

## Recherches sociographiques



### *Traité d'anthropologie médicale*

Hubert Wallot

---

Volume 28, Number 1, 1987

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/056286ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/056286ar>

[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 review

Wallot, H. (1987). Review of [*Traité d'anthropologie médicale*]. *Recherches sociographiques*, 28(1), 191–199. <https://doi.org/10.7202/056286ar>

régimes étrangers. Mais, pour les années récentes, le bilan prend couleur d'une défense et le recours à de longues citations ainsi qu'à une multitude de statistiques annuelles rend la lecture pénible et laisse un sentiment d'inachevé. La présence d'une introduction ainsi qu'une conclusion plus étoffée auraient également été appréciées.

Alain VINET

*Département des relations industrielles,  
Université Laval.*

*Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, Québec et Lyon, Presses de l'Université du Québec/Institut québécois de recherche sur la culture/Presses universitaires de Lyon, 1985, 1246p.

Il faut souligner d'entrée de jeu la taille « triomphaliste » de l'ouvrage, plus propice à décorer une bibliothèque qu'à être traîné par un lecteur intéressé. Ce qui frappe à la lecture, c'est d'abord la variété des sujets mais aussi celle des « grilles », caractéristique quelque peu déroutante pour qui se permet d'aborder plus d'un chapitre à la fois.

Commenter la parution d'un traité aussi volumineux qu'intéressant suppose qu'on porte l'attention sur des aspects que l'on privilégie, pour des valeurs que l'on doit préalablement avouer. Je suis un médecin formé aux sciences psychologiques et administratives. J'avais été invité à collaborer au chapitre sur la pédagogie médicale, sous la direction du D<sup>r</sup> Guy Lamarche. Mais, sans que je n'y sois pour rien, l'invitation de Jacques Dufresne resta sans suite.

La présentation du traité en dit long sur l'orientation de son concepteur. La première phrase statue que la santé occupe aujourd'hui autant de place que la religion. Preuve en est faite par l'étalon du P.N.B. : selon la deuxième phrase, il y a de 15% de celui-ci. La troisième phrase énonce que la croissance de ces coûts « est devenue un problème majeur [...]. Qui sait par exemple si la négligence des arts en faveur des services, dont ceux de la santé, n'entraînera pas un appauvrissement de l'imaginaire qui apparaîtra un peu comme préjudiciable à la santé elle-même ? » (P. VII.) Pourtant, entre 1970 et 1980, les dépenses totales de santé du P.I.B. sont demeurées au même niveau. (Clermont BÉGIN, « L'évolution du système de santé au Québec », *Administration hospitalière et sociale*, XXIX, 5, septembre-octobre 1983 : 17-22.) Comme toujours, le spectre des coûts croissants semble agité surtout pour amener des réallocations de ressources.

Dans son introduction, Dumont recourt à Paul Ladrière pour illustrer la dominance culturelle de la santé par le fait que la libéralisation de l'avortement se fait « au nom de la santé publique, objectif capable de rencontrer le plus grand consensus. L'avortement clandestin doit être combattu parce qu'il met en danger la vie et la santé de la mère. » (P. 23.) Finalement, il débouche sur l'idée que la médecine, en s'instituant, instaure, comme toute institution, un certain ordre normatif. (P. 38.)

1. Un excellent chapitre d'Ellen Corin, qui ouvre la première partie du traité portant sur les « Ramifications des discours et des pratiques », nous mobilise au fait que la maladie (*disease*) est un construit du modèle biomédical, référant à un mal fonctionnement des organes, par opposition au malaise (*illness*), qui renvoie au vécu des personnes. (P. 53.)

André Arsenault, au chapitre suivant, poursuit l'attaque du modèle biomédical par la distinction entre le *cure* et le *care*, entre la science et l'art (thérapeutique). « Le discours médical occidental est né d'un refus de considérer la maladie comme une punition, au sens de la tradition judéo-chrétienne, ou comme une tragédie, au sens de l'irrévocable décret des dieux de l'Olympe. » (P. 75.) D'où, selon nous, la nécessité inéluctable de guérir, ce qui est à un pas de nier la maladie, la souffrance et la mort par une panoplie de mises en scène, par exemple, la recherche à pleins millions pour le cancer depuis trente ans, qui n'a rien donné, sinon dans le cas du cancer du col grâce à un dépistage précoce. Dans pareil contexte, comment le cancéreux peut-il exprimer publiquement son secret désarroi devant la promesse toujours renouvelée du remède « imminent » ? Sans doute, le passé médical du Dr Arsenault l'a amené à oser faire allusion, mais avec combien de précautions, aux sujets presque tabous de ce traité, notamment la souffrance, qui sera néanmoins abordée dans le chapitre 48, sous l'angle réduit de la « douleur », et la mort, dont la problématique est effleurée, par le biais de l'éthique, dans le dernier chapitre. Le sens de la souffrance physique et morale a une fonction essentielle dans une culture et dans le rôle qu'y joue la médecine. Là où elle n'a pas de sens, alors il faut tout mettre en œuvre, de la technologie à la magie, pour la faire disparaître, et l'être souffrant n'a pas sa place dans la société. *A fortiori* la folie, comme douleur morale ou malaise sociale, est occultée dans sa dimension spécifique. Étrange qu'une anthropologie médicale ait omis cet aspect fondamental.

Avec les savants propos de Gilles Thériault sur l'apport de la sémiologie, on vogue sur un paradigme encore plus loin de la souffrance et de la mort que le modèle biomédical. Le chapitre sur les images de la médecine s'inquiète plus du prestige de celle-ci que du vécu des malades, et avec une documentation pauvre. Louise Demers-Desrosiers fait bien ressortir, dans l'approche psychomatique, l'impact de l'interaction humaine soignant-soigné dans le comportement symptomatique. Madeleine Blanchet, plutôt que de s'attaquer au modèle biomédical, en propose un usage plus optimal en accroissant le rôle pédagogique du médecin auprès de sa clientèle, ce qui devrait réduire son rôle thérapeutique. Jean Boilard introduit les lecteurs aux (religions) médecines minoritaires, « alternatives », notamment l'homéopathie, les médecines manuelles, l'acupuncture, l'auriculothérapie, etc., en insistant sur l'idéologie holistique et en n'évoquant pas l'efficace (spéculatif, j'en conviens) de ce qui est « alternatif », « non officiel », etc. Au chapitre suivant, on croit préserver la dignité humaine par l'équipe multidisciplinaire. Celle-ci peut certes avoir des perspectives plus vastes, mais il faut s'interroger aussi sur le vécu, du bénéficiaire ou client face à la grosse équipe.

À propos des médicaments, Jacques Dumas et Claudine Laurier posent assez bien le problème de leurs effets contreproductifs. On accorde peut-être une importance excessive aux craintes un peu paranoïaques d'Huxley et d'Attali, tout en n'insistant pas assez sur le fait que la technologie médicale (en dépit des propos de Claude Laberge, discutés ci-dessous) permet à des formes moins adaptées de vie de se reproduire et de durer : l'envers de son humanisme est donc une industrie thérapeutique qui ne peut cesser de croître.

2. Dans un chapitre impressionnant, au début de la deuxième partie sur l'« Élargissement des perspectives », Claude Laberge évoque au départ la notion d'une « alliance adaptative » entre la nature, la culture et la technologie. Le texte évolue comme un *build-up* vers un énoncé-clé :

« La révolution biologique, loin des apparences gadgétaires, est dans son essence même une révolution métaphysique, qui replace l'Humain au centre de son univers et [...] si le principe d'évolution existe, il nous rattache à la Terre, comme le faisaient les mythes primitifs de la Mer (mère), sans discontinuités physiques, sans créations spéciales, par les seules forces de cohésion de notre matière (relative ou pas). Quels que soient les mécanismes et structures de cette accumulation mémorielle pour faire face à la sélection naturelle, cette constante évolution des gènes, accumulant les interactions phénotypiques éphémères, mène à une responsabilité pour l'espèce qui, par la force de sa conscience, se hisse au point culminant et en même temps central de cette co-évolution, de rapidement délaissier l'éthologie primate pour un comportement d'espèce qui nourrisse l'individualité démontrée par sa génétique tout en exploitant sa capacité de perception de l'univers et son besoin inhérent de vie sociétale [...]. "All humans are not created equal" mais "all humans are part of the Main" et doivent avoir droit à leur différence et à leur contribution spécifique qui en découle en plus que de pouvoir mourir en santé. » (P. 212.)

Avec le paradigme de la santé comme « équilibre et homéostasie des constituantes physiologiques du phénotype » (p. 221), point donné d'exploration du phénotype, l'état de santé est un point toujours changeant dans le déroulement historique de l'organisme, car son expressivité est surtout influencée par la variable d'intégration temporelle et développementale.

« La capacité adaptative n'est pas la même pour un organisme au début ou à la fin de son espérance de vie. Le potentiel d'expression est aussi modifié par la présence de structures mésadaptatives qui auraient survécu à la sélection de gestation et par des accidents exadaptatifs ayant dérégulé des fonctions en cours de développement. » (P. 223.)

Aussi, « l'homogénéité phénotypique est dangereuse au niveau social au même titre qu'au niveau individuel ; c'est tout jouer sur un coup de dé si l'évolution la fait disparaître, que les forces de sélection soient physiques ou humaines. » (P. 231.)

Jacques Dufresne étudie, au dixième chapitre, les interactions réciproques entre les cultures et les maladies, par suite de l'internationalisation de la planète. J.-P. Thouez montre ensuite l'intérêt qu'apporte à la santé la vision de sa répartition spatiale, la géographie s'avérant ici proche de l'approche épidémiologique. Puis, L. Laforest dérive sur les problèmes d'éthique caractérisant la médecine comme approche « violente », en comparaison des médecines « alternatives » ou « parallèles » forcément douces : un processus de pensée aussi dichotomique paraît infantile. Par exemple, il m'en faudrait beaucoup pour décrire la chiropractique comme une médecine douce. Marc Renaud fournit une excellente synthèse des travaux sociologiques en matière de santé, à la hauteur de la clarté de ses exposés habituels. On peut interroger les trois thèses fondamentales. Selon la première, la dominance acquise par la médecine moderne occulte l'ethnologie sociale ; on peut se demander si cette dominance des technologies bio-médicales n'est pas un événement aléatoire, dont la spécialisation médicale se serait servie pour hiérarchiser la profession. Selon la deuxième thèse, la médecine moderne s'est construite par le mythe de son efficacité à guérir. En fait, n'est-ce pas que, du fait même qu'elle a guéri, elle ne guérit plus, le contrôle sur certaines situations (sinon les

pathologies) aiguës laissant les gens vivre plus longtemps à la merci de ces maladies chroniques dont on peut souffrir sans en mourir et que la médecine peut seulement et parfois soulager en partie. La troisième thèse ayant trait à la composante morale et normative de la médecine ne choquera que ses théoriciens, tout vrai praticien sachant que certaines thérapeutiques ont des saveurs morales, comme certaines morales ont des couleurs thérapeutiques.

Jean-François Chanlat, avec ses minutieuses et concises synthèses sur la sociogénèse des maladies, est un auteur qui aurait dû écrire plus d'un chapitre. Dans l'analyse des représentations de la maladie selon les sociétés, par Henri Dorvil, les lignes touchant la santé mentale m'ont attiré : la tolérance rend-elle plus malade que l'intolérance ? Le chapitre de France Laurendeau sur le maternage (« Types de sociétés et de prises en charge : la professionnalisation de l'élevage des enfants ») est intéressant. Malheureusement, le débat ne sort pas des redites habituelles d'un certain discours féministe, qui arrive implicitement à faire du profil « masculin » un idéal social valable pour les deux sexes. Ce discours féministe se retrouve au chapitre 24, portant sur « Le système de la santé et sa clientèle », par Louise Guyon et Maria de Koninck. Les femmes sont plus souvent soignées et meurent plus vieilles que les hommes. C'est que la société masculine et médicale convoite la prolongation de ce martyr exploité, à l'égard duquel « les services médicaux jouent un rôle de régulateur » (p. 549). En filigrane, on développe un discours féministe très classique et idéologique, dont l'ancienneté détonne dans un ouvrage qui se veut critique. En fait, le rapport Lalonde comme les plus récentes statistiques montrent que les problèmes de santé sont surtout des problèmes d'hommes. Même si les femmes sont réputées être plus souvent malades, elles ont tendance à décrire leur état de santé plus négativement qu'il ne l'est réellement. (J.N. CLARKE, « Sexism, feminism and medicalism : A decade review of literature on gender and illness », *Sociology of Health and Illness*, V, 1, 1983 : 62-82 ; I. WALDRON, « Sex differences in illness incidence, prognosis and mortality : Issues and evidence », *Social Science and Medicine*, XVII, 16, 1983 : 1107-1123.) Les femmes cadres, loin de souffrir de la « masculinisation de leur vie », ont des taux de mortalité plus faibles et jouissent d'une espérance de vie en bonne santé plus longue que les autres femmes. (Jean-François CHANLAT, « Le stress et la santé des cadres féminins », *Gestion*, XI, 4, novembre 1986 : 53-61.) C'est autant la biologie que la culture qu'il faut interroger dans ce phénomène obscur de la fragilité masculine. (Hubert WALLOT, « Christiane Olivier et l'Œdipe féminin », *Union médicale du Canada*, CXIII, 3, mars 1984 : 226-230.) Le tissu biologique, à l'état naturel, est d'aspect femelle. C'est l'androgénisation originant de la dissymétrie chromosomique XY qui spécifie le sexe masculin. Les hommes naissent toujours plus nombreux que les femmes, pour rapidement être moins nombreux. S'agit-il d'une provision de l'espèce contre les problèmes de santé, qui affectent plus les garçons que les filles dès la première décennie de vie ? Le garçon a un vécu d'identité plus difficile : avant l'adolescence, hormis les organes génitaux, il a la voix, la gracilité et la texture de peau féminines. À l'adolescence, sa voix, sa texture de peau (pilosité étendue) et sa musculature changent, etc. S'agit-il d'un problème d'exigences sociales trop grandes pour l'identité masculine ? Comment alors expliquer les constats de Chanlat ? Mais la fragilité masculine est un sujet tabou tant pour les féministes que pour les machos.

Du point de vue des services, les femmes, en consultant plus, auront plus de diagnostics, plus de soins, ce qui, éventuellement, sans toujours guérir, peut soulager. La

culture masculine (macho) incite à ne pas admettre de faiblesses ou de malaises. Ceci rend les hommes plus vulnérables à divers points de vue. Les services médicaux auprès des femmes répondraient surtout à des besoins sociaux, lit-on dans le traité, et pourquoi pas ? Par ailleurs, les services médicaux, à l'image de toute institution humaine, jouent un rôle régulateur auprès non seulement des femmes mais aussi des hommes. Les auteurs notent avec raison que les services curatifs «tendent à prendre le dessus sur les services préventifs». Il y a une partie de la prévention qui ne peut faire partie de «services préventifs»; ce sont les modèles culturels de comportement. Plutôt que de calquer la femme sur l'homme, il y aurait lieu de calquer l'homme sur la femme : on aboutirait à une civilisation moins violente où la vie prendrait soin de sa longévité, de sa qualité et de son affectivité. Que les femmes continuent de vouloir mieux protéger leur santé par l'addition de pressions féministes est une attitude saine que les hommes devraient imiter. Mais l'anthropologie ne peut se ramener à la seule perspective féministe.

L'idéologie féministe retrouve ses contradictions les plus flagrantes dans le texte de Francine Saillant, à la cinquième partie, sur « Le mouvement pour la santé des femmes ». On y parle de méthode «douce» de contraception, sans préciser si on fait là allusion à l'avortement, dont on dit plus loin qu'il représente dans l'esprit du mouvement (des femmes) le moyen le plus efficace qu'elles auraient pour contrôler leur corps et, particulièrement, leur potentiel de reproduction. Ce discours féministe sur l'« appropriation » ou la «réappropriation» du corps sonne étranger lorsqu'on l'applique à l'avortement, puisque, sauf en cas de viol ou d'accidents très rares, la grossesse survient parce qu'un couple n'a pas pris les mesures suffisantes pour prévenir l'apparition d'un «être humain». Il ne s'agit pas ici de nier le caractère dramatique d'une grossesse indésirée, mais de contester un fondement humaniste (l'appropriation du corps) ou une légitimité éthique (avortement dans des conditions sanitaires, donc médicalisées) à des pratiques d'avortement sur demande, alors qu'au même moment les sociétés, voire les tribunaux, s'interrogent sur le statut humain des embryons fabriqués *in vitro*, que souvent on congèle en attente d'une mère porteuse. Peut-être le développement de la technologie des transferts d'embryons pourra-t-il substituer celle-ci à l'avortement, qui, tout compréhensible qu'il soit, nous interroge moralement, femmes et hommes, à la lueur des données scientifiques d'observation de l'embryon. Qui dit technologie ne dit pas nécessairement déshumanisation. Des personnes qui seraient mortes à l'orée de l'âge mûr pourront terminer d'élever leur famille, compléter leur carrière et rejoindre une vieillesse normale grâce au pontage cardiaque. Au siècle dernier, la longévité de la femme était moindre que celle de l'homme. L'amélioration des techniques d'aseptie dans les accouchements puis, ultérieurement, le contrôle des naissances contribueront à accroître cette longévité. On parle du corps féminin comme objet (privilegié) de médicalisation, mais non de la médecine comme version sophistiquée du «care maternel», ce que l'analyse révèle. On n'osera pas dire que les anovulants ont réduit certains cancers, etc. Le fait que la technologie ne soit pas toujours accompagnée de l'humanisation convenable ne justifie pas qu'on l'abandonne. Il faut plutôt l'humaniser. Ainsi un comité de femmes médecins de la Corporation professionnelle des médecins du Québec s'est prononcé contre le retour à l'accouchement à domicile, les anecdotes de «trip» individuel ne valant pas le risque, surtout pour l'enfant qui, en dépit de la quasi théophanie du corps féminin, demeure un sujet d'intérêt humain au-delà de sa contribution au narcissisme maternel. Dans un siècle de dénatalité, où les problèmes de santé sont toujours masculins, le traité

d'anthropologie parle surtout de la femme et des vieux, peu de l'homme et pratiquement pas de l'enfant. Cette idéologie féministe accentue l'attention sur la femme, non seulement comme objet privilégié de médicalisation et de paramédicalisation, mais aussi comme objet d'attention sociologique.

3. Dans une troisième partie (« L'institution: organisations et techniques »), on trouve un excellent chapitre de Marc Berlinguet sur la structure et les fonctions hospitalières. Le texte suivant, de Maurice McGregor, indique que :

« Même dans un hôpital universitaire, il n'y a pas plus de 2% du budget qui soit imputable à la technologie nouvelle de *diagnostic*. [...] Et même si la révolution technologique de ces vingt dernières années n'est pas encore terminée, [...] en ce qui concerne ses effets économiques, le pire est passé. » (P. 395.)

Aurèle Beaulieu élargit la question des produits biologiques et des biotechnologies au delà de l'application aux humains, en concluant que « la biotechnologie offre une alternative au nucléaire, une solution de rechange face à l'épuisement prévisible des ressources minières et des combustibles fossiles et à l'insuffisance des terres arables » (p. 420). Au sujet de « L'industrie pharmaceutique », Jacques Dumas et Claudine Laurier signalent que « les firmes pharmaceutiques qui alimentent la majorité des marchés mondiaux fonctionnent encore sur la base des profits faits sur les marchandises vendues » (p. 423): elles sont donc orientées vers les marchés, c'est-à-dire vers les maladies fréquentes dans les pays riches. Ainsi, on multiplie les anti-inflammatoires plutôt qu'on ne recherche des médicaments pour des maladies plus rares. La publicité, qui représente 21% du chiffre d'affaires, est critiquée: tout en soutenant, à l'occasion, des publications scientifiques, elle véhicule des stéréotypes et cherche parfois à stimuler les motivations inconscientes plus que la raison des prescripteurs, en plus de taxer le consommateur. Dans un chapitre sur l'« Économie des systèmes de la santé », André-Pierre Contandriopoulos explique que la technicisation récente de la médecine a modifié radicalement ses rapports avec le monde économique. « [...] En sachant que le consommateur malade doit, faute d'une information suffisante, s'en remettre très souvent aux décisions que le médecin prend pour lui, [...] l'on peut dire que le médecin est le principal "ordonnateur" des dépenses de la santé. » (P. 445.) Quatre considérations justifient l'implication accrue de l'État: 1. La médecine ne veut plus que soigner la maladie, elle tend à viser l'atteinte du bien-être de l'individu. 2. Les services de santé ont des « externalités », c'est-à-dire des répercussions sociales et physiques au delà de celui qui les utilise (par exemple, le traitement d'une maladie contagieuse). 3. L'État moderne tend à redistribuer l'accès aux services. 4. Le fardeau fiscal, accru durant la guerre, peut être utilisé aujourd'hui pour des programmes sociaux. André Lajoie présente ensuite les cadres juridiques. Renaldo Battista et Jacques Tremblay écrivent une excellente introduction aux méthodes d'évaluation.

4. La quatrième partie traite de « L'Institution: patients et praticiens ». Louise Galarneau nous y parle du dépistage: « investigation médicale qui a pour but d'identifier une maladie avant que celle-ci ne soit manifestée cliniquement », ce qui s'inscrit dans le type de prévention dite secondaire. Le texte a l'avantage de soulever la dimension iatrogénique du dépistage, qui a pour effet « d'allonger la durée connue de la maladie ». Il

y a des faux positifs comme des faux négatifs. Dans le cas de maladies plus ou moins curables, la précocité du diagnostic ne fera qu'aggraver l'étiquetage par soi et par autrui. Jean-Gil Joly se penche sur les tests, ces aides à la décision diagnostique et thérapeutique qui augmentent les coûts. Gilles Dussault discute des effectifs sanitaires au Québec. La structure occupationnelle en santé a historiquement « pris la forme d'une hiérarchie d'occupations dans laquelle la médecine occupe une position structurellement dominante » (p. 589). On peut se demander s'il s'agit d'un aléa historique québécois ou d'un phénomène évolutif habituel dans toutes les professions. (Hubert WALLOT, *Intégration et bureaucratie professionnelle : le cas des psychiatres à l'hôpital général et à l'hôpital psychiatrique*, thèse de Ph.D., Université Laval, 1986.) Puis, abordant la question de la professionnalisation et de la déprofessionnalisation, l'auteur décrit l'apparition d'autres professionnels de la santé en termes de subordination à la médecine, à la dentisterie et il oublie l'autonome pharmacien que, dans le chapitre suivant, Jacques Dumas et Claudine Laurier décriront. Dusseault évoque avec sympathie la déprofessionnalisation de la médecine.

Dans le chapitre sur « L'infirmière », Hélène Lazure rappelle comment cette profession est centrée, tout au moins en principe, sur les besoins de vie du malade. Jacques Dumas et Claudine Laurier présentent le pharmacien clinique sous un angle distinct de celui que nous fait percevoir la présence des pharmaciens dans les magasins commerciaux qui nous sont familiers. Ils montrent son travail clinique : histoire médicamenteuse, étude du dossier (pharmacocinétique, pharmacovigilance), etc. Ils identifient aussi les principaux obstacles à une pratique efficace : l'environnement, l'évaluation de la qualité des services par une corporation près de ses membres plutôt que par des experts en recherche évaluative, la rémunération reliée à la vente de médicaments, l'attitude désintéressée due au fait que les résultats des traitements sont attribués au médecin, etc. Dans « Corporation et syndicats », Jacques Dufresne conclut qu'il faudrait « demander au public de faire preuve de plus de reconnaissance à l'égard des employés du secteur public qui, dans la majorité des cas, vont au delà de ce à quoi les oblige la lettre des conventions collectives » (p. 657). Étonnant de la part d'un philosophe, qui aurait pu, par la suite, réfléchir sur une société dont le discours dit au citoyen qu'il est plein de droits.

5. Dans la cinquième partie (« Repères pour une phénoménologie : à partir du corps »), Pierre Philippe introduit le lecteur aux « mécanismes fondamentaux du maintien de la vie et de sa dégénérescence » (p. 676). Par la suite, Madeleine Préclaire décrit l'expérience du vieillissement, en débouchant sur l'espérance. Isabelle Lasvergnas aborde la théorie de « La vie et la mort », rappelant l'intérêt de ritualiser ce passage (p. 708) à la place d'une individualiste stratégie de fuite. Ce sujet, central, à mon avis, dans toute anthropologie médicale, aurait pu être élargi en ce que la mort hante toute la vie, depuis la sexualité procréatrice à la vieillesse, en passant par la carrière. Heidegger décrivait l'homme comme être-pour-la-mort. De la vieillesse, on passe, par un cheminement à rebours, à la sexualité à travers les âges avec Hélène Laberge, puis à la sexualité d'aujourd'hui, avec Claude Crépeault ; pourquoi cela fait-il partie d'une « anthropologie médicale » ? Voilà matière à réflexion.

Un beau chapitre sur « Travail et santé : dialectique d'un rapport social », de Lucien Lewys Abenheim, analyse ce lien intrinsèque et paradoxal. Un homme sain travaille, le travail contribue à la santé comme celle-ci au travail. Mais, également, celui-ci affecte la

santé. Travailler, comme vivre (hors de chez soi et même chez soi), comporte un risque. Comment en déterminer le niveau socialement acceptable? L'auteur ne parle toutefois pas des facteurs culturels ou personnels affectant l'évaluation de l'acceptabilité du risque. Pour certains groupes ou certains individus, prendre des risques, ce n'est pas mépriser sa situation sociale, c'est s'affirmer. N'est-ce pas Hegel qui disait que, dans la recherche de la reconnaissance de soi par autrui, la conscience est prête à mettre sa vie en danger pour s'affirmer comme dépassant sa dimension matérielle et biologique.

Le chapitre bien fait de Michel Vézina sur le travail et la prévention apparaît un peu trop québécois dans la teneur (dossiers statistiques et réglementaires, etc.), compte tenu de la clientèle visée par le traité.

Pierre Morin présente bien le difficile rôle du « médecin face à l'invalidé »: il a souvent à affirmer ce dont il ne peut pas toujours être sûr. Une dimension que l'auteur aborde peu, c'est l'ampleur que la société donne à la compensation pour l'insatisfaction au travail: assurance-chômage, bien-être social, etc. Souvent des sujets ne veulent plus retourner travailler parce que leur travail les écœure (patron ou milieux difficiles) ou qu'il se rajoute à des exigences domestiques élevées (l'enfant malade, ou les vieux dont il faut s'occuper, etc.). Certains cliniciens peuvent médicaliser ces situations pour permettre à un congé d'être compensé à un tarif supérieur à l'assurance-chômage ou le bien-être social. Mais la société n'est pas parfaite et le clinicien ne doit pas se substituer à l'organisation sociale, comme il le fait parfois malheureusement. C'est du moins ce que me révèle encore l'expérience d'expert, car j'ai dû souvent évaluer l'aptitude à retourner au travail de gens qui ne désiraient plus faire tel ou tel travail, sans accepter les conséquences logiques d'un tel désir ou d'un tel choix.

6. La sixième partie s'ouvre sur un texte de Jacques Dufresne traitant de « L'impératif écologique », longue méditation sur ce que j'appellerai la compétition d'équilibres d'ensemble (écologique) dans l'univers de la santé: par exemple, l'industrie pharmaceutique valorisant les antibiotiques au détriment de l'ail, les liens étroits entre les animaux et l'homme revigorés par le phénomène croissant du meublage de nos solitudes par la compagnie d'animaux.

Le texte d'Albert Nantel sur « La personne et son environnement » brosse un judicieux tableau des dimensions de l'adaptation mutuelle de la personne et de son environnement et surtout des lacunes de la formation médicale à cet égard. Au sujet des « conduites alimentaires », Louise Thomassin montre bien l'importance d'ancrer tout programme de modification vers une anthropologie des conduites alimentaires existantes. Le chapitre sur « La pratique des activités physiques », par Claude Bouchard et Fernand Landry, distille la même sagesse. On aurait aimé qu'y soient abordés certains débats sur les avantages et les inconvénients de divers types de « mises en condition physique ».

Le chapitre de Luciano Bozzini et Roger Tessier sur le support social et la santé aborde magistralement une problématique si présente au cœur des politiques en santé mentale et à l'égard des personnes âgées. Le paradoxe est que le stress imposé s'accroît avec le rythme productiviste et compétitif des sociétés occidentales et qu'en même temps, ces sociétés morcellent les réseaux traditionnels de support social par leurs exigences de mobilité de la main-d'œuvre qualifiée. Le propos de Pierre Grégoire, sur « Art et

thérapie», aurait été plus intéressant si, en plus de la valeur thérapeutique de l'art, il avait porté sur sa vertu immunisante.

7. Pour ouvrir la septième partie traitant de la recherche de normes, Winnie Frohn et Gilles Maloney proposent de méditer sur Hippocrate « Aux sources de la tradition ». Au sujet de la douleur, Ronald Melzack rappelle l'importance des facteurs culturels et personnels. Dans le beau chapitre qui suit, Dufresne énonce : « la santé, c'est l'oubli de la santé ». Suit une réflexion pertinente sur la santé et sur l'autonomie qui, pour sa part, aurait pu subir une critique plus sensée, et sur le normal et le pathologique.

Sur « La maladie créatrice », H.F. Ellenberger développe sa fascinante théorie qui remet en cause toute vision univoque de la santé ou de la maladie. Pour certains mystiques comme pour Freud, la névrose a été le creuset de la créativité. Dans le texte suivant sur « La guérison et ses artisans », le même auteur explique bien comment

« la maladie et la guérison jouent un rôle anthropologique essentiel. D'une part, elles nous préparent graduellement à nous acheminer vers la mort. D'autre part, elles nous aident à lutter contre la mort et à tirer le plus grand parti possible, à tout moment donné, de ce qui nous reste à vivre. » (P. 1036.)

Sur « Le malade comme médecin », Hélène Pelletier-Baillargeon rappelle avec bonheur les paroles de René Dubos : « Il faut considérer les succès thérapeutiques des guérisseurs non-médecins à travers les âges, à la lumière de l'aptitude à l'auto-guérison qui existe chez tout ce qui vit et particulièrement chez l'humain. » (P. 1041.) Au texte suivant, Maurice Thibault décrit le patient particulièrement difficile qu'est le médecin malade. Le rejet de la maladie pour soi n'est pas la seule pathologie du médecin ; malheureusement, il lui arrive parfois, comme le décrit Suzanne Lamarre, de rejeter le malade.

8. La huitième partie du traité s'intéresse aux possibilités de politiques en matière de santé. Dufresne réinvente toutes les dimensions d'une telle entreprise, puis présente dix critères pour une politique de la recherche médicale. Dans un texte sur les « pratiques différenciées de la santé », Gilles Bibeau invite à tenir compte des spécificités culturelles des Néo-Québécois dans l'organisation des services de santé.

Le texte final, à propos de « Médecine, éthique, anthropologie », par David Roy et A.M. de Watcher, ose aborder partiellement la question de la souffrance.

« La souffrance humaine soumet la déontologie et l'anthropologie médicale à l'une des épreuves les plus importantes et les plus révélatrices [...] La souffrance nous porte à examiner les fondements de la médecine. » (P. 1199.)

L'expérience de la souffrance est peu étudiée, et pourtant elle pose « la question des limites du mandat médical » (p. 1202). Ainsi, le traité conclut-il sur une problématique qui aurait dû être abordée très tôt et en profondeur. La souffrance, la mort, le désir d'avoir des enfants et l'enfant sont autant de réalités tenues à distance dans l'ouvrage et dont le sens ou l'absence de sens tourmentent toutes les sociétés. Cette retenue a-t-elle un rapport avec l'état actuel de la société québécoise, dont la légendaire fécondité s'est transformée en un record occidental de dénatalité ? Ces remarques n'enlève rien de l'intérêt de cet ouvrage de consultation.

Hubert WALLOT

*Département des sciences économiques,  
Université du Québec à Chicoutimi.*