

Raymond MASSÉ

Anthropologue, spécialiste en anthropologie de la santé
Professeur titulaire, département d'anthropologie, Université Laval.

(2005)

“L'anthropologie de la santé au Québec: pour une conjugaison des approches et des méthodes.”

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

Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

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

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

Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf., .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.

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

Raymond MASSÉ

Anthropologue, spécialiste en anthropologie de la santé, Professeur titulaire, département d'anthropologie, Université Laval.

“L'anthropologie de la santé au Québec : pour une conjugaison des approches et des méthodes”.

Un chapitre publié dans l'ouvrage sous la direction de Francine Saillant et Serge Genest, *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Chapitre 2, pp. 61-90. Québec : Les Presses de l'Université Laval et Paris : Anthropos, 2005, 467 pp. Collection : Sociétés, cultures et santé.

[Autorisation formelle accordée par l'auteur et l'éditeur, Les Presses de l'Université Laval, le 14 novembre 2008 de diffuser cette œuvre dans Les Classiques des sciences sociales.]



Courriels : Raymond.Masse@ant.ulaval.ca
Denis Dion, dir.gén., PUL.: Denis.Dion@pul.ulaval.ca



Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 12 points.
Pour les citations : Times New Roman, 12 points.
Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008 pour Macintosh.

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

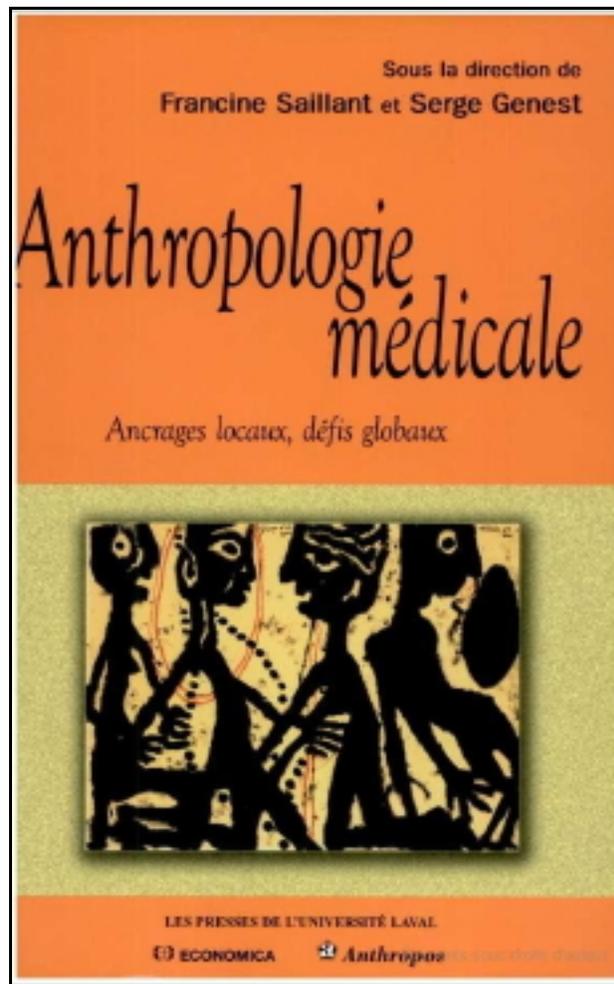
Édition numérique réalisée le 29 avril 2009 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



Raymond MASSÉ

Anthropologue, spécialiste en anthropologie de la santé
Professeur titulaire, département d'anthropologie, Université Laval.

“L'anthropologie de la santé au Québec: pour une conjugaison des approches et des méthodes”



Un chapitre publié dans l'ouvrage sous la direction de Francine Saillant et Serge Genest, *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Chapitre 2, pp. 61-90. Québec : Les Presses de l'Université Laval et Paris : Anthropos, 2005, 467 pp. Collection : Sociétés, cultures et santé.

Table des matières

Introduction

BREF HISTORIQUE DE L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE AU QUÉBEC

THÉMATIQUES ACTUELLES DE RECHERCHE

UNE COLLABORATION FRUCTUEUSE AVEC LA SANTÉ PUBLIQUE

UN SOUCI POUR UN USAGE COMPLÉMENTAIRE DE MÉTHODOLOGIES
QUALITATIVES ET QUANTITATIVES

UNE ANTHROPOLOGIE DE LA SANTÉ PRÉOCCUPÉE PAR LA CONJU-
GAISON DE L'HERMÉNEUTIQUE ET DE LA PHÉNOMÉNOLOGIE
ET PAR LA CONTEXTUALISATION ETHNOGRAPHIQUE

SOUCI D'ÉQUILIBRE ENTRE ASCÉTISME ET VIOLENCE DE L'INTER-
PRÉTATION

CONSTRUCTIVISME, DÉCONSTRUCTIVISME ET CATÉGORIES DIA-
GNOSTIQUES

LE QUÉBEC RÉSISTE TANT BIEN QUE MAL À LA MÉDICALISATION DE
L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE

CONCLUSION

Références

Raymond MASSÉ

**“L'anthropologie de la santé au Québec :
pour une conjugaison des approches et des méthodes”.**

Un chapitre publié dans l'ouvrage sous la direction de Francine Saillant et Serge Genest, *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Chapitre 2, pp. 61-90. Québec : Les Presses de l'Université Laval et Paris : Anthropos, 2005, 467 pp. Collection : Sociétés, cultures et santé.

INTRODUCTION

[Retour à la table des matières](#)

L'anthropologie de la santé occupe une place tout à fait spéciale dans l'anthropologie québécoise. Comme nous le verrons dans les pages qui suivent, son développement fut stimulé par les collaborations qu'ont su nouer les anthropologues francophones avec les collègues anglophones du Québec, bien sûr, mais aussi avec l'anthropologie anglo-saxonne américaine et canadienne-anglaise. Certaines caractéristiques propres aux deux traditions apparaîtront probablement, moins peut-être au chapitre des thématiques de recherche que dans les approches théoriques et méthodologiques retenues. Le but ici n'est pas de mettre en évidence ces caractéristiques ; toutefois, nous verrons que la sensibilité des francophones envers la sémiotique, la phénoménologie et l'herméneutique européenne vient colorer plusieurs de leurs recherches.

Le présent texte ne pourra pas rendre justice à l'ensemble des anthropologues québécois ayant conduit des recherches sur des questions liées à la maladie et aux soins. Nous viserons plutôt à définir quelques lignes de continuité (en particulier, les préoccupations pour l'ethnopsychiatrie et la psychiatrie transculturelle) et certaines des thématiques contemporaines de recherche. Nous soulignerons de même

les contributions québécoises aux grands débats théoriques, tels ceux liés à la tension entre violence et ascétisme en anthropologie interprétative ou liés aux risques de décontextualisation d'une anthropologie critique des catégories diagnostiques. Les contributions de l'anthropologie à la santé publique et le souci d'une pratique de recherche axée sur la complémentarité des méthodes qualitatives et quantitatives apparaîtront aussi comme originales. L'importance de ces deux derniers points s'explique par le fait que l'anthropologie de la santé québécoise est particulièrement soucieuse des applications des concepts et des retombées des recherches pour l'intervention et la planification, applications encouragées par une certaine réceptivité du milieu de la santé aux contributions de cette sous-discipline. En fait, l'anthropologie québécoise apparaîtra comme marquée au sceau d'une ouverture sur les collaborations transdisciplinaires autant avec le monde médical et de la santé publique qu'avec les groupes communautaires. Le texte conclura sur les dangers d'une médicalisation de l'anthropologie de la santé.

BREF HISTORIQUE DE L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE AU QUÉBEC

[Retour à la table des matières](#)

Dans deux textes faisant une recension exhaustive des recherches liées aux dimensions sociales et culturelles de la santé et de la maladie, Marc-Adélar Tremblay (1982, 1983) fait remonter ces dernières aux années 1960 et 1970. Associé, dans les années 1950, aux travaux en santé mentale de l'équipe d'Alexander H. Leighton en Nouvelle-Écosse (Bibeau et Corin 1995), Tremblay contribuera directement, dès le début des années 1960, à l'implantation de l'anthropologie médicale au Québec par ses enseignements et ses recherches à l'Université Laval. Les années 1960 ont donc vu la production d'une série de recherches traitant de l'épidémiologie socioculturelle des désordres psychologiques autour de chercheurs des universités de Montréal, Laval et principalement McGill. Les recherches ciblent alors les travailleurs forestiers, les communautés autochtones mais aussi, dans une perspective de psychiatrie transculturelle, la comparaison de la nature et des causes de la maladie mentale dans des communautés francophones et anglophones du Québec (Murphy 1974). À l'Université de Montréal, un groupe de

recherche lié aux travaux des « anthropologues physiques » Jacques Gomila et de Jean Benoist s'intéresse alors aux interfaces entre la génétique, la société et la culture dans de petites populations isolées, canadiennes et antillaises. Au début des années 1980, un nouveau champ de recherche émerge à la faveur des préoccupations d'anthropologues pour la santé des femmes (De Koninck et al. 1981 ; De Koninck et Saillant 1981 ; Saillant 1985). D'autres champs de recherche de cette époque pionnière étaient alors les conditions de vie sociale des malades, les professionnels de la santé, les représentations sociales de la santé et de la maladie, l'épidémiologie socioculturelle ainsi que l'éducation et la prévention. Dans ce dernier cas, Tremblay n'en déplorait pas moins que « les ethnologues sont encore peu sensibilisés à l'importance comme à l'urgence d'entreprendre des recherches empiriques dans ce domaine [d'éducation à la santé] » (Tremblay 1982 : 268). Or, comme nous le verrons plus bas, les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé sont devenues l'un des lieux significatifs d'expression de l'anthropologie de la santé au Québec. En parallèle, dès le début des années 1970, des anthropologues étaient embauchés par certaines des nouvelles institutions de santé (Centres régionaux de santé et de services sociaux, Centre de services sociaux, Centres locaux de santé communautaire, Département de santé communautaire), jetant les bases d'une collaboration interdisciplinaire. Enfin, Tremblay (1982) signalait, par contre, le manque d'intérêt des anthropologues québécois pour l'analyse du fonctionnement des établissements de soins et des rapports des malades aux soins. Même si ce premier champ de recherche demeure toujours sous-exploité, certains se sont intéressés aux rapports aux soins dans les populations immigrantes (Bibeau 1992), chez les réfugiés (Rousseau 2000), les autochtones (Roy 2002).

Le dynamisme de la recherche en anthropologie de la santé s'est principalement exprimé autour des activités du Groupe interuniversitaires de recherche en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie (GIRAME). Ce groupe émergea des besoins d'échanges exprimés par des chercheurs de diverses disciplines engagés dans la *Transcultural Psychiatric Research Review* fondée à l'Université McGill en 1956 par Eric Wittkower. Cette revue interdisciplinaire acquit une réputation internationale en psychiatrie transculturelle et stimula de ce fait les échanges entre la médecine, la psychiatrie, la psychologie et l'anthropologie. De 1974 à 1983, 89 séminaires mensuels furent organisés, auxquels participa un

nombre toujours croissant de chercheurs. La revue *Santé, Culture, Health* d'abord publiée sous forme de *Bulletin d'information en anthropologie médicale et en psychiatrie transculturelle* a ensuite joué un rôle majeur dans le développement de l'anthropologie de la santé en s'inscrivant comme l'une des revues phares dans ce domaine. Elle canalisa, jusqu'à sa disparition en 1994, les motivations d'une génération d'anthropologues intéressés par le champ de la santé.

THÉMATIQUES ACTUELLES DE RECHERCHE

Avant d'aborder les thématiques phares que sont la santé publique et la construction socioculturelle des catégories diagnostiques psychiatriques, nous allons d'abord illustrer la pluralité des champs d'intérêt des collègues québécois en ne retenant que quelques exemples.

Anthropologie de la maladie

[Retour à la table des matières](#)

Le sida a bien sûr retenu l'attention de certains chercheurs. Dans un numéro de la revue *Anthropologie et Sociétés* (1991), codirigé par Gilles Bibeau et Ruth Murbach, les auteurs font le point sur les recherches traitant des dimensions sociale, culturelle, juridique et politique du sida. La séropositivité y est abordée en tant que révélateur des contradictions dans les discours des professionnels et de la population qui considère certains sous-groupes sociaux comme boucs émissaires. Plus récemment, Vinh-Kim Nguyen s'intéresse aux usages sociopolitiques des témoignages des personnes vivant avec le VIH au Burkina-Faso et à l'« économie morale » de la séropositivité qui détermine les obligations et les devoirs des divers paliers de responsabilité (Nguyen 2002). La réflexion s'élargit pour englober les inégalités devant l'accès aux médicaments antirétroviraux dans les pays en voie de développement et débouche sur un bilan critique des contributions de l'anthropologie de la santé à la remise en cause des théories classiques invoquées pour expliquer les rapports de causalité entre les inégalités socio-économiques et

la santé des populations (Nguyen et Peschard 2003). Le sida est alors abordé comme lieu d'émergence de nouvelles formes de sociabilité à travers les interfaces entre les changements sociaux et biomédicaux dans le contexte de la mondialisation.

Au-delà des approches classiques traitant des facteurs de risque associés au sida (Godin, Lévy et Trottier 2002), certains explorent des avenues tout aussi novatrices. Joseph Lévy, par exemple, s'intéresse aux dimensions culturelles des rapports homosexuels et bisexuels en lien avec la transmission des MST/sida. Il aborde les pratiques sexuelles à risque de façon originale en traitant des « scénarios » sexuels. Ces derniers ouvrages peuvent être cités en exemples de collaboration multidisciplinaire (anthropologues, philosophes, médecins de santé publique, intervenants communautaires) dans l'analyse des rapports des groupes vulnérables avec le VIH et le sida, mais aussi de leurs rapports avec les programmes de prévention. Mais Lévy sort tout particulièrement des sentiers battus lorsqu'il traite avec Alexis Nous (Lévy et Nous 1994) du sida tel qu'il est présenté dans les romans américains et français. Dans un exemple intéressant de conjugaison de l'analyse narrative et de l'ethnologie de la maladie, ces auteurs se démarquent de l'approche empirique en recherche pour faire ce qu'ils appellent une « anthropologie romanesque » qui permet, mieux que la recherche empirique, d'entrer dans le cœur de la multiplicité de sens de la maladie, tant dans ses rapports à la mort que dans ses rapports au sexe et au texte.

Dans la même veine des maladies physiques, l'anthropologie du cancer au Québec faite par Francine Saillant (1988 ; 1990b) marque l'une des premières applications systématisées des concepts de l'anthropologie interprétative tels ceux de modèles explicatifs et de réseaux sémantiques de la maladie. Encore une fois ici s'exprime le souci marqué de l'anthropologie québécoise pour faire déborder l'analyse fine du sens de la maladie sur une phénoménologie respectueuse du vécu de la maladie au quotidien, dans la société générale comme dans les services hospitaliers de soins oncologiques. L'auteur conjugue sémiotique du cancer et construction du sens, autant dans l'espace biographique que dans la société plus large avec ses héros mythiques en lutte avec ce symbole de mort. La perspective critique constructiviste qui marquera les travaux de Lock (1993) sur la ménopause ou plus récemment de Roy (2002) sur le diabète en milieu autochtone n'est à cette époque qu'esquissée.

Bioéthique et anthropologie

Dans la mouvance des appels à contribution des sciences sociales à la bioéthique, divers collègues ont amorcé une réflexion sur les dimensions socioculturelles des valeurs et principes qui guident la bioéthique nord-américaine. Leigh Turner (1998) fait la critique anthropologique et sociologique de la bioéthique et édite actuellement une anthologie sur les méthodes et les théories en bioéthique. Plus ou moins directement, les travaux de Lock (2002) sur les transplantations d'organes et la mort cérébrale ou de Bibeau (2003) sur la génomique abordent les enjeux éthiques soulevés par les nouvelles biotechnologies. Soucieux d'approfondir les contributions de l'anthropologie, et en particulier du relativisme culturel, à la bioéthique, Massé (2000) invita divers collègues à faire le point sur ce thème dans un numéro de la revue *Anthropologie et Sociétés*. Au-delà des enjeux soulevés par la biomédecine curative, l'anthropologie québécoise s'intéresse aussi à ceux soulevés par les interventions de prévention et de promotion de la santé. Dans le souci d'une éthique de la santé publique sensibilisée à la pluralité des valeurs véhiculées par les populations ciblées, Massé (2003) définit divers enjeux éthiques émergents au chapitre de l'étiquetage social, de la discrimination ou de l'abus de pouvoir qui se dégagent des conflits opposant les valeurs dominantes des institutions de santé publique aux valeurs « populaires ». Il propose un modèle d'identification et d'analyse de ces enjeux fondé sur les valeurs phares de la société contemporaine et la notion de moralité partagée, modèle dans lequel la sensibilité aux réalités culturelles et ethniques de même que le souci de contextualisation des mondes moraux tiendront une place centrale.

L'anthropologie et l'humanitaire

L'humanitaire est aussi abordé dans deux directions. D'abord, certains travaux traitent des liens entre le vécu migratoire des réfugiés et leur santé mentale. Rousseau s'est ainsi particulièrement intéressée à la santé des femmes réfugiées victimes de violence (Atlani et al. 2000) et à l'aide humanitaire (en particulier sanitai-

re) en contexte de violence internationale envers les femmes et les enfants (Rousseau 2000). Au-delà de la simple analyse des facteurs de risque et de protection liés aux désordres mentaux et à la réussite scolaire, Rousseau et al. (1996, 1998) informent les autorités publiques sur les variations des besoins en services d'un groupe ethnique à l'autre ; l'adéquation des politiques et des stratégies de prévention mises en place par les écoles et le système de santé pour l'ensemble des populations immigrantes est ainsi remise en question. Dans la « tradition » québécoise, ces recherches sont menées en collaboration étroite avec les milieux concernés et les institutions publiques, en particulier avec les « tables de concertation ». Plus récemment, dans une perspective plus critique, l'anthropologie québécoise aborde l'humanitaire comme une forme d'ingérence des pays du Nord dans la gouvernance du monde à travers des ONG transnationales souvent inféodées au pouvoir financier (Fonds monétaire international) et à l'ONU (Pandolfi. 2002). En se référant respectivement aux ONG brésiliennes et québécoises, Saillant et Paumier (2004), Saillant, Cagnet et Richardson (2005) ont analysé les discours des organisations humanitaires travaillant sur le handicap et les réfugiés et ont toutefois suggéré que l'humanitaire puisse se présenter comme un univers pluriel, polysémique, non homogène, dont les enjeux et les définitions varient selon les acteurs, les organisations et les localisations.

L'anthropologie, les aidants naturels et les soins à domicile

Le regard anthropologique sur les soins passe notamment par un souci des pratiques non institutionnelles. C'est à une telle anthropologie des soins domestiques que Saillant (1999) convie l'anthropologie à se préoccuper, dans le cadre d'un pluralisme médical, de l'articulation de tout l'éventail des pratiques de maintien de la vie, y compris des pratiques informelles du secteur domestique généralement mises en œuvre par les femmes. Un numéro *d'Anthropologie et Sociétés* (1999), dirigé par Saillant et Gagnon, plaide pour une anthropologie des soins, non comme sous-discipline de l'anthropologie, mais comme nouvelle entrée pour un questionnement sur l'individualité, l'altérité, les rapports de genre et les nouvelles formes de socialité. L'intérêt se porte dès lors sur le vécu quotidien des personnes aidantes, conjoint(e)s, enfants, autres parents, qui prennent en charge les

soins quotidiens des personnes malades vivant à domicile (Saillant et Gagnon 2000), et vers l'influence des normes sociales sur la construction de la responsabilité de ces personnes aidantes. Inspirés par les théories de la responsabilité de Ricoeur et de Lévinas tout autant que par une grille de lecture féministe du « travail de la reproduction », les auteurs font une analyse nuancée de la construction de la responsabilité envers le parent malade aux confins de l'affectif, de l'électif et du devoir. Les analyses faites des pratiques d'aide et de soins à domicile chez les intervenantes des organismes communautaires (Gagnon et Saillant 2000) alimentent une réflexion en profondeur sur l'évolution des liens sociaux dans les sociétés modernes caractérisés par les soins professionnalisés et institutionnalisés. Ce regard anthropologique sur les services complémentaires offerts par une multitude d'organismes « intermédiaires » (entreprises d'économie solidaire, groupes communautaires bénévoles, coopératives d'usagers, etc.) qui misent sur une approche caractérisée par la proximité avec les malades, l'abolition des rapports hiérarchiques, l'entraide, le don et, corrélativement, le refus de la neutralité professionnelle soulève la question de la place de ces nouvelles formes de socialité et d'entraide dans la gestion des groupes vulnérables fragilisés par la mutation des liens sociaux au sein du couple, des familles, du quartier. Une anthropologie de la santé doit être tout autant préoccupée par ces reconfigurations des relations entre les personnes dépendantes et la collectivité.

Nous pouvons clore ce rapide tour d'horizon en invoquant l'intérêt pour les thérapies douces et les médecines alternatives (Rousseau et al. 1990 ; Rousseau, Saillant et Desjardins 1990), la médecine populaire dans les familles québécoises du début XXe siècle, (Saillant 1990a), la construction socioculturelle du handicap physique (Fougeyrollas 1995), et l'ethnomédecine appliqué à la clinique dont un numéro *d'Anthropologie et Sociétés* dirigé par Saillant et Genest (1990) fit un bilan stimulant.

UNE COLLABORATION FRUCTUEUSE AVEC LA SANTÉ PUBLIQUE

[Retour à la table des matières](#)

L'anthropologie de la santé québécoise est particulièrement ouverte au développement de collaborations constructives avec le monde biomédical. La recherche en santé publique a joué un rôle clé dans ce domaine. D'abord, les milieux de travail furent ouverts à l'intégration d'anthropologues et plusieurs travaillent actuellement dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC), les Directions régionales de santé publique (DRSP), les organismes de gestion de la santé et de la sécurité au travail, les Centres jeunesse du Québec, voire le ministère de la Santé et des Services sociaux. Plusieurs anthropologues universitaires ont aussi facilité le dialogue en menant des recherches avec certaines de ces institutions. Ces collaborations débordent largement les problématiques particulières que posent par les populations autochtones et immigrantes, objets d'étude plus classiques pour les anthropologues, pour couvrir l'ensemble de la population générale. Quelques exemples en sont les travaux portant sur l'adaptation des programmes de santé publique à la réalité pluriethnique de Montréal (Gravel et Battaglini 2000), sur diverses questions (enfantement, otite, etc.) concernant les populations inuites (Dufour 1988, 1989), sur la prévention des abus et négligences envers les enfants (Massé 1992), les causes socioculturelles des désordres mentaux en région éloignée (Corin et al., 1900) ou l'ethnoépidémiologie de la détresse psychologique (Massé 1999).

Il faut évidemment éviter de donner une image idyllique d'une telle cohabitation. La tâche fut généralement des plus difficiles ; le fossé qui sépare l'épistémologie (empirisme *versus* interprétativisme ; prédiction *versus* explication des comportements) et les méthodes (qualitatives *versus* quantitatives) proposées par les uns et les autres, de même que le discours résolument critique des anthropologues à l'endroit des catégories, concepts et modèles théoriques de la médecine préventive constituent des barrières à la communication. De plus, aux yeux de certains anthropologues (Bibeau 1997), une telle intégration, en Amérique du Nord, ne va pas sans un risque de dénaturalisation de l'approche anthropologique

(nous y reviendrons plus loin). Néanmoins, cette cohabitation a joué un rôle clé dans le développement d'une anthropologie de la santé soucieuse de transcender les oppositions entre recherche fondamentale et recherche appliquée, méthodes qualitatives et méthodes quantitatives, milieu universitaire et institutions publiques.

Les contributions de l'anthropologie aux interventions de prévention et de promotion de la santé ont fait l'objet d'un ouvrage de synthèse (Massé 1995). En s'inspirant de l'exemple de plusieurs recherches empiriques, l'auteur défend dans son ouvrage l'idée selon laquelle les comportements à risque pour la santé sont ancrés dans des pratiques sociales et dans la culture des populations ciblées par les programmes de santé publique. Il suggère, que la santé de la population étant clairement influencée par la culture et les rapports sociaux, la santé publique ne peut que collaborer avec les sciences sociales, dont l'anthropologie, les mieux aptes à décoder ces déterminants socioculturels. Les concepts théoriques et les approches méthodologiques proposés par l'anthropologie de la santé sont incontournables. Les concepts de savoirs populaires, de réseaux de sens, de modèles explicatifs de la maladie, de comportements reliés à la maladie, de récits d'épisodes de maladie s'avèrent, entre autres, des plus pertinents pour décoder le sens que prennent pour les populations ciblées la maladie, les symptômes, les comportements à risque, voire les interventions préventives elles-mêmes. Bref, l'anthropologie a su sensibiliser la santé publique aux réalités pluriethniques, aux dimensions communautaires, aux savoirs locaux et à l'incontournabilité d'une approche contextualisée des comportements à risque (Bibeau 1997).

Une telle ouverture à l'égard de la santé publique, de ses problématiques et de ses méthodes ne signifie pas pour autant que l'anthropologie endosse un processus de médicalisation de l'anthropologie de la santé. Ainsi, Bibeau (1997) déplore que plusieurs anthropologues travaillant en santé publique négligent leur formation d'anthropologue de terrain pour adopter, avec un manque de recul critique, les modèles rationalistes de l'épidémiologie, de l'économie de la santé et leur modélisation des prédictions des comportements reliés à la santé. Nous ne pouvons que nous rallier à la mise en garde de ce dernier quant aux dangers, pour les anthropologues, d'adopter sans recul critique les orientations de travail, les postulats épistémologiques et les méthodologies prévalentes en santé publique. L'anthropologie, par l'analyse de l'ancrage des comportements dans les croyances, les valeurs,

les idéologies, se doit de faire échec à la marchandisation des modèles de prédiction des comportements qui simplifient à l'extrême (dans un cadre cognitiviste et comportementaliste) les déterminants des comportements à risque pour la santé (Bibeau 1997 : 250). Nous avons eu l'occasion de renforcer ces mises en garde devant l'adoption naïve des modèles psycho-sociaux de prédiction des comportements à risque (Massé 1995) ou de la propension à la fétichisation des méthodes quantitatives (Massé 1993).

En particulier, l'anthropologie a su dénoncer les usages réducteurs de la notion de rationalité sur lesquels reposent les modèles de prévention en santé publique. Rappelons ici la contribution théorique importante d'Allan Young (1981) lorsqu'il rappelle que le savoir rationalisé ne constitue que l'une des manifestations des savoirs populaires aux côtés des savoirs prototypiques, empiriques, intersubjectifs et autres. En fait, les anthropologues eux-mêmes seraient victimes de leurs propres présupposés concernant le langage et la raison et du postulat de l'existence d'un « homme rationnel hypothétique ». En fait, il existe un espace non cognitif important entre les explications populaires de la maladie construites, logiquement et de façon cohérente, par les individus, et les structures cognitives qui sont supposées avoir guidé ces constructions. On tombe alors dans un biais de textualisation qui nous porte à croire que les récits de maladie recueillis sont le reflet exact des structures du langage propre à une culture donnée. D'autres ont poursuivi ces réflexions critiques sur ce pilier des interventions de santé publique en suggérant de reconnaître la coexistence d'une pluralité de logiques des savoirs et des rationalités des comportements liés à la santé (Massé 1997), les raccourcis simplificateurs qu'induit ce postulat de rationalité dans les pratiques de santé publique (Bibeau 1997), voire l'importance d'une reconnaissance des détours de la raison comme préalable à une sémiotique de la maladie (Corin 1993). Cette critique de la rationalité conduit ainsi Young à souligner les dangers de réduire les modèles populaires explicatifs de la maladie à des modèles cognitifs réifiés de croyances explicatives de la maladie et à des modèles individuels projetés sur l'ensemble de la population ciblée par des programmes de prévention ou de promotion de la santé. Le danger est d'y voir des ensembles structurés et cohérents de croyances décontextualisées dans lesquelles l'individu puiserait le matériel qui alimente la construction, a posteriori, du sens de son épisode vécu de maladie (Young 1990).

Bibeau n'en radicalise pas moins sa critique des rapprochements entre anthropologie et santé publique en soulignant que, « en dépit des intentions déclarées de se démarquer des modèles dominants en santé publique, la plupart des anthropologues ne sont pas réellement disposés à prendre une distance face aux méthodologies et aux théorisations de ce qu'ils perçoivent comme la "véritable" science en santé publique : questionnaires fermés ; études ciblant des problèmes de santé spécifiques tels que la tuberculose, la diarrhée, la malaria et ainsi de suite ; analyses quantitatives et établissement probabilistiques de la causalité ; et théories représentées sous forme de modèles » [Notre traduction] (Bibeau 1997 : 246). Il suggère que les anthropologues médicaux doivent aller plus loin dans leur critique alors « qu'ils refusent délibérément de remettre en question les fondements de l'entreprise de la santé publique telle qu'elle existe dans les pays en développement » [Notre traduction] (*ibid.* : 246) et que certains « s'aliènent eux-mêmes au point qu'ils deviennent hésitants à afficher leur propre formation anthropologique ou à trivialisier ses théories et ses méthodes » [Notre traduction] (*ibid.* : 246). Cette critique apparaît trop radicale si elle concerne des anthropologues qui sont employés dans des institutions de santé publique et qui doivent composer avec les contraintes de la multidisciplinarité. Une telle charge s'explique par le fait que, à l'image du courant dominant dans la discipline, la contribution de l'anthropologie est définie par défaut, par nature, comme une entreprise critique. Ici, l'objet de la critique devient une santé publique démonisée, posée d'avance comme une menace au respect des besoins et des valeurs de la population visée par ses programmes. Pourtant, les fondements de l'entreprise de la santé publique peuvent aussi être positifs, tels ceux visant l'amélioration de la qualité de la santé, la prévention de la maladie ou la promotion d'un environnement sain. Une véritable contribution de l'anthropologie à la santé publique sera difficile, croyons-nous, si les anthropologues ne se défont pas de l'attitude réflexe consistant à poser la santé publique (mais aussi la biomédecine et les organismes publics de soins) comme un ennemi, un nouveau lieu de pouvoir autoritaire et d'assujettissement des populations aux pouvoirs politiques, médicaux, économiques, à la mondialisation.

En contrepartie, l'anthropologue doit garder un oeil critique sur les usages politiques, idéologiques et économiques des programmes de prévention. Il ne doit pas perdre de vue que l'unité d'investigation ne doit pas être ni l'individu atomisé et ses comportements, ni les significations, valeurs, croyances dominantes (confi-

nant au culturalisme désocialisé), mais « plutôt aux réseaux à travers lesquels les acteurs activent et transforment des valeurs et significations en pratiques » [Notre traduction] (Bibeau 1997 : 249). L'espace manque ici pour approfondir ce débat. Soulignons toutefois qu'au Québec la tradition de collaboration entre les anthropologues et la santé publique alimente amplement le débat sur le départage entre collaborer « avec » la santé publique (ce qui laisse place à une plus grande marge de manœuvre, à une plus grande liberté critique) ou « dans » la santé publique (ce qui suppose l'intégration des méthodes et des finalités de la santé publique, mais sans abdiquer devant toute critique).

UN SOUCI POUR UN USAGE COMPLÉMENTAIRE DE MÉTHODOLOGIES QUALITATIVES ET QUANTITATIVES

[Retour à la table des matières](#)

La réflexion théorique et le questionnement critique des catégories et de l'épistémologie de la médecine reposent généralement au Québec sur des recherches empiriques couplant méthodes ethnographiques classiques et méthodes quantitatives. En fait, la plupart ont partagé leurs travaux entre, d'un côté, leur participation à des recherches empiriques de type épidémiologie socioculturelle, utilisant des méthodes quantitatives (échantillonnages aléatoires, questionnaires, outils de mesure standardisés, analyses statistiques, etc.) sans pour autant totalement mettre en retrait des réflexions théoriques relevant d'une anthropologie critique, sans abdiquer devant l'analyse proprement anthropologique des interfaces entre les significations de la maladie et les pratiques de soins, ni non plus abandonner les recherches de terrains personnels. Illustrons cette affirmation par quelques exemples.

Dans son ouvrage critique portant sur la ménopause au Japon, Lock (1993) pratique la conjugaison des approches quantitatives et qualitatives, liant un terrain classique à une enquête de type épidémiologique. L'éventail des techniques de collecte de données va des entrevues de groupes, aux entrevues individuelles, aux extraits d'histoires de vie, à l'analyse documentaire, voire aux questionnaires fermés auprès de 1 316 japonaises portant sur les symptômes rapportés associés à la

ménopause. L'usage conjuguée de ces méthodologies a pour but, d'offrir une base de comparaison transculturelle des symptômes associés à la ménopause, d'analyser les contradictions entre les expériences subjectives relatées par les femmes japonaises et les idéologies véhiculées par les médias et les médecins à l'égard de la ménopause.

La plupart des travaux de Cécile Rousseau (ex : Rousseau et al., 2000, 2001) portant sur la santé mentale des réfugiés sont de nature empirique et comparent plusieurs groupes ethniques d'immigrants. Pour sa part, Corin combine, dans plusieurs travaux, analyses statistiques et approches herméneutique et phénoménologique. Dans sa recherche portant sur le monde vécu des schizophrènes, Corin (1990) utilise des données tirées d'outils de mesure standardisés des liens sociaux et des analyses qualitatives fondées sur l'observation et les entretiens répétés de recherche. Elle partage un intérêt pour l'étude des limites de la complémentarité de méthodes somme toute partiellement incommensurables. Un même souci pour coupler analyse quantitative dérivée de questionnaires fermés et analyse phénoménologique, herméneutique et sémantique a marqué les recherches de Massé sur l'expérience et l'expression de la détresse psychologique au Québec (Massé et al., 1998a ; 1998b ; Massé 1999). Dans ce cas, une analyse ethnosémantique fut faite de récits d'épisodes vécus, par des Québécois, de détresse psychologique afin d'en découvrir les manifestations cognitives, physiques, émotives ou comportementales. Cette approche à la fois phénoménologique, herméneutique et sémantique fut par la suite couplée à une démarche de construction et de validation d'outils épidémiologiques de mesure de l'état de détresse dans une population générale.

Cette ouverture à la conjugaison de méthodologies quantitatives et qualitatives ne va pas sans soulever des questions. En se basant sur une analyse opposant parfois un peu radicalement méthodes quantitatives et « anthropologie véritable », certains postulent que la cohabitation des méthodes ethnographiques et quantitatives risque de dénaturer l'approche anthropologique. Dans une réflexion sur l'anthropologie médicale au Canada, Lock et Bibeau dénoncent « son échec à remplir ce qui est accepté comme un mandat fondamental en anthropologie de décrire l'autre pour mieux se connaître soi-même » [Notre traduction] (Lock et Bibeau 1993 : 147). Ils désignent comme principal coupable « la présence d'une forte pression de l'intérieur de certaines sous-disciplines de l'anthropologie pour rendre leurs méthodes plus scientifiques » [Notre traduction] (*ibid.* : 147). Évidemment,

l'aspiration à la rigueur scientifique pour une discipline qui se positionne comme « science » sociale n'est pas un mal en soi. Ce qui est en cause ici, c'est plutôt l'idéologie de scientificité et la transposition sans réserve à l'anthropologie des postulats épistémologiques de l'épidémiologie. En fait, les méthodes qualitatives utilisées par les anthropologues, tant pour la collecte que l'analyse des données textuelles (analyse de contenu thématique, théorisation ancrée, analyse de l'énonciation, analyse structurale, etc.) ont bénéficié au cours des 20 dernières années d'avancées fulgurantes qui renforcent la rigueur des analyses et, de là, la crédibilité des conclusions. Évidemment, un appel à plus de rigueur scientifique n'est pas un mal en soi. Ce qui serait dramatique serait plutôt une abdication face au défi d'un usage rigoureux des méthodes d'analyse de données textuelles et un repli sectaire sur une critique déconstructiviste de résultats de recherches ayant pour « omission » d'utiliser des méthodes et des outils non familiers. La critique de conclusions de recherche découlant de l'usage d'échelles de mesure et autres questionnaires fermés qui réduisent les analyses à la détermination de patterns de corrélation entre des variables décontextualisées et vidées de leur substance sera toujours bienvenue. L'un des mandats de l'anthropologie est de développer une compréhension de la culture et de la vie sociale en tant que « négociation de significations », où la culture n'est pas vue comme un donné, mais comme un construit « soumis à la négociation et à la reformulation à travers le temps et l'espace, et est de là inévitablement associée avec les rapports de pouvoir » [Notre traduction] (Lock et Bibeau 1993 : 148). C'est justement dans un tel souci de contextualisation que des approches hybrides furent créées et mises en application.

UNE ANTHROPOLOGIE DE LA SANTÉ PRÉOCCUPÉE PAR LA CONJUGAISON DE L'HERMÉNEUTIQUE ET DE LA PHÉNOMÉNOLOGIE ET PAR LA CONTEXTUALISATION ETHNOGRAPHIQUE

[Retour à la table des matières](#)

L'une des tendances fortes de l'anthropologie de la santé québécoise sera donc une ouverture aux approches mixtes balisée par un souci de contextualisation ethnographique. Les travaux menés par Ellen Corin (1990) sur l'intégration sociale et institutionnelle des schizophrènes illustrent parfaitement cette tendance. Pour ce faire, elle s'inspire autant de l'approche phénoménologique intéressée par l'analyse des « mondes vécus spécifiques » des malades que de l'anthropologie critique préoccupée de la construction socioculturelle de ces désordres. Elle combine ici, tout comme dans l'enquête qu'elle codirigea sur la santé mentale dans le Nord-Ouest québécois (Corin et al., 1990), l'approche anthropologique de construction du sens, l'herméneutique de Ricoeur et la phénoménologie psychiatrique européenne intéressée par l'étude des formes d'être au monde et la quotidienneté. Une telle approche hybride lui permet de dépasser l'analyse des prédicteurs du syndrome de la porte tournante pour comprendre, de l'intérieur, les nouveaux modes de socialité qu'adoptent les patients psychiatriques. Le concept réducteur de « stratégie d'adaptation » des ex-patients psychiatriques à leur société est remplacé par celui, plus large, d'expérience vécue des schizophrènes, mieux apte à révéler l'originalité du processus de reconstruction de leur identité. L'anthropologue ne doit pas subordonner sa recherche à une définition normative, décontextualisée, de ce que serait une forme acceptable d'intégration sociale du patient, et un « bon » résultat des traitements. La parole est laissée aux patients qui définissent leur sociabilité comme « générale », soit exprimée sous forme d'une dose de retrait social stratégique variant en intensité et en nature d'un ex-patient psychiatrique à l'autre, au gré de l'évolution quotidienne de leurs besoins et de leur tolérance respective à la pression sociale induite par une sociabilité « normale ». La recherche

montre que les patients qui ne vivent pas de réhospitalisation se démarquent de ceux vivant des ré hospitalisations répétées par leur habilité à structurer et à opérationnaliser une forme de « retrait positif » ; le retrait prend dans ce cas le statut de facteur de protection. Les premiers vivent l'isolement comme une forme d'« exclusion » sociale imposée ; les seconds comme une forme de « détachement » souhaité, assumé et accepté. Corin parle de ce « retrait social » comme d'une icône de l'isolement social des individus dans les sociétés occidentales (Corin 1990 : 183). Ici le plaidoyer est en faveur d'une anthropologie soucieuse de saisir cette « épaisseur de l'être » (Corin 1998c) chez le malade, à travers ses expériences, ses stratégies identitaires et sa gestion du rapport à la sociabilité. Que ce soit dans l'étude des traumatismes de guerre vécus par les populations réfugiées ou de la sociabilité des ex-patients schizophrènes, le danger existe pour les chercheurs, autant que pour les cliniciens, de chercher à construire, seuls, le sens des expériences vécues, sans un souci de respect du sens que leur donnent les individus concernés eux-mêmes (Corin et Rousseau 1997). Ces exemples suggèrent toutefois que ce souci pour une anthropologie attentive à une prise en compte du contexte et de la dimension signifiante de l'expérience de la maladie ne doit pas être confinée à la réflexion théorique : il doit s'exprimer à travers des études empiriques mettant à contribution diverses méthodologies.

SOUCI D'ÉQUILIBRE ENTRE ASCÉTISME ET VIOLENCE DE L'INTERPRÉTATION

[Retour à la table des matières](#)

Ce souci de l'anthropologie de la santé québécoise pour l'analyse contextualisée du sens de la maladie fait aussi partie d'une critique des débordements des approches textualistes qui ont, au cours des deux dernières décennies, visées à réduire la culture à un texte et les interprétations de la maladie et les pratiques de soins à des « sous-textes ». L'analyse de la culture, dans le cadre d'une telle sensibilité à l'herméneutique et à la construction du sens, doit demeurer en tension entre une violence interprétative inévitable et un véritable souci pour une lecture ascétique de la culture comme texte, tel que le présentent de façon convaincante Bibeau et Corin (1995) dans un texte classique. Il est postulé qu'une large partie

de l'expérience vécue demeure obscure pour les acteurs sociaux eux-mêmes et que le sens de ces expériences leur est largement inaccessible, d'où la nécessité de recourir à de multiples niveaux d'interprétation, du niveau le plus immédiat à celui, plus inductif, qui flirte avec le risque de surinterprétation. En fait, les acteurs sociaux sont contraints par les limites du langage et par une certaine cécité devant les contradictions entre leurs gestes et leurs intentions ou valeurs. Bref, l'expérience ne pouvant se réduire à sa seule dimension consciente, l'anthropologie (et les méthodes qualitatives) doit s'autoriser une certaine dose de « violence interprétative ».

La spécificité de l'anthropologie comme discipline résiderait dans cette « dialectique entre proximité et distance, soumission et violence » [Notre traduction] (Bibeau et Corin 1995 : 5). Ainsi, tout mimétisme des méthodes anthropologiques avec les méthodes des analyses textualistes ne peut que disqualifier la discipline. La culture n'est pas réductible à un ensemble de textes. Il faut défendre une anthropologie interprétative crédible et fiable où les anthropologues sauront garder une distance optimale entre l'expérience et les discours, entre le contexte et le sens. L'intersubjectivité ne réside pas seulement dans la tête de plusieurs individus ; elle fait partie des pratiques collectives, sociales et communautaires. Les auteurs donnent en exemple leur étude sur la santé mentale dans le Québec rural pour illustrer une « interprétation sémiotique contextuelle » qui montre que « les modèles populaires utilisés dans les trois milieux [communautés forestières, minières et agricoles] pour l'identification, l'explication et la gestion des problèmes de santé mentale ne peuvent être compris indépendamment du contexte social de chacune de ces trois sous-cultures ni du système de valeur spécifique qui s'y trouve » [Notre traduction] (Bibeau et Corin 1995 : 41). Ils mettent en évidence la spécificité des trois « systèmes de signes, de sens et d'action » propres à chacun de ces milieux. Se confirme ainsi l'intérêt de l'anthropologie francophone québécoise pour la conjugaison de l'herméneutique, de la sémantique et de l'ethnographie, soit le souci de lire le sens à travers les pratiques localement inscrites dans la réalité sociale. La communauté devient plus que le lieu d'appartenance des informations, plus que le contexte éloigné, mais un véritable coauteur qui participe à l'entreprise interprétative.

CONSTRUCTIVISME, DÉCONSTRUCTIVISME ET CATÉGORIES DIAGNOSTIQUES

[Retour à la table des matières](#)

L'anthropologie médicale n'est plus préoccupée par la seule analyse descriptive des savoirs et des pratiques thérapeutiques des diverses ethnomédecines mais, de façon plus radicale, « [l']accent est déplacé vers la façon dont tout le savoir relié au corps, à la santé et à la maladie est culturellement construit, négocié et renégocié dans un processus dynamique à travers le temps et l'espace » [Notre traduction] (Lock et Bibeau 1993 : 149). Bref, elle s'intéresse aux prises de décisions, à la praxis de la médecine dans ses interrelations avec les patients et la société, mais surtout aux façons dont les valeurs et les intérêts des médecins et des chercheurs façonnent la définition de la maladie. L'anthropologie médicale a pris très au sérieux ce rôle, en particulier à l'égard des catégories nosographiques.

Lock (1993), par exemple, montre que la ménopause, au-delà de la réalité physiologique de l'arrêt des menstruations, émerge comme une construction sociale, culturelle et professionnelle, historiquement située. La ménopause serait influencée par les conceptions culturelles du rôle social de la femme, en particulier au milieu et à la fin de sa vie reproductive, par les conséquences économiques de la ménopause et les politiques nationales à l'égard du vieillissement. À partir d'une analyse comparative transculturelle de la symptomatologie associée en pré et post-ménopause, elle remet en question l'universalité des symptômes rapportés par les femmes nord-américaines et plaide pour une approche des « biologies locales » qui reflètent la forte variabilité dans les conditions sociales, culturelles et physiques des femmes asiatiques et nord-américaines. Il en va ainsi de la remise en question de la définition de la mort cérébrale et des débats autour de la détermination de l'instant de mort à des fins de transplantation d'organes. À partir d'une analyse des positions de médecins et d'infirmières nord-américains et japonais interviewés, Lock (2000a) déplore que les sociétés européennes et américaines aient accepté le concept de mort cérébrale sans véritables débats, dans le contexte d'une forme d'« anesthésie culturelle », au contraire du Japon qui s'y est opposé jusqu'en 1997. Cette anesthésie est alimentée du fait que ces débats sont « mas-

qués par les métaphores persuasives liées aux vies sauvées grâce à l'industrie de la transplantation ». [Notre traduction] (Lock 2000a : 238). Ainsi, l'anthropologie peut remettre en cause les raisons qui font que les prélèvements d'organes ne sont pas autorisés sur les patients végétatifs, même si eux aussi ne présentent plus de vie consciente (*ibid.* : 259).

Mais le principal lieu d'expression d'un tel constructivisme critique demeure celui de la santé mentale. Dans l'un des numéros de *Transcultural Psychiatry*, traitant des rapports entre culture et DSM IV, Kirmayer (1998) appelle divers auteurs à faire le point sur la capacité des éditeurs du *Diagnostic and Statistical Manual* à prendre en considération les suggestions du groupe de travail Culture and Diagnostic. Dans un éditorial sévère, Kirmayer dénonce leur inaptitude à tenir compte de l'influence de la culture sur l'incidence et la prévalence des problèmes de santé, des limites à l'universalité des catégories diagnostiques, ou encore à considérer les modes d'expression des symptômes à travers des idiomes locaux. Cette approche critique est renforcée par celles défendues par Corin (1996) quant aux variations dans les frontières diagnostiques, par Kirmayer et Young (1998) à propos de l'influence de la culture sur la somatisation des troubles mentaux ou la construction de la notion de « désordres mentaux », en particulier des désordres de l'anxiété (Kirmayer 1994 ; Kirmayer, Young et Hayton 1996), et les désordres dissociatifs (Lewis-Fernandez et Kirmayer 1998) ou par Young concernant la construction socioculturelle des stress post-traumatiques (Young 1995a). Pourtant, l'influence de la culture est manifeste à la fois sur les modalités d'expression des symptômes et sur les processus de recherche d'aide, de communication de la souffrance, sur la signification attribuée aux symptômes par le malade et l'entourage. Cette réflexion critique sur les catégories psychiatriques implique aussi la proposition voulant non seulement que les processus d'attribution des causes de la maladie tiennent une place centrale dans la construction du sens de la maladie, mais qu'ils influencent largement la pathogenèse, l'évolution de la maladie, le tableau clinique et les réponses aux traitements (Young et Robbins 1994).

Une autre illustration d'une telle critique des prétentions empiristes de la psychiatrie réside dans les travaux d'Allan Young (1995b, 2000) sur les désordres de stress post-traumatique (DSPT). En utilisant une position d'anthropologue et d'historien, Young se livre à un travail d'archéologie des présuppositions qui ont guidé la recherche sur le DSPT au cours du siècle dernier. Ce travail fait partie d'une

approche critique des catégories psychiatriques vues comme des constructions socioculturelles et des produits historiques. Le DSPT, par exemple, est abordé comme un techno phénomène résultant de la confluence aussi bien du « travail » de construction induit par les pratiques nosologiques et cliniques et les technologies de recherche biomédicale que de la demande des groupes d'intérêt et des institutions qui s'en servent comme argument moral. Bref, les ressources biomédicales sont mobilisées pour construire une catégorie diagnostique sur des désordres qui, tout en se référant à des souffrances réelles, ne sont étiquetés tels que grâce à la conjoncture d'intérêts et de moyens contemporains. En fait, soutient Young (2000), les autorités médicales américaines et britanniques ne sont pas en mesure d'établir de liens directs entre des incidents, des toxines, des virus ou autres facteurs expliquant le syndrome de la guerre du Golf, par exemple. Les modèles étiologiques de tous les syndromes de stress post-traumatiques (liés à la guerre, aux antécédents d'abus physiques ou sexuels, etc.) ne peuvent être validés. Ni les modèles psychogéniques (causes psychologiques liées à l'hystérie), ni les modèles somatogéniques, ni les modèles mixtes ne sont démontrables. La portée critique de cette remise en question est lourde. À l'opposé de certains qui décèlent en Occident une épidémie d'hystérie, Young ne voit pas de liens entre le syndrome de la guerre du Golf, les désordres de personnalité multiple ou le syndrome de fatigue chronique. Par contre, ces désordres présentent un facteur étiologique commun : un syndrome de la mémoire. Une approche constructiviste de l'hystérie et du DSPT passe par une analyse de la construction sociale de la mémoire comme mécanisme de sélection par l'individu des épisodes significatifs, voire par une « grammaire de l'oubli et du souvenir » se référant aux divers processus d'oublis et de mémoire sélectifs qui guident la reconstruction, par l'individu, de ses expériences passées. Dans tous ces syndromes, il existe des historiques de l'origine des traumatismes définis comme des formes d'idéologies en tant que « comptes rendus explicatifs standardisés utilisés de routine par les cliniciens, les chercheurs, les patients et les littéraires pour traduire (réduire, simplifier, homogénéiser) le monde vécu du patient dans des patterns (généralement des séquences) interreliant causes et effets. Ils sont publiés sous la rubrique *post-traumatic stress disorder* dans le manuel diagnostique de l'American Psychiatric Association, et fournissent 1) une représentation des connexions invisibles qui sont supposées relier les circonstances visibles et les événements et 2) un plan directeur pour désigner comme

« relié au trauma » tel phénomène, ses circonstances et les événements reliés » [Notre traduction] (Young 2000 : 143).

Limites de l'anthropologie médicale critique

L'anthropologie médicale québécoise, en particulier anglophone, s'est donc engagée activement dans la critique de l'empirisme qui fonde la construction des catégories diagnostiques et des modèles étiologiques. En mettant en évidence l'influence aussi bien des postulats épistémologiques de la biomédecine que des usages sociopolitiques de ces catégorisations, elle montre que les concepts et catégories ne sont pas que ce qu'ils semblent être, qu'ils sont les produits de constructions intéressées et biaisées. Elle contribue ainsi à dépasser les approches ethno-sémantiques, herméneutiques, sémiotiques et autres formes de culturalismes qui privilégient la quête du sens que prend la maladie pour le malade, son entourage et la société, plutôt que la critique de la construction des nosographies et étiologies biomédicales. Ce constructivisme critique possède toutefois ses propres limites. Comme le rappelle Ian Hacking (1999), sans remettre en question la réalité de l'objet construit (ex : la maladie), le constructivisme est une entreprise de déconstruction du caractère « essentialiste » d'un objet. Cet objet n'est plus abordé comme déterminé par la nature des choses ; il est évitable, voire il faut travailler à l'éliminer dans les discours scientifiques.

Mais un tel déconstructivisme qui réduit la culture à des idéologies justifiant divers usages sociaux, politiques et corporatistes des objets d'études autorise-t-il une pleine prise en considération du poids de la culture ? Ne réduit-il pas la culture à une source de biais dans l'étude anthropologique de la maladie ? Les anthropologues critiques contemporains n'auraient-ils pas ainsi inventé une notion de culture pour mieux pouvoir ensuite la rejeter, comme le suggère Brightman (1995) ? En faisant référence à l'analyse faite par ce dernier de la place de la culture en anthropologie, Corin rappelle que, « par un ensemble de stratégies rhétoriques, les anthropologues critiques ont en fait adopté une conception essentialiste de la culture, caractérisant cette dernière par une série de traits opposés à ceux que valorisent actuellement les *cultural studies*... » (Corin 1998b : 14). Ne faut-il pas déplorer qu'une telle anthropologie critique « disqualifie l'idée d'une

trame symbolique supra narrative susceptible de fonder tant les relations interpersonnelles que la notion même de sujet et son rapport à l'autre » (Corin 1998b : 14-15) ? L'anthropologie québécoise est en fait préoccupée par le « travail de la culture » sur la santé, cela tout en évitant les abus des surinterprétations du constructivisme et d'une certaine anthropologie critique (qui subordonnent la culture à l'intertextualité, à la coconstruction du sens, à l'irréductibilité avec la science). À l'instar de tous ceux qui se réclament d'une herméneutique et d'un courant interprétatif, les anthropologues québécois semblent critiques envers « tout système méta interprétatif qui risque d'imposer du dehors à la réalité culturelle une structure signifiante au lieu de permettre à cette dernière de surgir d'un examen attentif des rapports des éléments culturels entre eux, au sein d'un contexte particulier » [Notre traduction] (Corin 1998a : 38).

Hacking (1999) pose une autre question de fond par rapport à certaines formes de constructivismes : ne prêtent-ils pas une voix à une rage contre la raison et à une hostilité impuissante envers la science, en particulier pour ceux qui n'en connaissent pas les rudiments ? (1999 : 97). Tel n'est évidemment pas le cas des auteurs abordés dans ce chapitre. Il reste toutefois que la critique constructiviste en anthropologie s'inscrit dans la mouvance d'une critique des prétentions scientifiques de la discipline. L'avenir de l'anthropologie de la santé passe certainement par une complémentarité entre critique des nosographies et des étiologies purement empiriste et le souci pour une analyse « scientifique » des symptômes, des causalités ou des démarches de recherche de soins. Il faudra admettre que « quelque chose peut à la fois être réel et être une construction sociale » (2001 : 98). L'anthropologie médicale aura comme défi l'appel à une anthropologie scientifique qui, dans la version ouverte et sensible aux contributions du constructivisme qu'en donnent, par exemple, Kuznar (1996) et Lett (1997), saura concilier le travail de la culture et le souci pour des recherches empiriques pouvant déboucher sur une anthropologie comparative, mais surtout sur une saine complémentarité avec les sciences biomédicales.

Divers travaux tentent une telle conciliation entre analyse des significations associées à la maladie par des populations et analyse critique de l'influence des structures sociales et politiques sur la production de la maladie, et ce, encore une fois, en vertu d'études empiriques. Ces travaux répondent plus ou moins implicitement à l'appel lancé par Bibeau (1988) pour une analyse des interfaces entre les

forces macrosociologiques qui conditionnent la structuration sémiologique de la réalité, le contexte historique et les rapports de pouvoir dans lesquels se sont développés les valeurs culturelles, de même que, les paliers intermédiaires par lesquels les codes culturels s'articulent au contexte macro-social. Un exemple des plus intéressants est l'étude menée par Bernard Roy (2002) sur le diabète dans les populations amérindiennes de l'est du Québec. À partir d'une étude de terrain classique, Roy montre de quelles façons le diabète est récupéré par la culture locale comme marqueur identitaire et symbole de l'affirmation de la différence entre Blancs et Autochtones, et ce, au point de miner la réceptivité des populations ciblées aux messages de promotion de saines habitudes alimentaires et d'activité physique. Cette lecture interprétativiste ne l'empêche pas de situer cette construction du sens à l'intérieur d'une analyse critique du colonialisme interne qui a modelé les rapports interethniques et politiques de ces populations autochtones avec la société canadienne. Dans une perspective semblable, Massé (2001 a) structure une ethnoépidémiologie de la détresse psychologique à la Martinique en tentant de concilier, dans un même modèle à trois paliers, a) une analyse ethnosémantique des catégories diagnostiques et des modèles étiologiques populaires, soit une analyse du travail de la culture locale sur les idiomes d'expression et d'explication de la maladie, b) une analyse des causes intermédiaires (chômage, changements rapides des structures familiales traditionnelles, rapports de couleur, conflits de genres, etc.) qui, au cœur de la vie quotidienne, prédisposent les Antillais à des désordres psychologiques, c) une analyse critique du contexte néocolonial contemporain qui consacre la dépendance économique et la sujétion politique des Antillais aux politiques métropolitaines françaises.

Bref, sans prétendre que l'anthropologie de la santé québécoise réussit à transcender l'opposition entre interprétation du sens et déconstruction des catégories et explications biomédicales, nous croyons qu'elle se caractérise par un souci particulier pour la combinaison, voire la réelle conjugaison des approches.

LE QUÉBEC RÉSISTE TANT BIEN QUE MAL À LA MÉDICALISATION DE L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE

[Retour à la table des matières](#)

L'anthropologie québécoise réussit-elle à éviter les pièges d'une médicalisation de l'anthropologie de la santé ? Arrive-t-elle à éviter la médicalisation insidieuse des objets et du programme de recherche induite par la science médicale, piège qualifié par Browner (1999) d'« indigénisation médicale » marquée par l'adoption du langage et des pratiques de recherche ? En dépit de sa contribution significative à une anthropologie de la complexité, préoccupée par la conjugaison d'une pluralité de méthodes et l'articulation entre les divers paliers de la réalité sanitaire, ne s'expose-t-elle pas à un désengagement à l'égard du terrain et d'une surenchère dans la production de concepts vides et de théories décontextualisées ? Le risque existe bel et bien ici à l'instar d'une anthropologie médicale anglosaxonne préoccupée par les nouvelles thématiques à la mode telles les technologies médicales, les transplantations d'organes, la thérapie génique et autres expressions d'une anthropologie de la biomédecine. L'appel pressant pour une anthropologie critique souvent assimilable à une économie politique de la santé ne légitime-t-il pas, en quelque sorte, un recentrage sur une anthropologie critique de la biomédecine, recentrage qui pose la question de sa démarcation d'avec la sociologie de la santé, la philosophie ou l'économie politique ? J'ai déjà eu l'occasion (Massé 2001 b) d'appuyer la mise en garde faite par Browner, en particulier par rapport à la tendance qu'ont plusieurs anthropologues à délaisser les terrains classiques pour une « ethnographie » de lieux tels que les hôpitaux qui réalisent les transplantations d'organes, les urgences hospitalières, les laboratoires de recherche et autres terrains institutionnels. Ce virage vers les biotechnologies, les transplantations d'organes ou les thérapies géniques comme objets de recherche appelle une méthodologie où les entrevues ouvertes et l'analyse documentaire tiennent souvent lieu de seul mode de collecte de données. Sans nier la pertinence de tels approches et objets, ne peut-on y voir une certaine expression de biomédicalisation de la discipline ?

À titre d'illustrations de ces nouvelles tendances, nous pouvons mentionner les travaux de Lock, Young et Cambrosio (2000) sur la façon dont les innovations techniques biomédicales (instrumentations scientifiques et procédures techniques) transforment les pratiques de la médecine ou encore ceux de Cambrosio et Keating (à paraître) sur les applications des techniques de la biologie moléculaire relativement au diagnostic et à la thérapie du cancer. Le Québec n'échappe pas non plus à la vague de recherche portant sur les transplantations d'organes (Lock 1989 : 2002) qui dénoncent la marchandisation des organes humains et les risques de dérives sur le plan éthique (Lock 2001), en particulier lorsque la quête du bien du malade passe par un zèle excessif dans la quête de donneurs d'organes (Lock 2000b). L'originalité anthropologique consiste ici à traiter ces organes à travers leur « vie sociale » et les multiples significations qu'ils prennent pour les divers acteurs sociaux concernés dans le système d'échange. Cette tendance s'exprime encore dans des recherches portant sur l'émergence des nouvelles représentations du corps à la lumière des avancées en génétique moléculaire et en génétique des populations en lien avec l'Alzheimer et le cancer du sein (Lock, recherches en cours), ou aux risques de dérives éthiques alimentés par le *Human Genome Diversity Project* (Lock 1999), ou encore dans les travaux récents de Bibeau (2003) sur le transgénisme, alors qu'il s'interroge sur la place qu'occupe la géno-protéomique dans la recherche en santé et à ses interfaces avec les idéologies et les politiques nationalistes au Québec.

L'ouvrage de Lock, Young et Cambrosio (2000) est très révélateur de cette médicalisation de l'anthropologie médicale. Ici, les objets d'analyse sont les technologies médicales, les innovations biomédicales et les catégories diagnostiques. L'originalité de cette démarche réside dans une nouvelle approche du concept de contexte. Les innovations biomédicales ne sont pas analysées pour elles-mêmes, comme objets décontextualisés, mais d'abord sous l'angle de leurs influences sur les pratiques des compagnies d'assurances, les systèmes publiques de santé ou les comportements des malades. De même, les laboratoires dans lesquels sont produites ces innovations, connaissances et technologies, ne sont pas abordés comme des microcosmes coupés de la société plus large qui les finance et conditionnent leurs pratiques de recherche. Ils sont analysés comme des lieux d'expression des interactions entre les chercheurs, les outils, les instruments, les ressources financières et autres éléments interreliés au sein du réseau biomédical. Toutefois, un tel

élargissement de la notion de contexte suffit-il à rendre plus anthropologique la démarche ? Suffit-il de centrer la recherche sur le processus de production des savoirs, sur la dimension « performative » de la recherche à travers la notion de réseau de chercheurs, d'organismes bailleurs de fonds, de compagnies pharmaceutiques, de patients cobayes dans les essais cliniques ? Suffit-il pour assurer le plein épanouissement de l'approche anthropologique de « changer le centre d'intérêt d'enquête du savoir vers les pratiques, [pour prétendre] effectuer le virage ethnographique en détournant l'attention vers la "culture matérielle" de la science, vers la façon dont les scientifiques font les choses, plutôt qu'en maintenant le cap sur les produits figés de ces performances »[Notre traduction] (Lock *et al.* 2000 : 8). En fait, force est de constater que l'analyse des processus de production de cette technologie biomédicale n'en risque pas moins de nous éloigner d'une véritable ethnographie des rapports humains aux technologies et d'une analyse en profondeur du point de vue des malades et des usagers envers ces technologies. Ici, l'approche ethnographique est assimilée à l'analyse des pratiques complexes et de ses réseaux, à l'observation *in situ* des interactions entre les divers acteurs humains et institutionnels. Les terrains sont désormais les laboratoires et leurs équipes de recherche. Depuis Latour, les laboratoires scientifiques ne sont-ils pas devenus les nouveaux lieux de l'exotisme ?

Globalement, l'une des difficultés auxquelles échappe mal l'anthropologie critique traitant des biotechnologies est celle du départage entre les positions idéologiques des auteurs et les données sur lesquelles repose leur critique. Trop souvent la critique est peu explicitée et sous-entendue, même si le lecteur sent très bien le parti pris en défaveur de la biomédecine et, à l'opposé, implicitement, en faveur des médecines traditionnelles ou alternatives. Rarement est-on en face d'une énonciation claire des limites ou des abus, pourtant nombreux, liés à la pratique de la biomédecine. Les méfaits en sont comme tout simplement postulés sans qu'un argumentaire soit articulé autour d'objets de critique déterminés, et encore moins autour de critères clairement établis d'évaluation. Le lecteur ressent souvent un malaise lorsqu'il tente de départager ce qui relève de la position éditoriale, des intuitions, des valeurs morales de l'auteur et ce qui relève de la démonstration fondée sur des observations. Tel est le cas, par exemple, du malaise que nous pouvons ressentir devant les positions défendues par Lock (2002) sur les rapports à la mort cérébrale au Japon et en Amérique. Cette dernière laisse largement inex-

plicités les critères sur lesquelles elle fonde ses affirmations relatives à la désocialisation de la mort et à l'acceptation de la mort cérébrale en Amérique, positions qui seraient alimentées par la surmédicalisation. Nous pouvons suivre Joralemon (1999) lorsqu'il appelle les anthropologues soucieux de s'engager dans des argumentations éthiques à aller au-delà des affirmations déclaratoires en montrant de façon systématique de quelle façon l'anthropologie peut alimenter les débats en éthique sur l'acceptabilité de certaines pratiques. Malheureusement, plusieurs publications en anthropologie médicale critique semblent faire reposer leur crédibilité sur l'engagement critique, la dénonciation et la déconstruction de leur objet de recherche, plutôt que sur une analyse systématique et appuyée de véritables données vérifiables découlant de méthodes d'analyses explicitées.

CONCLUSION

[Retour à la table des matières](#)

Cette brève incursion dans les recherches en anthropologie de la santé au Québec met en évidence ce qui nous apparaît être deux tendances significatives. La première est relative à l'ouverture des anthropologues au dialogue et aux collaborations avec les institutions publiques et les professionnels de la santé. Ouverte à la conjugaison de méthodologies diversifiées et à l'ancrage de la réflexion théorique dans des recherches empiriques, l'anthropologie québécoise démontre un souci pour l'application de ses contributions, comme l'attestent les illustrations en santé publique et en santé communautaire. Cette ouverture ne va toutefois pas sans un questionnement sur les limites de la collaboration, sur l'intégrité de la discipline et sur les risques de médicalisation d'une anthropologie d'abord préoccupée par la santé. La seconde tendance est l'ouverture à la conjugaison des approches. Tout en étant sensible à la pertinence de dépasser un culturalisme désengagé pour présenter une critique structurée des concepts, catégories et postulats de la biomédecine, plusieurs anthropologues québécois n'en reconnaissent pas moins le caractère incontournable d'une approche multidimensionnelle alimentée par les perspectives phénoménologique, sémiotique et herméneutique. La déconstruction des catégories biomédicales se conjugue ici au souci d'une compréhension du sens

de la maladie et des soins construit par les populations locales. C'est à la confluence de ces deux grandes tendances qu'émerge l'anthropologie de la santé québécoise du XXI^e siècle.

RÉFÉRENCES

[Retour à la table des matières](#)

ATLANI L., C. ROUSSEAU, C. ZAROWSKY et D. PEDERSEN, 2000, -The Politics of Culture in Humanitarian Aid to Women Refugees who Have Experienced Sexual Violence ; Rethinking Trauma-, *Transcultural Psychiatry*, XXXVII, 3 : 435-449.

BIBEAU G., 1988, « A Step Toward Thick Thinking : From Webs of Significance to Connection Saccross Dimensions », *Medical Anthropology Quaterly*, 2, 4 : 402-416.

_____, 1991, (dir.) « L'univers du sida », *Anthropologie et sociétés*, 15, 2-3.

_____, 1997, « At Work in the Fields of Public Health : The Abuse of Rationality », *Medical Anthropology Quaterly*, 11, 2 : 246-252.

2003, *Le Québec transgénique. Science, marché, nation*. Montréal, Les Éditions du Boréal.

BIBEAU G. et E. CORIN, 1994, « Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Le système de signes, de sens et d'action en santé mentale » : s.p., dans Y Breton, P. Charest et F. Trudel (éd.), *La construction de l'anthropologie québécoise : mélanges offerts à Marc-Adélar Tremblay*. Québec, PUL. Ouvrage disponible sur le web : [http://www.bibl.ulaval.ca/doelec/pul/tremblay.html], (dernière consultation, 15 janvier 2004).

BIBEAU G. et E. CORIN, 1994, « From Submission to the Text to Interpretive Violence » : 3-54, dans G. Bibeau et E. Corin (dir.), *Beyond Textuality. Ascetism and Violence in Anthropological Interpretation*. New York, Mouton de Gruyter, Belin.

BRIGHTMAN R., 1995, « Forget Culture : Replacement, Transcendence, Relexification », *Cultural Anthropology*, 10, 4 : 509-546.

BROWNER C. H., 1999, « On the Medicalization of Medical Anthropology », *Medical Anthropology Quarterly*, 13, 2 : 135-140.

CAMBROSIO A. et P. KEATING, À paraître, *Biomedical Platforms : Reproducing the Normal and the Pathological in Twentieth Century Medicine*.

CORIN E., 1990, « Facts and Meaning in Psychiatry : An anthropological Approach to the Lifeworld of Schizophrenics », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14 : 153-158.

_____, 1993, « Les détours de la raison. Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie », *Anthropologie et Sociétés*, 1-2 : 5-20.

_____, 1996, « Cultural Comments on Organic and Psychotic Disorders » : 63-69, dans J. E. Meezing, A. Kleinman, H. Babrega et D. L. Parton (dir.), *Culture and Psychiatric Diagnosis. A DSM IV Perspective*. Washington, DC., American Psychiatric Press.

_____, 1998a, « Refiguring the Person : The Dynamics of Affects and Symbols in African Spirit Possession Cult » : 80-102, dans M. Lambeck et A. Strathern (dir.), *Bodies and Persons : Comparative Perspectives from Africa and Melanesia*. Cambridge, Cambridge University Press.

_____, 1998b, « Le rapport à l'autre » : 11-58, dans S. Harel (dir.), *Résonances. Dialogues avec la psychanalyse*. Montréal, Éditions Liber.

_____, 1998c, « The Thickness of Being : Intentional Worlds, Strategies of Identity, and Experience Among Schizophrenics », *Psychiatry*, 61, 2 : 133-146.

CORIN E., BIBEAU G., MARTIN J.-C. et R. LAPLANTE, 1990, *Comprendre pour soigner autrement*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

CORIN E. et C. ROUSSEAU, 1997, « Sens et contexte dans l'étude des problèmes psychiatriques. À la recherche de nouveaux modèles », *Médecine/Sciences*, 13, 4 : 527-533.

DE KONINCK M. et F. SAILLANT, 1981, « Situation des femmes et stéréotypes chez les soignants : perspectives féministes », *Santé Mentale au Québec*, V, 2.

DE KONINCK M., F. SAILLANT F et L. DUNNIGAN, 1981, *Essai sur la santé des femmes*. Québec, Conseil du Statut de la femme.

DUFOUR R., 1988, *Femme et enfantement. Sagesse dans la culture Inuit*. Québec, Éditions Papyrus.

1989, *Prêtez-nous l'oreille. Anthropologie de l'otite moyenne chez les Inuit*. Thèse de doctorat. Département d'Anthropologie, Université Laval.

FOUGEYROLLAS P., 1995, *Le processus de production culturelle du handicap : contextes sociohistoriques du développement des connaissances dans le champ des différences corporelles et fonctionnelles*. Lac-Saint-Charles, Québec, CQCIDIH/SCCIDIH.

GAGNON É. et F. SAILLANT, 2000, *De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux*. Paris et Québec, L'Harmattan et les Presses de l'Université Laval.

GENEST S., 1978, « Introduction à l'ethnomédecine. Essai de synthèse », *Anthropologie et Sociétés*, 2, 3 : 5-28.

GODIN G., J LEVY et G. TROTTIER (dir.), 2002, *Vulnérabilités et prévention VIH/sida : enjeux contemporains*. Québec, Les Presses de l'Université Laval.

GRAVEL S. et A. BATTAGLINI, 2000, *Culture, santé et ethnicité. Vers une santé publique pluraliste*. Montréal, Régie Régionale de la santé et des services sociaux.

HACKING I., 2001 [1999], *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ?* Paris, Éditions La Découverte.

JORALENON D. 1999, *Exploring Medical Anthropology*. Allyn and Bacon. Boston and London.

KIRMAYER L.J., 1994, « Is the Concept of Mental Disorder Culturally Relative ? » : 1-20, dans S. A. Kirk et S. Einbinder, *Controversial Issues in Mental Health*. Boston, Appleton-Century-Croft.

_____, 1998, « Culture in DSM-IV », *Transcultural Psychiatry*, 35, 3 : 1-3.

KIRMAYER L. et A. YOUNG, 1998, « Culture and Somatization : Clinical, Epidemiological, and Ethnographic Perspectives », *Psychosomatic Medicine*, 60, 4 : 420-430.

KIRMAYER L., A. YOUNG et B. C. HAYTON, 1996, « The Cultural Context of Anxiety Disorders », *Psychiatric Clinics of North America*, 18, 3 : 503-521.

KIRMAYER L. et A. YOUNG, 1999, -Culture and Context in the Evolutionary

Concept of Mental Disorder -, *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3 : 446-452.

KUZNAR L., 1996, *Reclaiming a Scientific Anthropology*. London, Altamira Press.

LETT J., 1997, *Science, Reason, and Anthropology. The Principles of Rational Inquiry*. New York, Rowan and Littlefield Publishers.

LÉVY J. et A. NOUSS, 1994, *sida-fiction. Essai d'anthropologie romanesque*. Lyon, Presses Universitaires de Lyon.

LEWIS-FERNANDEZ R. et L. KIRMAYER, 1998, « A Cultural Critique of the DSM-IV Dissociative Disorders Section », *Transcultural Psychiatry*, 35, 3 : 387-400.

LOCK M., 1989, « Reaching Consensus About Death : Heart Transplants and Cultural Identity in Japan », *Society-Societe*, 13, 1 : 15-26.

_____, 1993, *Encounters with Aging. Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley, University of California Press.

_____, 1999, « The HGDP and the Politics of Bioethics », *Politics and the Life Sciences*, 18, 2 : 323-325.

_____, 2000a, « On Dying Twice : Culture, Technology and the Determination of Death » : 233-262, dans M. Lock, A. Young et A. Cambrosio, *Living and Working with the New Medical Technologies. Intersections of Inquiry*. Cambridge, Cambridge University Press.

_____, 2000b, « The Quest for Human Organs and the Violence of Zeal » : 271-295, dans V. Das., A Kleinman., M. Ramphel et P. Reynolds (dirs.), *Violence et Subjectivity*. Berkeley, California Press.

_____, 2001, « The Alienation of Body Tissue and the Biopolitics of Immortalized Cell Line », *Body-and-Society*, 7, 2-3 : 63-91.

_____, 2002, *Twice Dead : Organ Transplants and the Reinvention of Death*. Berkeley, University of California Press.

LOCK M. et G. BIBEAU, 1993, « Healthy Disputes : Some Reflections on the Practice of Medical Anthropology in Canada », *Health and Canadian Society/Santé et société canadienne*, 1, 1 : 147-175.

LOCK M., A. YOUNG et A. CAMBROSIO, 2000, *Living and Working with the New Medical Technologies. Intersections of Inquiry*. Cambridge, Cambridge University Press.

MASSÉ R., 1992, « La construction sociale et culturelle de la maltraitance », *P.R.I.S.M.E*, 3, 1 : 12-16.

_____, 1993, « Réflexions anthropologiques sur la fétichisation des méthodes en évaluation » : 209-238, dans J. Légaré et A. Demers (dir.), *L'évaluation sociale. : Savoirs, éthique, méthodes*. Montréal, Éditions du Méridien.

_____, 1995, *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Boucherville, Éditions Gaëtan Morin.

_____, 1997, « Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux », *Anthropologie et Sociétés*, 21, 1 : 53-72.

_____, 1999, « Les conditions d'une anthropologie sémiotique de la détresse psychologique », *Recherche Sémiotique/Semiotic Inquiry*, 19, 1 : 39-62.

_____, 2000, « Qualitative and Quantitative Analysis of Idioms of Distress : Complementarity or Incommensurability of Ethnosemantic, Content and Confirmatory Factor Analyses », *Qualitative Health Research*, 10, 3 : 411-423.

_____, 2001 a, « Pour une ethnoépidémiologie critique de la détresse psychologique à la Martinique », *Sciences sociales et Santé*, 19, 1 : 45-73.

_____, 2001b, « Contributions and Challenge of Medical Anthropology to Anthropology : Integration of Multiple Dimensions of Social Suffering and the Medicalization of Medical Anthropology », *Rivista della Società Italiana di antropologia medica*, 11-12 : 41-60.

_____, 2003, *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs, et normativités*. Québec, Les Presses de l'Université Laval.

MASSÉ R., C. POULIN, J. LAMBERT et C. DASSA, 1998a, « The Structure of Mental Health : Higher-Order Confirmatory Factor Analyses of Psychological Distress and Well-Being Measures », *Social Indicators Research*, 45 : 475-504.

MASSÉ R., C. POULIN, J. LAMBERT et C. DASSA, 1998b, « Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique au Québec », *Revue canadienne de santé publique*, 89, 3 : 183-189.

MURPHY H. B. M., 1974, « Differences of Mental Disorders between French Canadians and British Canadians », *Canadian Psychiatric Association Journal*, 19 : 247-253.

NGUYEN V.-K., 2002, « Sida, ONG et la politique du témoignage en Afrique de l'Ouest », *Anthropologie et Sociétés*, 26, 1 : 69-87.

NGUYEN V.K. et K. PESCHARD, 2003, « Anthropology, Inequality, and Disease : A Review », *Annual Review in Anthropology*, 32 : 447-474.

PANDOLFFI M., 2002, « "Moral Entrepreneurs", souverainetés mouvantes et barbelés. Le bio-politique dans les Balkans postcommunistes », *Anthropologie et Sociétés*, 26 : 29-51.

ROUSSEAU C., 2000, « Refugees to Our Land : Organized Violence and Social Suffering ; Les Réfugiés à notre porte : violence organisée et souffrance sociale », *Criminologie*, 33, 1 : 185-201.

ROUSSEAU C., A. DRAPEAU et R. PLATT, 2000, « Living Conditions and Emotional Profiles of Cambodian, Central American, and Quebecois Youth », *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 10 : 905-911.

ROUSSEAU C., A. MEKKI-BERRADA et S. MOREAU, 2001, « Trauma and Extended Separation from Family among Latin American and African Refugees in Montreal », *Psychiatry*, 64, 1 : 40-59.

ROUSSEAU N., F. SAILLANT et D. DESJARDINS, 1990, *Les thérapies douces au Québec : Portrait des praticiennes et praticiens*. Rapport de recherche. Centre de Recherche sur les Services Communautaires, Université Laval.

ROY B., 2002, *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère. Diabète et processus de construction identitaire : les dimensions socio-politiques du diabète chez Les Innus de Pessamit*. Québec, Les Presses de l'Université Laval.

SAILLANT F., 1985, « Le mouvement pour la santé des femmes » : 743-762, dans J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin (dir.), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*. Montréal, Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture et Presses Universitaires de Lyon. [Texte disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

1988, *Cancer et Culture. Produire le sens de la maladie*. Montréal. Éditions Saint-Martin. [En préparation dans Les Classiques des sciences sociales. JMT.]

_____, 1990a, « Se soigner en famille : les recettes de médecine populaire dans les familles québécoises du début du XXI^{ème} siècle ». Rapport de recherche. Centre de Recherche sur les Services Communautaires, Université Laval.

_____, 1990b, « Discourse, Knowledge and Experience of Cancer : A Life Story », *Culture, Medicine and Psychiatry*, XIV, 1 : 8 1-10.

_____, 1999, « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique », *Anthropologie et Sociétés*, 23, 2 : 15-39. [Texte disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

SAILLANT F., M. COGNET et M. RICHARDSON, 2005 « Représentations de l'accueil et de l'humanitaire dans les sites internet des organisations transnationales, nationales et locales reliées à l'intervention auprès des réfugiés », *Anthropologica*, sous presse.

SAILLANT F. et E. GAGNON, 1999, « Présentation. Vers une anthropologie des soins », *Anthropologie et Sociétés*, 23, 2 : 5-14. [Texte disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

SAILLANT F. et E. GAGNON, 2001, « Responsabilité pour autrui et dépendance dans la modernité avancée. Le cas de l'aide aux proches », *Lien social et Politique*, XLVI : 55-69.

SAILLANT F. et S. GENEST, 1990, « Culture et clinique », *Anthropologie et sociétés*, 14,1.

TREMBLAY M.A., 1982, « L'anthropologie de la santé en tant que représentation » : 253-274, dans F. Dumont et Y. Martin (dir.), *Imaginaire social et représentations collectives. Mélanges offerts à Jean-Charles Falardeau*. Québec, Les Presses de l'Université Laval. [Texte disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

_____, 1983, « L'anthropologie de la santé : une réponse aux innovations dans le système médical québécois », *Santé, Culture, Health*, 1, 2 : 14-42. [Texte disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

TURNER L., 1998, « An Anthropological Exploration of Contemporary Bioethics : the Varieties of Common Sense », *Journal of Medical Ethics*, 24 : 127-133.

YOUNG A., 1981, « When Rational Men Fall Sick : An Inquiry into Some Assumptions Made by Medical Anthropologists », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5, 4 : 317-335.

_____, 1990, « (Mis) applying Medical Anthropology. Multicultural Settings », *Santé, Culture, Health*, VII, 2-3 : 197-207.

_____, 1995a, « Reasons and Causes for Post-Traumatic Stress Disorder », *Transcultural Psychiatric Research Review*, 32, 3 : 287-298.

_____, 1995b, *The Harmony of Illusions : Inventing Pos-Traumatic Stress Disorder*. Princeton, Princeton University Press.

_____, 2000, « History, Hystery and Psychiatric Styles of Reasoning » : 135-162, dans M. Lock, A. Young et A. Cambrosio, *Living and Working with the New Medical Technologies. Intersections of Inquiry*. Cambridge, Cambridge University Press.

YOUNG A. et J. M. ROBBINS, 1994, « Symptom Attribution ». in Cultural Perspective *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 10 : 584-595.

Fin du texte