue et traitée. L'otite moyenne est-elle plus facile à percevoir pour le professionnel de la santé qu'elle ne l'est pour les parents ? En d'autres termes, le diagnostic clinique de l'otite est-il facile à établir ?

Nous devons souligner [...] la difficulté que pose le diagnostic de l'otite en bas âge : la présentation clinique est très variable et souvent peu évidente : la fièvre est peu souvent présente, la douleur est plutôt confondante. Le délai de consultation est souvent important et la complication otorrhée est fréquente. Enfin, la technique même du diagnostic est difficile : l'enfant bouge et pleure, le canal auditif contient un cérumen épais difficile à extraire, les appareils sont parfois défectueux. [...] Nous croyons que plusieurs épisodes d'otites aiguës en bas âge et particulièrement dans les six premiers mois de vie, passent inaperçus soit par la non-consultation, soit par la difficulté technique du diagnostic et qu'il pourrait s'agir d'une raison importante expliquant le taux élevé de récurrences dans cette population. [...] Il est possible également que compte tenu des difficultés liées au diagnostic, le nombre d'épisodes d'otites soit sous-estimé chez les jeunes enfants. Dans ces conditions, un diagnostic faussement positif est aussi possible avec la conséquence d'une surutilisation du traitement antibiotique.

Julien 1988 : 3

Il apparaît donc qu'en dépit d'une technologie qui est ajoutée au système perceptif du symptôme et qui devrait permettre de percevoir des signes inaccessibles autrement, le diagnostic de l'otite présente des difficultés qui sont affaires d'interprétation des signes. Cette interprétation réfère elle-même à la culture de l'otite possédée par le personnel médical professionnel. Il apparaît maintenant qu'à son tour, cette culture a une connaissance restrictive de l'otite.

La communication interculturelle

La première caractéristique de la communication interculturelle est l'utilisation d'une langue seconde, l'anglais, à la fois par la population et par le personnel

de santé. Ceci s'explique par des raisons historiques liées au premier contact établi par le gouvernement canadien. L'usage du français est plus récent et s'explique par des raisons politiques liées à la Convention de la baie James et du Nord québécois. La langue de rédaction des dossiers est habituellement le français, occasionnellement l'anglais, mais jamais l'inuktitut, et la présence d'une interprète s'avère indispensable pour les patients qui ne s'expriment qu'en inuktitut.

Contrairement à la rencontre clinique québécoise, où l'échange verbal est l'élément moteur, celle qui prévaut en contexte culturel inuit se caractérise par le silence. Les parents inuit prennent rarement l'initiative de l'échange verbal et ce n'est qu'en dernière instance qu'ils posent des questions. Il est d'ailleurs impoli de poser des questions et encore plus de les multiplier. L'extrême politesse verbale inuit se distingue de la nôtre sur un autre point. Elle se traduit par une acceptation de la formule verbale proposée par l'interlocuteur. Pour le personnel clinique allochtone, inconscient de cette composante, c'est une difficulté supplémentaire qui s'ajoute au fossé linguistique et culturel. Ainsi le comportement des mères, qui confient leur enfant sans parler (geste qui révèle à la fois leur confiance et leur impuissance), est souvent interprété comme un manque d'intérêt.

La communication entre le personnel clinique et la population atteint parfois les limites du paradoxe tellement le fossé est grand entre le message lancé et celui qui est reçu. Au moins deux types de messages implicites sont émis par les professionnels de la santé. Le premier se rapporte à la compétence professionnelle et à sa capacité infaillible de répondre à tous les problèmes de santé. Ce message est : « Nous sommes là, prêts à vous aider. Nous avons la réponse à tous vos problèmes de santé. Vous n'avez pas besoin de parler, nous connaissons la vérité ». Le « Vous n'avez rien à nous dire » prend ici deux sens. Il signifie d'abord : « Ne dites rien, ne parlez pas, nous connaissons déjà ce dont vous souffrez parce que nous sommes compétents. Nous avons une qualification professionnelle que vous n'avez pas ». Il signifie aussi « Vous ne dites rien, vous ne parlez pas lors de la consultation clinique parce que vous n'avez rien à nous dire ». Ce qui signifie que, même quand ils pourraient et devraient parler, les Inuit ne parlent pas. D'où le sens additionnel qui veut que même s'ils parlaient, de toute façon ils n'auraient rien à dire. La communication clinique s'établit selon des règles implicites qui dictent qui doit parler et à quel moment le faire. Dans le contexte nordique, le personnel infirmier a modélisé et calqué sa pratique sur celle des médecins. Dans la communication médecin-patient, c'est au clinicien que revient l'initiative, le patient se tait et ne répond qu'aux questions qui lui sont adressées.

Le deuxième message adressé par le personnel professionnel à la population consiste en une série métaphorique. Les attitudes du personnel infirmier et médical, l'organisation spatiale du dispensaire, son accessibilité physique et, surtout, son accessibilité culturelle, le manque d'intérêt du personnel médical et infirmier pour la langue et la culture inuit, le professionnalisme exagéré à l'égard de la formation, l'oubli de la délégation des tâches sont autant de signaux reçus et interprétés par la population. Ces signes sont à l'image des rapports existant entre la population et les professionnels de la santé ; ils impliquent une relation dont les

rapports hiérarchiques sont asymétriques. Bateson (Watzlawick *et al.* 1972 : 66) a montré que la symétrie des rapports se caractérise par l'égalité et la minimisation de la différence, tandis qu'une interaction asymétrique se fonde sur la maximisation de la différence. C'est bien là la caractéristique des rapports entre les professionnels de la santé et la population inuit. Alors que celle-ci manifeste une grande ouverture à la communication, les métaphores précédentes sont autant de messages de fermeture des professionnels à cette communication.

Discussion de l'exploration des systèmes explicatifs de l'otite

Le changement de point de vue a fait de l'otite un symptôme qui nous a renvoyée aux systèmes d'idées qui existent sur elle. Dans ce contexte, la prise en considération des systèmes perceptifs, populaires et professionnels de la maladie constitue un autre pivot autour duquel celle-ci s'organise. La solution biomédicale de l'otite, qui consiste à ignorer le système médical populaire, est aussi une partie du problème de l'otite. Les seuls pouvoirs qui échoient aux parents inuit sont ceux de consulter ou non le système médical professionnel et d'exécuter ou non le traitement prescrit. Aucun pouvoir d'analyse et de compréhension du phénomène ne leur est accordé : aucun moyen ne leur est donné afin d'assumer leur compétence alors que la responsabilité en matière de santé et de guérison doit être partagée entre le médecin, le patient et la société. À ce niveau du système, le problème de l'otite, c'est sa solution. Sa réciproque est l'absence de résistance de la population. L'otite devient une métaphore d'une trop grande ouverture, comme si la société moderne inuit n'avait pas réussi à garder une certaine fermeture qui lui aurait permis de sauvegarder une partie d'autonomie médicale.

Conclusion

L'approche systémique, en insistant davantage sur les relations qui existent entre les éléments d'un système et sur la totalité du phénomène observé plutôt que sur ses éléments constitutifs, permet de tenir compte du contexte et des systèmes de signification, contrairement au modèle physico-centrique. Pour qu'une maladie existe, il faut plus que l'efficacité microbienne. À cet absolu étiologique doivent s'ajouter d'autres conditions qui auront un effet de déclenchement. Il faut reconnaître que les recherches sur le sujet ont atteint un point où on ne peut plus réduire le problème de l'étiologie de l'otite à un modèle de causalité simpliste et inopérant. Nous avons besoin d'un nouveau paradigme qui compose avec la théorie de la complexité. Si la médecine doit être une science en plus d'un art, elle doit favoriser une épistémologie de la recherche sur l'otite, c'est-à-dire un cadre conceptuel capable d'en rendre compte en transcendant les limites arbitraires des disciplines pour ordonner les démarches à la fois cliniques, expérimentales et exploratoires sur l'otite moyenne.

Références

- BAXTER J.D.
1974 « Ear Disease and Hearing Loss Among the Eskimo Population of the Baffin Zone », *Canadian Journal of Otolaryngology*, 3 : 110-122.
- BAXTER J.D., G. Julien, T.L. Tewfik et H.J. Ilecki
1986 « Observations on the Prevalence of Ear Disease in the Inuit and Cree Indians Population of Kuujuarapik », *Journal of Otolaryngology*, 15, 1 : 25-30.
- BLUESTONE Charles D. *et al.*
1986 « Controversies in Screening for Middle Ear Disease and Hearing Loss in Children », *Pediatrics*, 77, 1 : 57-70.
- BRAHE-PEDERSEN C., R. Vejlsgaard et B. Zachau-Christiansen
1984 « Chronic Otitis in Greenland » : 37, in *Abstracts of 6th International Symposium on Circumpolar Health*. International Symposium on Circumpolar Health.
- BRODOWSKY D., C. Woolf, L.M. Medd et J.A. Hildes
1976 « Chronic Otitis Media in the Keewatin District Health » : 398-403, in *Proceedings of the 3th International Symposium on Circumpolar Health*. Toronto : University of Toronto Press.
- BUNGENER M.
1982 « L'épidémiologie prisonnière de la pratique médicale et de la fonction sociale de la médecine », *Sciences Sociales et Santé*, décembre : 111-112.
- DEVISCH R.
1989 « La signification psychoculturelle des plaintes gastriques », *Santé, Culture, Health*, V1, 1 : 39-52.
- DSC-CHUL
1984 « Programme de contrôle de l'otite et de l'audition au Nouveau-Québec », Département de santé communautaire, Centre hospitalier de l'Université Laval, Sainte-Foy. Manuscrit.
- DUFOUR R.
1984a « Allaitement maternel et adoption chez les Inuit du Québec Arctique », *Canadian Journal of Public Health*, 75 : 137-140.
1984b « L'otite chez les enfants inuit du Nouveau-Québec : une question de mode alimentaire ? », *Études Inuit Studies*, 8,2 : 77-89.
1985 *Le problème de l'otite au Nouveau-Québec : bilan, synthèse et perspective*. Département de santé communautaire, Centre hospitalier de l'Université Laval, Sainte-Foy.
1989 *Prêtez-nous l'oreille. Anthropologie de l'otite moyenne chez les Inuit*. Thèse de doctorat en anthropologie, Université Laval, Québec.
- EISENBERG L.
1977 « Disease and Illness. Distinctions between Professional and Popular Ideas of Sickness », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1 : 9-23.
- GOLDBERG M.
1982 « Cet obscur objet de l'épidémiologie », *Sciences Sociales et Santé*, décembre : 55-110.

- GRACEY M. et R.M. Spargo
1987 « The state of health of Aborigenes in the Kimberley region ». *The Medical Journal of Australia*. 146 : 200-204.
- HAHN R.A. et A. Kleinman
1983 « Biomedical Practice and Anthropological Theory : Framework and Directions ». *Annual Review of Anthropology*. 12 : 305-333.
- IRVING L.
1966 « Adaptations to Cold ». *Scientific American*. Janvier : 94-101.
- JENICEK M.
1976 *Introduction à l'épidémiologie*. St-Hyacinthe : Edisem.
- JULIEN G.
1988 « L'otite au Nouveau-Québec. L'année 1985 ». Projet Nord. Département de santé communautaire, Centre hospitalier de l'université Laval, Sainte-Foy. Manuscrit.
- JULIEN G., J.D. Baxter, M. Crago, H.J. Ilecki et F. Thérien
1987 « Chronic Otitis Media and Hearing Deficit among Native Children of Kuujjuaraapik (Northern Quebec) : A pilot project ». *Canadian Journal of Public Health*. 78 : 57-60.
- KLEINMAN A., L. Eisenberg et B. Good
1978 « Culture, Illness and Care: Clinical Lessons from Anthropological and Cross-Cultural Research ». *Annals of Internal Medicine*. 88 : 251-258.
- LABBÉ J.
1983 « Otite et audition chez les enfants autochtones. Le Nouveau-Québec : un modèle d'approche épidémiologique ». *Actualité médicale*, 7 septembre : 60-61.
- LABBÉ J. et M. Moffat (éd.)
1983 *Colloque sur l'otite et l'audition chez les enfants autochtones. Résumé des conférences et des ateliers*. Projet Nord, Département de santé communautaire, Centre hospitalier de l'Université Laval, Sainte-Foy.
- LEBEL M.
1984 « L'otite moyenne aiguë ». *Québec Pharmacie*. 31 : 327-330, 373-379.
- LEBLANC J.
1976 « L'adaptation de l'homme au froid ». *La revue de médecine*. 32 : 1683-1690.
- MANNING P.J.
1975 *The Nutritional Basis of Otitis Media. Nutrition of Indians and Eskimo Children*. Report of the second Canadian Ross Conference in Pediatric Research, Ross Laboratories, Montréal : J.C. Hawthorne Ed.
- MARSHALL S.
1979 *Children's Health and Curing Strategies among the Crees in Fort George*. Submitted to the Cree Health Board, Chisasibi.
- McELDOWNE D. et D.M. Kessner
1972 « Review of the literature : Epidemiology of Otitis Media » : 11-25, in *Proceedings of the National Conference*. Dallas : Callier Hearing and Speech Center.

- MCQUEEN D. et J. Siegrist
1982 « Social Factors in the Etiology of Chronic Disease : An Overview », *Social Sciences & Medicine*, 16 : 353-367.
- MC SHANE D.
1982 « Otitis Media and American Indians : Prevalence, Etiology, Psychoeducational Consequences, Prevention and Intervention » : 265-297, in S.M. Manson (éd.), *New directions in Prevention among American Indian and Alaska Native Communities*. National Center for American Indian and Alaska Native Mental Health Research, Oregon Health Sciences University.
- MIDDAUGH J.
1980 « Blue Ribbon Committee on Otitis Media and Hearing Impairment », Services de santé, Alaska. Manuscrit.
- MISHENKIN N.V. et V.P. Sitnikov
1978 « Peculiarities of Clinic and Treatment of Chronic Purulent Otitis Media Under Conditions of Higher Latitudes » : 244, in *Abstracts of the 4th International Symposium on Circumpolar Health*, Vol. 2. International Symposium on Circumpolar Health.
- NAJMAN J.M.
1980 « Theories of Disease Causation and the Concept of a General Susceptibility : a Review », *Social Sciences & Medicine*, 14A : 231-237.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
1983 *Constitution de l'O.M.S. Annexe 1*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- PHARAND S.
1975 *Le vêtement des Inuit d'Iglulik*. Thèse de maîtrise en anthropologie, Université Laval, Québec.
- PHILIPPE P.
1985 « Génération et évaluation des hypothèses étiologiques en épidémiologie », *Social Sciences & Medicine*, 20, 7 : 681-689.
- RATNESAR P. et G. Thomas
1978 « Deafness Due to Chronic Ear Disease in Different Ethnic Group » : 253, in *Abstracts of the 4th International Symposium on Circumpolar Health*, Vol. 2. International Symposium on Circumpolar Health.
- SCHAEFER O.
1971 « Otitis Media and Bottle-Feeding. An Epidemiological Study of Infant-feeding Habits and Incidence of Recurrent and Chronic Middle Ear Disease in Canadian Eskimos », *Canadian Journal of Public Health*, 62 : 478-488.
- SHAW J.R., N.W. Todd, H. Goodwin Jr. et C.M. Feldman
1981 « Observations on the Relation of Environmental and Behavioral Factors to the Occurrence of Otitis Media Among Indian Children », *Public Health Reports*, 96, 4 : 342-349.
- SPADY D.W.
1982 *Between two Words*. Edmonton, Alberta : Boreal Institute for Northern Studies. Occasional Publication No. 16.

SUNDERMAN J. et H. Dyer

1984 « Chronic Ear Disease in Australian Aborigines », *The Medical Journal of Australia*, 140 : 708-711.

STEWART J.

1985 « Hearing Disorders Among the Indigenous Peoples of North America and the Pacific Basin » : 237-276. in O.L. Taylor (éd.), *Nature of Communication Disorders in Culturally and Linguistically Diverse Populations*. San Diego, California : College-Hill Press.

STEWART J.L., A.P. Anae et P.N. Gipe

1989 « Pacific Islander Children : Prevalence of hearing loss and middle ear disease », *Top Lang Disorder*, 9, 3 : 76-83.

TIMMERMANS F.J.W. et G. Stanton

1980 « Chronic Granulomatous Otitis Media in Bottle-fed Inuit Children », *Canadian Medical Association Journal*, 122 : 545-547.

WATZLAWICK P., J. Helmick Beavin et Don D. Jackson

1972 *Une logique de la communication*. Paris : Éditions du Seuil.

WIET R.J., J. Stewart, G.B. DeBlanc et D.J. Weider

1980 « Natural History of Otitis Media in the American Native », *Annals of Otorhinolaryngology*, 89 : 14-19.

ZACHAU-CHRISTIANSEN B. et C. Brahe-Pedersen

1988 « Chronic Middle Ear Inflammation and its Sequelae in the Population of Greenland », *Arctic Medical Research*, 47, suppl. 1 : 666-668.

ZEMPLÉNI A.

1985 « La maladie et ses causes », *L'Ethnographie*, LXXXI, 96-97 : 13-44.

RÉSUMÉ/ABSTRACT

Vers un diagnostic transculturel de l'otite moyenne

L'étiologie de l'otite moyenne est un problème difficile, que plusieurs décennies de recherches n'ont pas réussi à résoudre. La totalité et la complexité des phénomènes en cause exigent de dépasser les limites factices des champs disciplinaires et de recourir à un modèle théorique qui puisse en rendre compte, soit celui de plusieurs systèmes en interaction. Pour simple que ce raisonnement puisse paraître, il se heurte dans la réalité à de grandes difficultés. L'une d'elles est une règle tacite des chercheurs qui consiste à ne jamais transgresser les frontières de leur discipline. Le but de la démarche est d'ouvrir le débat dans toute sa complexité et de proposer l'élaboration d'une véritable épistémologie de la recherche sur l'otite.

Towards a Transcultural Diagnosis of Otitis Media

Research on the etiology of otitis media is such a difficult problem that many decades of research activities have not been able to solve it. The complexity and interrelatedness of the phenomena require that we go beyond the artificial boundaries of disciplines and that we examine the problem in the framework of a theoretical model that can deal with this complexity. Simple though this line of thoughts may be, it is confronted in the real world with serious difficulties. One of them is the silent rule which prevents researchers from crossing over the boundaries of their professional field. The aim of this research is to initiate a discussion on the etiology of otitis media that will fully take into account its complexity and to propose the elaboration of a real epistemology of the research on the otitis media.

*Rose Dufour
Département de santé communautaire
Centre hospitalier de l'Université Laval
2050, boul. Saint-Cyrille Ouest
Sainte-Foy (Québec)
Canada G1V 2K8*