

306.461
M4897
1995

Médicalisation et contrôle social



Sous la direction de
Louise Bouchard
et David Cohen

ÉDITION:



Association canadienne-française
pour l'avancement des sciences

COMMANDES TÉLÉPHONIQUES:

Acfas : (514) 849-0045

Les cartes MasterCard et Visa sont acceptées.
Veuillez allouer trois semaines pour la livraison.

COMMANDES POSTALES:

Acfas : 425, rue De La Gauchetière Est
Montréal (Québec)
H2L 2M7

Télécopieur : (514) 849-5558

(les individus doivent joindre le paiement à leur commande)

DISTRIBUTION EN LIBRAIRIE:

Diffusion Prologue
1650, boul. Lionel-Bertrand
Boisbriand (Québec)
J7H 1N7

Téléphone: (514) 434-0306

Ext.: 1-800-363-2864

Télécopieur: (514) 434-2627

Ext.: 1-800-361-8088

GRAPHISME DE LA PAGE COUVERTURE:

Nathalie Proulx

© 1995 Acfas

Dépôt légal 4^e trimestre 1995
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Voir données de catalogage avant publication (CIP) au couvert III

Médicalisation et contrôle social

**Actes du colloque tenu le 17 mai 1994
à l'Université du Québec à Montréal (UQAM)**

**dans le cadre du 62^e Congrès de
l'Association canadienne-française
pour l'avancement des sciences (Acfas)**

**Sous la direction de
Louise Bouchard et David Cohen**

**Groupe de recherche sur les aspects sociaux
de la santé et de la prévention (GRASP)**



LES CAHIERS SCIENTIFIQUES

84

LE GROUPE DE RECHERCHE SUR LES ASPECTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION (GRASP)

Le groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP) regroupe depuis sa fondation en 1984 des chercheuses et chercheurs en sciences sociales dont les travaux portent sur les processus sociaux reliés à la santé.

Trois programmes de recherche définissent les activités du groupe. Un premier programme se préoccupe des stratégies et mécanismes de prise en charge de la santé-sécurité des travailleurs et travailleuses, un deuxième s'intéresse aux déterminants sociaux de la santé et de la maladie et le troisième est un programme en partenariat avec une régie régionale portant sur la régionalisation des décisions en matière de santé et de choix collectifs.

GRASP - Université de Montréal, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3J7

NOUS TENONS À REMERCIER VIVEMENT de leur collaboration à la réalisation de cet ouvrage:

-La Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal qui a subventionné en partie la publication des communications présentées à ce colloque;

-L'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS), qui a accueilli le colloque à l'occasion de son 62^e Congrès, tenu en mai 1994 à l'Université du Québec à Montréal et qui a contribué à la venue d'un conférencier américain;

-Jacqueline Bacon et Jocelyne Boivin (GRASP) qui ont collaboré au traitement des textes.

RA
418
M425
1995

TABLE DES MATIÈRES

MÉDICALISATION ET CONTRÔLE SOCIAL

Liste des auteurs

Introduction

Présentation

Louise Bouchard et David Cohen 1

Médicalisation et contrôle social

Peter Conrad 9

Médicalisation et régulation des populations

La gestion biomédicale du corps des femmes : un progrès?

Maria De Koninck 33

L'insoutenable lourdeur de l'autonomie pour les personnes âgées

Hélène David 43

Ordre et normes : la psychiatrie obligatoire

Paul Morin 67

Le communautaire dans le domaine de la santé mentale: continuité ou innovation?

Deena White et Marie-Claude Roberge 81

Médicalisation des habitudes de vie

Du plaisir au risque: "la modération a bien meilleur goût"

Andrée Demers

97

Le tabagisme : norme, déviance, maladie ou délit?

David Cohen

121

La télévision au service de la médicalisation des comportements alimentaires

Lise Dubois

133

Médicalisation et politiques de santé

Médicalisation et choix publics dans le domaine de la santé

Pierre-Gerlier Forest

147

La nécessaire transformation du regard clinique

Norbert Rodrigue

159

Conclusion

Le concept de médicalisation a-t-il toujours la même pertinence?

Marc Renaud

167

LISTE DES AUTEURS

BOUCHARD Louise

GRASP, Université de Montréal

COHEN David

GRASP, École de service social, Université de Montréal

CONRAD Peter

Department of sociology, Brandeis University

DE KONINCK Maria

Département de médecine sociale et préventive, Université Laval

DAVID Hélène

GRASP, Département de sociologie, Université de Montréal

DEMERS Andrée

GRASP, Département de sociologie, Université de Montréal

DUBOIS Lise

École de nutrition, Université Laval

FOREST Pierre-Gerlier

Département de science politique, Université Laval

MORIN Paul

Collectif de défense des droits de la Montérégie, École de service social, Université de Montréal

RENAUD Marc

GRASP, Département de sociologie, Université de Montréal

ROBERGE Marie-Claude

GRASP, Université de Montréal

RODRIGUE Norbert

Conseil de la santé et du bien-être, Ministère de la santé et des services sociaux

WHITE Deena

GRASP, Département de sociologie, Université de Montréal

L'individu dans le médium composite de l'Ilap s'élabore "normalement" épuisé, certains certains personnes médium composite bien médium favorable visée coexist

Louise Bouchard et David Cohen

PRÉSENTATION

LA MÉDICALISATION EST L'APPLICATION de concepts et technologies médicales à la compréhension et la régulation de conduites individuelles ou de phénomènes sociaux. Ce courant de recherche initié dans les années 1970, s'est surtout penché sur les processus de médicalisation de la déviance (dépendances chimiques, troubles de comportement, hyperactivité, conduites sexuelles irrégulières, etc.) et de divers aspects de la vie des femmes (reproduction, sexualité, santé). Il a produit un grand nombre de recherches heuristiques.

Depuis à peine quelques années, cependant, ce champ d'études a vu s'élargir les processus de médicalisation à des phénomènes plus "normaux" (obésité, tabagisme, ménopause, problèmes scolaires, épuisement professionnel, etc.). Il y a aussi la dialectique contraire mais certainement moindre de "démédicalisation" ou de "socialisation" de certains problèmes (utilisation de ressources "alternatives" auprès de personnes psychiatisées, déficientes, vieillissantes, etc.) où l'action médicale fait maintenant place à une action plus directe de la communauté. Enfin, plusieurs facettes de la médicalisation ne sont pas bien comprises. Par exemple, quels sont les déterminants de la médicalisation? Quelles sont les dynamiques socio-économiques qui la favorisent? Qui en profite? A-t-elle aussi des effets bénéfiques ou ne vise-t-elle qu'à pathologiser davantage de comportements? Comment coexiste la médicalisation avec d'autres formes de contrôle social?

Jusqu'à présent ces questions ont surtout été abordées par des chercheurs¹ du monde anglo-saxon et il existe très peu d'ouvrages généraux en français sur la médicalisation. Pourtant, le sujet suscite un énorme intérêt auprès des étudiants, des chercheurs, des professionnels de la santé et de l'intervention sociale et des médias. Dans cet ouvrage, nous souhaitons amener une réflexion sur la pertinence actuelle du concept de médicalisation en discutant de son application dans des domaines nouveaux ou encore peu étudiés, ou dans des domaines où nous possédons de nouvelles données ou approches d'analyse.

À travers différents exposés théoriques et études de cas, nous espérons préciser les retombées pratiques, politiques et éthiques de la médicalisation dans nos sociétés. Pour ce faire, nous nous penchons sur le phénomène sous trois grands angles. Le premier est celui de la régulation des populations, le second celui des habitudes de vie, le troisième celui des politiques de santé. En guise d'ouverture, nous reproduisons en français une version abrégée d'un article de Peter Conrad, un sociologue américain qui a largement contribué à baliser cette matière. L'article permet de faire un bilan général et à jour des recherches pour les lecteurs non initiés. Conrad examine à travers les écrits des années 1980 les concepts fondamentaux que constituent la médicalisation et le contrôle social. Il aborde différentes dimensions: l'émergence du phénomène, les définitions, les contextes, les processus, les degrés, les conséquences, les critiques et le futur de la médicalisation et de la démedicalisation. Il discute aussi des effets de la médicalisation sur la profession médicale et sur la dispensation des services de santé ainsi que des dilemmes et des lacunes de la recherche en ce domaine.

Médicalisation et régulation des populations

Dans cette section, la médicalisation est examinée à partir de populations qui ont plus particulièrement fait l'objet d'une régulation médicale, soit les femmes, les personnes âgées, les personnes souffrant de problèmes mentaux. Maria De Koninck se demande si la gestion biomédicale du corps des femmes constitue réellement un progrès. Le concept de la médicalisation est au coeur de nombreuses analyses,

¹Devant les paradoxes de la langue française et à défaut d'une formule satisfaisante dans la manière juste de représenter les genres, le masculin sera encore trop souvent utilisé comme terme générique.

critiques et revendications du mouvement de santé des femmes. Au chapitre de la vie reproductive, le glissement de la définition d'expériences normales vers une définition centrée sur le risque de pathologies a été vivement interpellé au cours des vingt dernières années. Dans un contexte social axé sur la productivité, l'évolution de la situation des femmes, conjuguée aux développements scientifiques entourant la reproduction, légitime une gestion biomédicale de plus en plus étroite du corps féminin et de ses fonctions spécifiques. Paradoxalement, de nombreuses femmes utilisent le discours biomédical pour aménager des conditions dans lesquelles elles tentent de contrer la dichotomie production/reproduction. Leurs actions peuvent-elles être interprétées comme des mécanismes d'adaptation au changement social en cours ou peut-on y voir un réaménagement des rapports production/reproduction?

Hélène David constate que le discours médicalisant principal sur les personnes âgées est d'origine étatique, auquel font écho divers propos journalistiques. Selon les circonstances, deux thèmes prédominent: le fardeau inquiétant que constituera pour la collectivité le poids grandissant des personnes âgées et la valorisation de leur autonomie. Mais ces deux thèmes sont habituellement traités sur un mode exclusif l'un de l'autre. Ceci n'est pas dû au hasard et amène l'auteure à examiner l'articulation derrière ces jugements puisqu'à première vue, il peut sembler évident qu'une plus grande autonomie soit associée à des coûts moindres en soins de santé et en services sociaux. Les locuteurs sépareraient ces deux thèmes afin d'éviter la remise en question des politiques de la vieillesse et des pratiques professionnelles et institutionnelles. Cela leur permettrait également de pouvoir conclure que la responsabilité primordiale en la matière repose sur les individus et non sur les pouvoirs publics.

Paul Morin apporte une réflexion sur les liens entre la psychiatrie et le système judiciaire. Au moment où le Québec applique, dans son nouveau Code civil, des procédures juridiques plus rigoureuses ayant trait à l'internement involontaire, l'illusion du droit apparaît manifeste. En effet, on constate que l'idéologie et l'expertise psychiatrique dans ces instances sont plus que jamais présentes. L'auteur examine les fondements et les conséquences de cette contradiction, imposée par le double mandat de la psychiatrie, soins et détention. Pour lui, cette

persistante médicalisation illustre que l'État thérapeutique ne cesse de continuer sa progression.

Deena White et Marie-Claude Roberge analysent la stratégie communautaire dans le contexte de nouvelles politiques et revendications dans le domaine de la santé mentale. Les stratégies médicales en santé ont été remises en question, les traitements ont été critiqués et l'institution a été repensée et vidée d'un grand nombre de ses résidents. On voit aujourd'hui apparaître en Occident de nouvelles stratégies dites "communautaires", reposant sur l'association et l'entraide. Les auteures argumentent que ces stratégies reflètent, malgré les apparences, l'idéologie du modèle médical et constituent encore une forme de contrôle social, lequel est d'ailleurs toujours nécessaire au bon fonctionnement d'une société. Il reste donc à se demander quels gains sociaux il résultera de ce changement.

Médicalisation des habitudes de vie

Depuis que les habitudes de vie (les attitudes et les comportements que les gens adoptent dans leurs activités quotidiennes) sont considérées comme un des déterminants de la santé, elles sont de plus en plus justifiées et encadrées médicalement. La médicalisation des habitudes de vie semble avoir énormément progressé ces dernières décennies, en particulier celles ayant trait à l'usage de l'alcool, du tabac et à l'alimentation. Mais comme elle se retrouve aux confluent de plusieurs intérêts, elle emprunte des voies multiples et complexes.

Dans cette section de l'ouvrage, Andrée Demers analyse la consommation d'alcool sous plusieurs facettes: la maladie, l'habitude, la façon de vivre, le vice... Dans les recherches sur l'alcoolisation, elle constate que le paradigme médical s'est longtemps imposé: l'alcoolisme est conceptualisé comme une maladie progressive et irréversible. Ce paradigme trouve aujourd'hui de plus en plus de détracteurs. Les limites, les ambiguïtés et les paradoxes de ce modèle sont nombreux. En effet, les travaux récents montrent que la consommation modérée d'alcool a des effets bénéfiques sur la santé; les pathologies sociales (conduites en état d'ébriété, violence, problèmes au travail, etc.) préoccupent autant que les pathologies physiologiques, même si l'institution médicale se reconnaît une responsabilité face aux problèmes d'alcoolisation, mais les médecins résistent à s'y impliquer. L'auteure fait ressortir les implications sociales

de la médicalisation des comportements et des problèmes d'alcoolisation et souligne l'apport d'une perspective sociologique dans ce domaine.

David Cohen illustre le parcours du tabagisme, d'une norme sociale acceptée en passant par la déviance, le délit et la maladie. En affirmant que le fumeur a une dépendance à la nicotine, équivalente à celle du narcomane à l'héroïne, le Rapport de 1988 du *Surgeon General* a officialisé la vision du tabagisme comme maladie. La nicotine elle-même est maintenant dispensée sur ordonnance. Ceci suit de près la transformation des attitudes envers le tabagisme – d'un passe-temps banal à une déviance, voire même un danger mortel. Cette médicalisation renforce les intérêts d'acteurs aussi différents que les compagnies pharmaceutiques, les médecins et les fumeurs récidivistes.

Le tabagisme vu comme maladie sert aussi d'argument dans un conflit politique entre les intérêts pro et antitabac, conflit dont les enjeux principaux sont la définition d'un comportement comme moralement acceptable ou illégitime et les arrangements socio-économiques construits sur cette définition.

Lise Dubois s'intéresse au rôle de la télévision dans la médicalisation des comportements alimentaires et rend compte de résultats de recherche portant sur l'analyse de trois semaines de contenu télévisuel. L'alimentation semble être le facteur de risque à la santé qui retient le plus souvent l'attention à la télévision. De tous les genres télévisuels à l'étude (informations, divertissement, publicité) se dégage un savoir d'expert présenté par les professionnels de la santé ou les journalistes scientifiques, et un savoir de sens commun présenté par les animateurs, les vedettes ou les personnages de téléroman. La télévision offre ainsi deux normes de comportement relié à l'alimentation: une norme médicale basée sur la recherche scientifique et une norme culturelle qui s'appuie sur le vécu quotidien. Elles ne sont pas toujours congruentes et créent des représentations dichotomiques où hommes et femmes, pauvres et riches, jeunes et vieux, n'ont pas un égal accès à la prévention des maladies et à la promotion de la santé par l'alimentation.

Médicalisation et politiques de santé

Comment le concept de médicalisation influence-t-il les politiques de santé? Pierre-Gerlier Forest s'interroge sur l'élaboration des

politiques et sur la gestion administrative dans le champ de la santé. Selon lui, la médicalisation ne peut rendre justice à la complexité des politiques publiques. L'emprise des médecins sur ces politiques en santé n'est pas négligeable, mais elle ne peut se développer sans la médiation de l'économie, de l'institution et des organisations d'une société. L'auteur examine la dynamique de différents acteurs dans la définition des choix publics et dans les prises de décisions en ce qui concerne, par exemple, les frontières du système de santé. Il se demande si la nouvelle communauté de décision dans ce domaine pourra toujours contribuer à l'avancée du savoir et à l'amélioration de la santé des populations.

Pour Norbert Rodrigue, il apparaît indispensable et nécessaire de transformer le regard clinique. Il est de mieux en mieux démontré que l'environnement social est un déterminant important de l'état de santé. Ces résultats conduisent à reconsidérer le rôle de la médecine et sa contribution dans l'amélioration de l'état de santé des populations. L'auteur soutient qu'en restant ancré dans la vision biomédicale de la maladie, on ne peut agir efficacement pour élaborer de réelles politiques de santé.

Pour conclure cet ouvrage, Marc Renaud nous rappelle que le processus de médicalisation constitue un des changements les plus fondamentaux des cinquante dernières années donnant à la médecine et au système médico-hospitalier une place énorme, voire même hégémonique dans notre société. C'est alors que la dichotomie "malade-non-malade" aura définitivement remplacé la dichotomie "bon-mauvais", comme la plus structurante des mentalités et des actions. La médicalisation est un des concepts fondateurs de la sociologie de la santé contemporaine, qui a permis d'encourager maintes critiques et réformes. Est-il encore aussi productif aujourd'hui? Les données ont changé, les limites de la médecine sont plus évidentes et la profession médicale risque dans l'avenir de perdre son hégémonie. L'auteur avance que la médicalisation est certes encore un enjeu important pour les sociologues, mais elle devrait être secondaire à l'étude des organisations, des communautés ou des sociétés qui favorisent la santé.

Les contributions de ce livre sont loin d'étayer toute la problématique de la médicalisation. Par exemple, nous n'avons pas illustré la médicalisation dans les lieux de travail; les nouvelles définitions de la santé et de la maladie au travail; l'immense montée de la génétique des populations; l'explosion des techniques de

reproduction; les nouveaux médicaments de l'âme. Nous n'avons pas abordé en profondeur le thème de la démedicalisation. Finalement, les analyses critiques du concept de la médicalisation auraient pu mériter une place plus importante. Ces exemples et d'autres montrent qu'il y a encore beaucoup à faire et à comprendre dans ce domaine. Puisse cet ouvrage inciter à de nouvelles connaissances et actions.

Peter Conrad

MÉDICALISATION ET CONTRÔLE SOCIAL¹

LA MÉDICALISATION DÉSIGNE UN PROCESSUS par lequel on en vient à définir et à traiter des problèmes non-médicaux comme des problèmes médicaux, habituellement en les qualifiant de maladies ou de troubles. Cet article discute les travaux de sociologues, d'anthropologues, d'historiens, de médecins et autres qui ont écrit sur la médicalisation. L'accent est mis sur les travaux publiés après 1980, une compilation d'ouvrages antérieurs étant disponible ailleurs (voir Conrad et Schneider 1980a).

L'émergence de la médicalisation

Au cours des années 70, le terme médicalisation s'est glissé dans la littérature des sciences sociales. Bien que signifiant littéralement "rendre médical", il a peu à peu pris un sens plus large et plus subtil. Le mot a été utilisé davantage dans le contexte d'une critique de la médicalisation (ou de la surmédicalisation) que comme une expression neutre signalant simplement qu'une chose est devenue médicale.

Les premiers à attirer l'attention sur la médicalisation furent les critiques de la psychiatrie, domaine en pleine expansion, bien qu'ils n'utilisèrent pas ce terme (voir Szasz, 1963). Pitts (1968), Freidson (1970) et Zola (1972) ont présenté les premières études de la médicalisation et

¹Ce texte est un abrégé d'un article de Peter Conrad: *Medicalization and Social Control*, *Annu.Rev.Sociol.* 1992, 18:209-32. Il a été traduit par Jacqueline Bacon, David Cohen et Louise Bouchard et révisé par Janet Cleveland. Reproduit avec la permission de Annual Review Inc.

du contrôle social médical. Ils puisèrent leur inspiration à des sources aussi différentes que Parsons (1951) et la théorie de l'étiquetage (*labeling*). Parsons fut probablement le premier à conceptualiser la médecine comme une institution qui exerce un contrôle social, notamment en décrivant comment le "rôle" de malade pouvait conditionnellement légitimer cette forme de déviance que l'on appelle la maladie. Freidson et Zola ont en partie basé leurs conceptions sur le constructivisme social naissant, intimement lié à la perspective du *labeling* ou de la réaction sociétale, en vogue à l'époque.

Plusieurs études de cas du phénomène de la médicalisation de la déviance furent publiées au cours des années 70: Conrad (1975) sur l'hyperactivité chez les enfants, Scull (1975) sur la maladie mentale, Pfohl (1977) sur les sévices à l'égard des enfants et Schneider (1978) sur l'alcoolisme en tant que maladie. D'autres études ont analysé le passage du non-médical au médical sur le plan des définitions et des traitements, sans nécessairement utiliser le cadre conceptuel de la médicalisation (Foucault 1965, Gusfield 1967, Wertz et Wertz 1989). Illich (1976) a introduit le concept de "la médicalisation de la vie" dans sa critique sur la médecine, critique qui a eu une grande influence par la suite. Ainsi, lorsque Conrad et Schneider (1980a) écrivaient *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, ils pouvaient déjà s'appuyer sur une littérature étoffée.

Si l'on a beaucoup écrit sur la médicalisation, la définition de ce concept n'a pas toujours été clairement exprimée. La plupart des auteurs conviennent que la médicalisation désigne le processus par lequel des problèmes humains deviennent du ressort de la profession médicale, ainsi que les conséquences de ce phénomène, mais diffèrent quant à leur vision du processus. Une des définitions les plus simples fut proposée par Zola (1983:295): la médicalisation est "un processus par lequel de plus en plus d'aspects de la vie quotidienne sont passés sous l'empire, l'influence et la supervision de la médecine." (notre traduction). Dans un de ses premiers énoncés à ce sujet, Conrad (1975:12) décrit la médicalisation comme le fait de "définir un certain comportement comme étant un problème médical ou une maladie et de donner à la profession médicale le mandat ou l'autorité de pourvoir à son traitement." (notre traduction). Bien qu'utiles, ces définitions supposent que le problème doive nécessairement devenir du ressort de la profession médicale; dans certains cas, toutefois, la profession

médicale n'est que marginalement ou pas du tout impliquée (ex., l'alcoolisme). Ceci a entraîné une certaine confusion sur ce que signifie la démedicalisation.

L'enjeu clé de la médicalisation est celui de la définition. La médicalisation, c'est définir un problème en termes médicaux, utiliser le langage médical pour décrire un problème, se servir d'un cadre médical pour le comprendre ou se servir d'une intervention médicale pour le "traiter". C'est un processus socioculturel qui peut ou non impliquer la profession médicale, conduire au contrôle social médical ou au traitement médical, ou découler d'une volonté consciente de la profession médicale d'étendre son empire. La médicalisation survient lorsqu'un cadre ou une définition médicale est employé pour comprendre ou gérer un problème, tout autant dans le cas de l'épilepsie que dans celui du "trouble dysphorique de l'identité sexuelle" (transsexualité). Les études sur la médicalisation ont surtout mis l'accent sur des cas où des problèmes qui n'avaient jamais été considérés comme médicaux ont été médicalisés (et où la médicalisation était souvent jugée inappropriée). Toutefois, il y a lieu de parler de médicalisation dans tous les cas où en vient à définir des problèmes en termes médicaux.

Bien que l'enjeu de la définition demeure central, un cadre conceptuel plus large aide à clarifier le sens de la médicalisation (Conrad & Schneider 1980b). La médicalisation peut survenir à au moins trois niveaux: conceptuel, institutionnel et interactionnel. Au niveau conceptuel, un vocabulaire (ou modèle) médical est utilisé pour définir ou "mettre en ordre" un problème donné; cela peut être le fait d'un nombre restreint de professionnels médicaux et des traitements médicaux ne sont pas nécessairement prodigués. Au niveau institutionnel, un organisme qui s'occupe d'un problème particulier peut adopter une approche médicale pour le traiter. Les médecins peuvent avoir pour fonction de contrôler l'accès à certains bénéfices, tenus pour légitimes dans la mesure où l'organisme adopte une définition et une approche médicales face à certains problèmes, alors que le travail quotidien routinier est accompli par du personnel non-médical. Au niveau interactionnel, les médecins eux-mêmes sont plus directement impliqués. La médicalisation fait ici partie de l'interaction médecin-patient, lorsqu'un médecin définit un problème comme étant médical (pose un diagnostic médical) ou traite un problème "social" en

appliquant un traitement médical (ex. prescrit des tranquillisants pour pallier à des difficultés familiales). En somme, la médicalisation est un processus global de définition qui n'implique pas forcément la participation directe des médecins et de leurs traitements, bien que ce soit souvent le cas. L'empressement à appliquer, accepter ou rejeter les définitions médicales peut varier selon les sous-cultures, les groupes ou les individus. (Cornwell 1984).

Le concept de la médicalisation a fait l'objet de critiques tant globales que spécifiques. Les critiques globales affirment que les auteurs exagèrent l'étendue de la médicalisation et soulignent que de nombreux facteurs viennent y mettre un frein (Fox 1977, Strong 1979). Les critiques spécifiques portent plus directement sur la validité conceptuelle des études de cas (Woolgar & Pawluch 1985, Bury 1986). Le cadre théorique qui sous-tend ces études est une forme de constructivisme social (Spector & Kitsuse 1977, Schneider 1985), bien que cela ne soit pas explicitement énoncé dans tous les écrits. En résumé, ce cadre présente la réalité et le savoir comme des "constructions sociales" façonnées par les êtres humains, et met entre parenthèses la présomption qu'il existe a priori une quelconque réalité "objective" à découvrir. Dans cette perspective, ces études sur la médicalisation documentent la "découverte" historique d'un problème médical, en portant une attention toute particulière à qui a dit quoi, quand, comment et avec quelles conséquences. Ces études s'appuient sur un examen de la littérature professionnelle, les événements et les revendications des groupes intéressés (Spector & Kitsuse 1977). Fait à noter, certaines études ne prétendent pas qu'un diagnostic médical soit une simple construction sociale, mais analysent plutôt comment le problème est entré dans le champ médical.

On reproche parfois aux études sur la médicalisation de vouloir substituer un modèle social au modèle médical (Whalen & Henker 1977). Cette critique est fallacieuse: ce sont plutôt les critiques qui mettent l'accent sur la question de la causalité. Presque toutes les études sur la médicalisation laissent en suspens la question de la cause du comportement ou de la condition étudiée et se concentrent plutôt sur le processus de qualification d'un problème comme médical. En d'autres termes, les chercheurs se sont beaucoup plus intéressés à l'étiologie des définitions qu'à celle du comportement ou de la condition (Conrad 1977). D'ailleurs, cela constitue peut-être une des lacunes de la

recherche dans ce domaine; les chercheurs ont proposé peu d'alternatives viables à l'approche médicalisée à des problèmes comme l'alcoolisme (Roman 1980b).

La médicalisation a touché autant les comportements déviants que les "processus naturels de la vie". Les exemples de déviance médicalisée incluent la folie, l'alcoolisme, l'homosexualité, la dépendance aux opiacés, l'hyperactivité et les difficultés d'apprentissage chez les enfants, les troubles alimentaires (de l'obésité à l'anorexie), les sévices infligés aux enfants, le jeu compulsif, l'infertilité et le transsexualisme, parmi d'autres. Les processus naturels de la vie qui ont été médicalisés incluent la sexualité, l'accouchement, le développement des enfants, les syndromes prémenstruels, la ménopause, le vieillissement et la mort. L'origine et les conséquences de la médicalisation de chacun de ces problèmes diffèrent, mais les enjeux soulevés se ressemblent.

Les contextes de la médicalisation

Depuis longtemps, les auteurs ont attiré l'attention sur les facteurs sociaux favorisant la médicalisation: le recul de la religion; une foi inébranlable dans la science, la rationalité et le progrès; le pouvoir et le prestige accrus de la profession médicale; le penchant américain pour des solutions individuelles et technologiques aux problèmes; et une tendance humanitaire généralisée dans les sociétés occidentales. Ces facteurs n'expliquent pas entièrement la croissance de la médicalisation durant notre siècle, mais ils en constituent le contexte. Les sociologues se sont penchés sur deux de ces aspects contextuels: la sécularisation et le changement du statut de la profession médicale.

La sécularisation

Plusieurs auteurs ont affirmé que la médecine a "écarté" (Zola 1972) ou "remplacé" (Turner 1984, 1987) la religion comme institution dominante de contrôle social et porte-étendard de l'idéologie morale des sociétés modernes. Diverses conditions ont été transformées de péché en crime en maladie. En termes weberiens, ce phénomène est une partie intégrante du processus de rationalisation des sociétés (Turner 1984). En bref, la sécularisation conduirait à la médicalisation. Quelques preuves récentes, surtout apportées par les historiens sociaux,

supportent cette proposition (voir aussi Clarke 1984). Par exemple, Brumberg (1988:7) conçoit l'anorexie comme une sorte de salut profane:

"Du point de vue de l'historien, l'anorexie mentale apparaît comme une dépendance (*addiction*) profane à une nouvelle sorte de perfectionnisme, un perfectionnisme qui lie le salut personnel au fait d'atteindre une certaine configuration corporelle externe plutôt qu'un état spirituel intérieur."

Les réactions sociales au suicide ont été sécularisées au dix-huitième siècle à cause d'un affaiblissement généralisée de la croyance aux pouvoirs diaboliques et sans que les médecins y soient pour quelque chose. Selon McDonald (1989), le suicide a été médicalisé plus ou moins par défaut. Pour sa part, la médicalisation de l'homosexualité est due en partie au désir d'atténuer les sanctions religieuses et judiciaires sévères: si l'homosexualité est héréditaire, ce comportement déviant n'est plus un acte volontaire (Conrad & Schneider 1980a:181-85, mais voir également Greenberg 1988:406-11). Traditionnellement, l'infertilité était perçue comme relevant de la volonté divine, comme en témoignent les figurines votives de fertilité que l'on retrouve partout au monde; de nos jours, elle est entièrement sous juridiction médicale (Rothman 1989, Greil 1991).

On présume souvent que les groupes religieux résistent automatiquement à la sécularisation et à la médicalisation parce qu'elles risquent de miner leur sphère d'influence théologique. Dans un article récent, Bull (1990) remet en question cette prémisse en citant l'exemple de l'Église Adventiste du Septième Jour, qui a réussi à exercer une certaine influence dans le champ médical. Ce groupe "fait la promotion de la sécularisation en s'opposant farouchement au rôle public de la religion" (p. 225) en même temps qu'il "manie un instrument efficace et dynamique pour défendre et étendre la réglementation médicale de la société" (p. 256) à travers ses règles et doctrines concernant la santé (notre traduction). Les Adventistes encouragent donc la sécularisation et la médicalisation plutôt que d'en subir les contrecoups.

Dans les faits, le rapport entre la médicalisation et les groupes religieux marginaux est plutôt ambivalent. D'une part, la

médicalisation a été utilisée pour neutraliser les sectes, particulièrement sous prétexte de traiter les membres victimes de "lavage de cerveau" (Robbins & Anthony 1982). D'autre part, des sectes "guérisseuses", que l'on retrouve surtout parmi les classes sociales les plus démunies, ont épousé la vision médicale. Les symboles de certaines sectes guérisseuses latino-américaines fusionnent le pouvoir guérisseur de la religion et celui de la médecine moderne en basant leurs croyances et leurs offices religieux sur une imagerie représentant certains médecins comme des saints médicaux (Low 1988).

S'il est vrai que la médecine tend de manière significative à supplanter la religion comme point de repère moral, il reste que l'interface entre la médecine et la religion est plus complexe que ne laisse supposer une simple thèse de sécularisation.

La profession médicale, la pédiatrie et la médicalisation

"L'impérialisme médical" ne constitue pas l'explication principale de la médicalisation (Zola 1972, Conrad & Schneider, 1980b). Toutefois, l'organisation et la structure de la profession médicale ont un impact important. La position dominante de la médecine en termes professionnels et le monopole dont elle jouit ont certainement contribué de manière significative au fait que la médecine affirme sa compétence sur à peu près tout ce qui peut se ranger sous les étiquettes de la "santé" ou de la "maladie" (Freidson 1970:251). Il est à souhaiter qu'il y ait plus d'études sur l'effet des changements énormes dans l'organisation de la médecine au cours des deux dernières décennies sur la médicalisation et, réciproquement, sur les effets de la médicalisation sur la profession médicale (Schneider & Conrad 1980).

Bien qu'il soit difficile de prédire les changements futurs, une étude fouillée d'un exemple historique peut être éclairante.

Dans un article assez provocateur, Pawluch (1983) montre comment, dans un environnement social en changement, les pédiatres ont été capables de modifier leurs orientations afin de conserver leur clientèle. En raison de l'amélioration des conditions de vie, des mesures de santé publique et de la vaccination préventive, les pédiatres trouvaient de moins en moins d'enfants malades à soigner. Selon Pawluch, les pédiatres ont surmonté cette crise professionnelle en modifiant leur champ d'intervention, devenant d'abord des experts de

la nutrition infantile puis, plus récemment, des troubles de comportement. Cette nouvelle "pédiatrie behaviorale" maintient la domination médicale des pédiatres en élargissant leur champ d'intervention, conduisant à la médicalisation d'un ensemble de problèmes psychosociaux des enfants.

Halpern (1990) conteste quelques-unes des interprétations de Pawluch. Elle maintient que c'est le caractère de plus en plus routinier de l'intervention pédiatrique, plutôt qu'un déclin de la clientèle, qui a été à l'origine de la pédiatrie behaviorale. Aux yeux des pédiatres frais émoulus, les consultations en clinique externe paraissaient routinières et ennuyantes (Halpern 1990:30). La "nouvelle pédiatrie" a permis aux généralistes académiques de se tailler une place dans les écoles de médecine dominées par des super spécialistes et de rendre plus stimulantes leur formation et leur pratique clinique. Halpern affirme que la médicalisation en pédiatrie est survenue davantage aux niveaux conceptuel et institutionnel qu'au niveau interactionnel du traitement des patients (Conrad & Schneider 1980b).

Que ce soit l'hypothèse de Halpern ou celle de Pawluch qui soit la mieux fondée, ou encore une combinaison des deux, comme le laisse entendre Halpern (1990:35), il est clair que la médicalisation résulte en partie des dynamiques intraprofessionnelles qui sous-tendent l'émergence de la pédiatrie behaviorale. L'hyperactivité (Conrad 1975, 1976) et les difficultés d'apprentissage (Carrier 1983, Erchak & Rosenfeld 1989) sont d'autres exemples de la médicalisation croissante des problèmes de comportement chez les enfants.

Le contrôle social médical

Le contrôle social est un concept central en sociologie. La plupart des sociétés ont développé des modalités thérapeutiques de contrôle social (Horwitz 1991), surtout lorsque l'individualisme est très valorisé. Durkheim (1893/1933) distingue le contrôle répressif du contrôle restitutoire, considérant le dernier comme plus caractéristique des sociétés complexes. Parsons (1951) a été le premier à conceptualiser la fonction de contrôle social de la médecine lorsqu'il a dépeint la maladie comme une déviance, avec la médecine et le "rôle de malade" comme les mécanismes de contrôle social appropriés. Les premiers analystes (Pitts 1968, Zola 1972) avançaient que le contrôle social médical remplacerait

probablement d'autres formes de contrôle. Bien que cette prédiction ne se soit pas vérifiée, on peut soutenir que le contrôle social médical a continué à étendre son empire. Plusieurs définitions du contrôle social médical ont été proposées (Pitts 1968, Zola 1972, Conrad 1979, O'Neill 1986), mais quand on parle de médicalisation, "le plus grand pouvoir de contrôle social repose sur le fait d'avoir l'autorité de définir des comportements, des personnes et des choses" (Conrad & Schneider 1980a:8) (notre traduction). En somme, l'enjeu clé demeure celui de la définition: le pouvoir de faire en sorte qu'un ensemble particulier de définitions (médicales) se concrétise en esprit et en pratique.

Il ne s'agit pas de prétendre que le contrôle social médical ne soit pas exercé par la profession médicale (c'est généralement le cas) ou qu'il ne s'appuie pas sur de puissantes formes de technologie médicale (c'est souvent le cas). Il s'agit simplement de constater que si la médicalisation n'agit pas au niveau de la définition de la réalité, le contrôle social médical perd de sa légitimité et devient plus difficile à accomplir. Le développement d'une technique de contrôle social médical (par exemple, un médicament) peut précéder la médicalisation d'un problème, mais pour que celle-ci se réalise, il faut formuler une définition médicale (Conrad 1975). Il est plus courant de voir la médicalisation précéder le contrôle social médical.

Dans son analyse de la médicalisation de la déviance, Conrad (1979) distingue trois types de contrôle social médical: l'idéologie, la collaboration et la technologie médicales. L'idéologie médicale impose un modèle médical principalement à cause des bénéfices sociaux et idéologiques qui en découlent. Dans la collaboration médicale, les médecins agissent comme sources d'information, comme personnes contrôlant l'accès à des bénéfices, comme agents de l'institution et comme techniciens. Quant à la technologie médicale, comme son nom l'indique, elle consiste à utiliser diverses technologies médicales, plus spécialement les médicaments, la chirurgie, le dépistage génétique ou autres, comme formes de contrôle social. Bien que ces catégories se chevauchent, elles nous permettent de distinguer différents types de contrôle social médical. Il reste peut-être que la forme la plus commune soit le bulletin du médecin ou rapport médical (Halleck 1971), que ce soit pour expliquer une absence scolaire, fonder le droit à une indemnité pour invalidité, ou même déterminer la validité d'une défense d'aliénation mentale.

Nous pouvons ajouter une quatrième catégorie: la surveillance médicale. Foucault (1973, 1977) montre que dans cette forme de contrôle social médical certains états ou comportements en viennent à être assujettis à un "regard médical", autorisant ainsi les médecins à s'immiscer dans toute intervention relative à ces états. L'exemple classique est celui de l'accouchement, qui, en dépit de toutes les innovations depuis deux décennies (Wertz & Wertz 1989), demeure fermement sous surveillance médicale. Ce qui plus est, la surveillance médicale de l'obstétrique s'étend maintenant aux habitudes de vie pendant la grossesse, à l'infertilité et à l'interaction avec les nouveau-nés (Arney 1982).

Des développements significatifs en rapport avec le contrôle social médical sont survenus au cours de la dernière décennie. Au niveau de l'idéologie, le syndrome prémenstruel (SPM) a émergé comme explication de divers types de déviance féminine (Reissman 1983). Au niveau de la collaboration, plusieurs employeurs ont implanté des "programmes d'assistance aux employés" (PAE) (Roman 1980a, Sonnenstuhl 1986) ainsi que des programmes de dépistage de consommation de drogues (Walsh et al 1992) et du SIDA. Dans ces deux derniers cas, il s'agit de stratégies de dépistage (identification) médical, et dans le cas des PAE, d'intervention médicale. Parmi les autres formes de contrôle médical technologique étudiées récemment par des sociologues, signalons les implants péniliens pour les troubles sexuels fonctionnels chez les hommes (Teifer 1986), les traitements hormonaux et chirurgicaux du transsexualisme (Billing & Urban 1982), le dépistage génétique (Hubbard & Henifin 1985) et le recours à des substances chimiques pour exécuter la peine de mort (Haines 1989).

La technologie et la collaboration médicales peuvent aboutir à des résultats mortifères. Le cas le plus troublant (et horrifiant) de contrôle médical est celui de la collaboration entre les médecins allemands et les nazis à des fins de génocide, incluant la formulation et la mise en oeuvre d'une politique d'élimination de personnes "génétiquement déficientes" (Lifton 1986, Proctor 1988). Cela inclut également la participation médicale technologique aux tueries dans les camps de concentration sous le couvert d'interventions médicales (Lifton, 1986). Heureusement, le contrôle social médical ne prend pas souvent des formes aussi diaboliques ou meurtrières, mais le cas des médecins nazis exemplifie l'usage abusif et destructeur du contrôle social médical.

Malgré quarante ans de recherche et de théorisation sur le contrôle social médical, très peu d'études l'ont comparé aux autres formes de contrôle social, ou ont examiné comment l'expansion du contrôle médical s'inscrit dans le contexte d'un contrôle social en mutation. De telles études comparatives nécessiteraient soit des données historiques ou transversales et vraisemblablement une forme quelconque d'analyse quantitative.

Toutefois, le contrôle social s'exerce rarement de manière unidimensionnelle. Comme plusieurs chercheurs l'ont remarqué, les mutations du contrôle social peuvent être cycliques et sont également sujettes à changement (Conrad & Schneider, 1980a). Peyrot (1984) nous rappelle que les nouvelles approches cliniques ne suppléent pas toujours aux formes plus anciennes de contrôle social. Ainsi, la dépendance aux drogues continue à être du ressort des tribunaux criminels en dépit de sa médicalisation (voir aussi Johnson & Waletzko 1991). D'autres entités hybrides "médico-légales" se retrouvent dans des champs comme la toxicomanie, la conduite en état d'ébriété et le jeu compulsif.

Les degrés de médicalisation

Il est plutôt rare qu'un domaine soit intégralement médicalisé: quelques dimensions peuvent ne pas être médicalisées, des définitions contradictoires peuvent exister ou des vestiges de définitions anciennes peuvent compliquer le portrait. Ainsi, il est plus juste de voir la médicalisation comme une question de degré que comme un absolu. Certaines conditions sont presque complètement médicalisées (ex. la mort, l'accouchement), d'autres, partiellement (ex. la dépendance aux opiacés, la ménopause), et d'autres encore, très peu (ex. la compulsivité sexuelle, la violence conjugale). Nous ne comprenons toujours pas bien quels facteurs déterminent les degrés de médicalisation. Des facteurs comme l'appui de la profession médicale, l'accès à des interventions et traitements, l'existence de définitions concurrentes, la couverture par un régime d'assurance-maladie et l'intervention de groupes s'opposant à la médicalisation jouent certainement un rôle significatif.

Deux exemples illustrent plusieurs de ces enjeux. Certains ont prétendu que la violence conjugale est un problème médical (Goodstein & Page 1981), mais en fait elle est très peu médicalisée (Kurtz 1987). Ceci est d'autant plus remarquable dans la mesure où la violence envers les

enfants a été beaucoup plus médicalisée (Pfohl 1977). Dans ce cas, l'existence de définitions concurrentes, l'"appropriation" du problème (Gusfield 1981) et l'absence de soutien médical semblent être déterminants. La définition dominante de la violence conjugale est féministe plutôt que médicale; le mouvement féministe s'est fait le champion de la lutte contre ce problème, prenant les devants au niveau de son "traitement" (refuges pour femmes battues); on pourrait dire que ce mouvement s'est "approprié" le problème (voir Tierney 1982, Wharton 1987). Le deuxième exemple concerne la ménopause: il est largement reconnu qu'elle a été médicalisée sur le plan conceptuel (MacPherson 1981, Bell 1990). Les données provenant d'un sondage auprès d'un échantillon représentatif des patientes canadiennes montrent cependant que le recours aux hormones pour traiter les "symptômes" est relativement rare (Kaufert & Gilbert 1986). La médicalisation peut donc être inégale; au niveau de l'interaction médecin-patient, la ménopause ne semble pas être fortement médicalisée alors qu'au niveau conceptuel, elle l'est certainement.

Un autre facteur qui influence le degré de médicalisation est le caractère plus ou moins extensible de la catégorie médicale. Certaines catégories sont étroites et bien circonscrites alors que d'autres sont susceptibles de prendre de l'expansion et d'englober divers autres problèmes. À l'origine, l'hyperactivité ne s'appliquait qu'aux enfants très turbulents, impulsifs et distraits (surtout les garçons). Maintenant appelé "trouble déficitaire de l'attention" (TDA), le diagnostic s'est élargi pour inclure des adolescents, des adultes et des filles hypoactives (Wender 1987). L'étiquetage et le traitement du TDA augmentent, en dépit du fait -- ou peut-être en raison du fait -- qu'il y a de nombreux indices que le TDA est une catégorie mal construite (Rubinstein & Brown 1984). Une étude a montré que le taux de traitement du TDA chez les enfants a doublé tous les quatre à sept ans, de sorte que 6% des élèves au primaire recevaient une médication stimulante en 1987 (Safer & Krager, 1988). Les taux ont grimpé plus rapidement au secondaire qu'au primaire.

La maladie d'Alzheimer constitue un autre cas notable. Bien que certains auteurs ne se réfèrent pas au cadre de la médicalisation (Gubrium 1986, Fox 1989), il demeure clair ce que l'on appelait autrefois sénilité est maintenant devenue une catégorie plus large et plus inclusive (Halpert 1983). La maladie d'Alzheimer fut, à une certaine

époque, considérée comme un syndrome obscur; elle est maintenant une des cinq premières causes de mortalité aux États-Unis. Pour comprendre ce changement conceptuel, Fox (1989) souligne l'exclusion de "l'âge" comme critère diagnostique, ce qui élimina la distinction entre la maladie d'Alzheimer et la démence sénile. Ceci a eu pour effet d'augmenter considérablement les cas potentiels de maladie d'Alzheimer en incluant les cas de démence sénile au-dessus de 60 ans. Le déclin de la capacité cognitive est maintenant vu comme le résultat d'une maladie spécifique plutôt qu'un aspect inévitable du vieillissement. Certains auteurs ont suggéré qu'une définition aussi large de la maladie d'Alzheimer a rétréci notre conception du processus normal de vieillissement (Robertson 1990), en plus d'occulter les déterminants sociaux du déclin cognitif (Lyman 1989).

L'alcoolisme est un exemple d'expansion de catégorie. Depuis quelques années, la médicalisation englobe les membres des familles d'alcooliques en les qualifiant de facilitateurs, de codépendants et d'"enfants adultes d'alcooliques" (Lichtenstein 1988). En milieu de travail, les "programmes industriels contre l'alcoolisme" se sont élargis pour devenir des Programmes d'Aide aux Employés, qui se sont élargis à leur tour au point de constituer des programmes de santé émotionnelle, visant notamment la toxicomanie, le tabagisme, les problèmes familiaux et les dilemmes professionnels (Sonnenstuhl 1986, Conrad & Walsh 1992). Cela peut découler en partie du caractère quelque peu "trouble" du concept de maladie, qui le rend plutôt malléable et extensible (Roman & Blum 1991).

L'étendue de la médicalisation

Les publications des années 1980 ont fait état de la médicalisation de nombreuses formes de déviance et de processus naturels de la vie. Les études de la dernière décennie ont examiné tout particulièrement l'ampleur de la médicalisation dans la vie des femmes: les femmes battues, les déviances au niveau de l'identité sexuelle, l'obésité, l'anorexie et la boulimie ainsi que de nombreux enjeux liés à la reproduction comme l'accouchement, la contraception, l'infertilité, l'avortement, la ménopause et le SPM. Comme le note Reissman (1983), pour des raisons complexes il se peut que les femmes soient plus vulnérables à la médicalisation que les hommes. Quoi qu'il en soit, il est

très clair que les processus naturels de vie des femmes, notamment ceux liés à la reproduction, sont plus susceptibles d'être médicalisés que ceux des hommes et que le sexe est un facteur dont il faut tenir compte dans toute analyse de la médicalisation.

Il existe également de nombreuses recherches sur la médicalisation du vieillissement. Selon Zola (1991), il y a une convergence croissante entre les enjeux du vieillissement et du handicap. En vieillissant, la plupart des gens développent des infirmités; d'autre part, la plupart des personnes handicapées vont aussi vieillir. Compte tenu des tendances démographiques actuelles aux États-Unis à l'aube du 21^e siècle et du fait que l'assurance-maladie ne couvre que des problèmes "médicaux", il y a tout lieu de croire que la médicalisation du vieillissement s'accentuera. Et comme la majorité des personnes âgées sont des femmes, la convergence entre les enjeux de vieillissement et de sexe risque de se maintenir.

Un des traits caractéristiques de la médicalisation est la définition médicale de problèmes auparavant considérés comme non-médicaux. Par conséquent, lorsque certains comportements sont déclarés être des facteurs de risque contribuant au développement de problèmes déjà clairement reconnus comme étant de nature biomédicale, il ne s'agit pas d'un processus de médicalisation. Il existe en effet une certaine confusion à ce sujet, particulièrement en rapport avec l'importance accordée à la santé et la forme physique ces dernières années (ex. Crawford 1980). Au cours des années 80, on a fait la promotion d'activités "pro-santé" et de "mieux-être", alléguant qu'elles amélioreraient la santé individuelle et réduisaient les risques de maladies. Ainsi, l'on affirmait que de ne pas fumer, avoir un régime à faible teneur en cholestérol et faire de l'exercice physique pouvaient réduire le risque des maladies cardiaques. La promotion de la santé peut certainement créer une "nouvelle moralité de la santé" (Becker 1986), reposant sur la responsabilité individuelle (et sur la modification des habitudes de vie), mais cela ne constitue pas pour autant une nouvelle médicalisation de l'exercice ou du régime alimentaire. Bien que le processus ressemble à celui de la médicalisation dans la mesure où il fusionne des préoccupations comportementales et médicales, il y a plutôt lieu de le conceptualiser comme un phénomène de "santé-isation". Dans le cas de la médicalisation, des définitions et des traitements médicaux sont proposés en réponse à des phénomènes qui étaient jusqu'alors

considérés comme des problèmes sociaux ou des événements naturels; dans la santé-isation, des définitions sociales ou comportementales sont mises de l'avant en rapport avec des problèmes auparavant définis en termes biomédicaux (ex. les maladies cardio-vasculaires). La médicalisation propose des causes et des interventions biomédicales; la santé-isation propose des causes et des interventions axées sur le mode de vie et sur le comportement. L'une transforme la morale en médical, l'autre transforme la santé en morale (Conrad 1987).

Alors que les interventions médicales sont habituellement jugées en fonction de leur efficacité, les conséquences sociales de la médicalisation existent indépendamment de la validité des définitions médicales ou de l'efficacité des traitements utilisés.

De nombreux auteurs ont décrit les conséquences de la médicalisation. Conrad & Schneider (1980a:245-52) les partagent en "bonnes" et "mauvaises" et, comme la plupart des sociologues, mettent l'accent sur le côté néfaste: présomption de la neutralité morale de la médecine, domination des experts, individualisation des problèmes sociaux, dépolitisation des motifs du comportement, déplacement de la responsabilité, utilisation de technologies médicales puissantes et "l'exclusion du mal". En fait, la critique de la médicalisation reflète la préoccupation sociologique fondamentale face à la tendance du modèle médicale à décontextualiser les problèmes sociaux et, parallèlement, à les placer sous tutelle médicale. Ce processus individualise des problèmes qui, autrement, auraient pu être perçus comme des problèmes sociaux collectifs.

La démedicalisation

La médicalisation est un processus bidirectionnel, impliquant aussi dans certains cas une démedicalisation. Au 19^e siècle, la masturbation était considérée comme une maladie et faisait l'objet d'interventions médicales (Engelhardt 1974). Au 20^e siècle, elle n'est plus définie comme un problème médical et ne fait plus l'objet de ces traitements. Pour certains auteurs, le recours à un personnel paramédical (par ex. les sage-femmes, les infirmières) pour remplacer les médecins représente une démedicalisation (Fox 1977, Strong 1979). Toutefois, il ne faut pas confondre démedicalisation et déprofessionalisation. La démedicalisation ne survient que lorsqu'un problème n'est plus défini en

termes médicaux et que des traitements médicaux ne sont plus privilégiés. Ainsi, par exemple, on pourrait parler de démedicalisation si l'accouchement était défini comme un événement familial auquel participent des aidants non-professionnels, si l'alcoolisme était vu comme un problème d'éducation, ou si la ménopause était de nouveau considérée comme un événement naturel de la vie face auquel toute intervention médicale est inappropriée.

Dans la société américaine, l'exemple classique de la démedicalisation reste l'homosexualité. En réponse aux protestations du mouvement de libération gai (appuyé par quelques alliés psychiatres), l'Association américaine de psychiatrie a voté officiellement en 1973 pour que l'homosexualité ne soit plus classée (i.e. incluse dans le DSM-III) comme une maladie. Ceci constitua au moins une démedicalisation symbolique (Conrad & Schneider 1980a, Bayer 1981). Ici, la politisation d'un problème médicalisé a suscité un conflit qui a abouti à la démedicalisation. Bien que certains auteurs affirment que le lesbianisme n'a pas encore été démedicalisé (Stevens & Hall 1991), de nos jours il semble évident que l'homosexualité est considérée comme un mode de vie au moins aussi souvent que comme une maladie. Toutefois, l'émergence du SIDA aurait conduit à une remédicalisation partielle de l'homosexualité, bien que sous une autre forme (Murray & Payne, 1985).

Étant donné l'envergure et le pouvoir de la médecine, la démedicalisation ne survient habituellement que lorsqu'un mouvement organisé conteste les définitions et le contrôle médical. D'autres facteurs peuvent également favoriser la démedicalisation, dont certaines innovations technologiques. À titre d'exemple, on peut citer les tests de grossesse auto-administrés, ou encore l'insémination artificielle à l'aide d'un ustensile qui sert habituellement à arroser une dinde. De même, la vogue récente de l'auto-santé gruge le contrôle de la médecine. Les changements au niveau des politiques gouvernementales, des budgets consacrés à la santé ou de l'étendue de la couverture des régimes d'assurance publiques ou privés peuvent également influencer sur la démedicalisation. Cependant, nous n'avons pas suffisamment d'études sur ce phénomène. Ainsi, au cours des années 80, de nouvelles politiques gouvernementales ont eu pour effet de réduire les soins psychiatriques offerts aux personnes souffrant de maladies mentales. Leurs problèmes sont toujours définis en termes

médicaux, mais on ne s'occupe pas de leurs besoins. Des problèmes peuvent donc demeurer médicalisés alors même qu'il ne font plus l'objet de traitements ni de soins. La clé de la médicalisation et de la démedicalisation demeure donc la manière de définir un problème et le genre d'intervention préconisé. Les études indiquent que la tendance vers la médicalisation prédomine nettement sur celle vers la démedicalisation, mais il importe néanmoins de retenir que le processus va dans les deux sens.

La recherche interculturelle

La plupart des études sur la médicalisation ont été réalisées dans le contexte américain. Il n'est pas clair si ceci découle du fait que la médicalisation est plus avancée dans cette société ou si les autres sociétés n'ont pas encore fait l'objet d'études adéquates.

Peu d'études comparatives ont porté spécifiquement sur la médicalisation. Une exception d'importance est la recherche de Lock, qui montre qu'au Japon, la ménopause est moins médicalisée qu'en Amérique du Nord (Lock 1986) mais que le vieillissement l'est de plus en plus (Lock 1984, 1987). Dans une autre optique, Kleinman (1988) décrit comment, en Chine, les patients qui souffrent d'insomnie, de manque d'énergie et d'anhédonie sont diagnostiqués comme neurasthéniques; il suggère que dans un contexte occidental, la plupart seraient diagnostiqués comme souffrant d'un trouble dépressif majeur (1988:13). En Chine, le diagnostic est physique, tandis qu'en Amérique du Nord, il est psychiatrique. Toutefois, en dépit des différences sur le plan du diagnostic et du traitement, le découragement chronique est médicalisé dans les deux sociétés.

Étant donné la position dominante qu'occupe la biomédecine occidentale sur la scène mondiale, il faut s'attendre à la diffusion de ses catégories conceptuelles aux sociétés non-occidentales. Il serait donc très utile d'entreprendre des études comparatives de la médicalisation entre sociétés et cultures pour mieux comprendre (1) comment diverses sociétés non-occidentales conceptualisent des problèmes qui, en Occident, sont médicalisés et (2) le processus de diffusion et d'exportation de concepts et de traitements médicalisés vers d'autres sociétés.

L'avenir de la médicalisation

Dans ce texte, nous avons évoqué plusieurs thèmes importants dans la recherche sur la médicalisation. Nous voudrions maintenant signaler quelques éléments indispensables à l'approfondissement de notre compréhension de la médicalisation et de la démedicalisation.

La médecine, aux États-Unis, est en mutation. L'autorité médicale est sur son déclin (Starr 1982); les médecins sont de plus en plus des employés (McKinlay & Stoeckle 1988). Les corporations exercent plus de pouvoir, notamment en tant que preneurs de polices d'assurance collectives et "payeurs" de services de santé. Quels impacts ces changements fondamentaux ont-ils sur la médicalisation? Quel est l'impact du démantèlement de l'État providence (et des coupures qui en découlent)? Cela engendrera-t-il une redéfinition axée sur le "mal" plutôt que sur la maladie?

Quelle est le rapport entre l'infrastructure économique des soins de santé et la médicalisation? Quel est l'effet des coûts sans cesse croissants des soins de santé et, en contrepartie, les politiques visant à endiguer cette croissance? Tout ceci alimente-t-il ou freine-t-il la médicalisation et comment? Il serait sans doute utile de faire des études comparatives des systèmes de santé d'autres pays industrialisés pour mieux cerner ces questions.

Peu d'auteurs ont examiné l'influence du SIDA sur la médicalisation. Cette épidémie a certainement un impact sur la définition et le traitement de l'homosexualité et probablement sur ceux de la dépendance aux drogues, mais nous en savons peu de chose. Par exemple, quel sera l'effet des tests de dépistage du SIDA au niveau de l'extension de la surveillance médicale?

S'il est vrai que certains cas particuliers, tel l'obésité et le "syndrome de fatigue chronique", n'ont pas encore été étudiés à fond, nous croyons qu'il faut dépasser l'accumulation d'études de cas pour rechercher plus attentivement les causes de la médicalisation. Il faudra notamment déceler des dimensions de la médicalisation qui sont restés insoupçonnées jusqu'à présent, et aussi développer un cadre théorique mieux intégré.

Quelques sujets demandent une attention particulière. Après presque deux décennies de recherches, nous savons pourtant bien peu de choses sur l'étendue de la médicalisation. Nous avons déjà souligné

que la ménopause, par exemple, est davantage médicalisée sur le plan conceptuel que pratique. Nous avons maintenant besoin de quantifier l'étendue de la médicalisation de différents problèmes et d'en analyser les variations. En particulier, il y aurait lieu d'effectuer plus de comparaisons empiriques entre le contrôle social médical et d'autres formes de contrôle social.

En somme, la médicalisation reste un champ fertile pour la recherche et l'analyse sociologiques. Peut-être faut-il maintenant se concentrer sur les structures qui sous-tendent la médicalisation, compte tenu des changements dans l'organisation de la médecine et dans les connaissances sur les déterminants de la santé, et d'étendre notre regard aux dimensions inter culturelles de la médicalisation.

Références bibliographiques

- Arney, W.R. (1982). *Power and the Profession of Obstetrics*. Chicago: Univ. Chicago.
- Bayer, R. (1981). *Homosexuality and American Psychiatry: The Politics of Diagnosis*. New York: Basic.
- Becker, M. (1986). The tyranny of health promotion. *Public Health Review*, 14, 15-25.
- Bell, S.E. (1990). Sociological perspectives on the medicalization of menopause. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 592, 173-178.
- Billings, B.B. et Urban, T. (1982). The sociomedical construction of transexualism: an interpretation and critique. *Social Problems*, 29, 266-282.
- Brumberg, J.J. (1988). *Fasting Girls: The Emergence of Anorexia Nervosa as a Modern Disease*. Cambridge: Harvard Univ. Press.
- Bull, M. (1990). Secularization and medicalization. *British Journal of Sociology*, 41, 245-261.
- Bury, M.R. (1986). Social constructionism and the development of medical sociology. *Social Health and Illness*, 8, 137-169.
- Carrier, J.G. (1983). Masking the social in educational knowledge: the case of learning disability theory. *American Journal of Sociology*, 88, 948-974.
- Clarke, J.N. (1984). Medicalization and secularization in selected English Canadian fiction. *Social Science and Medicine*, 18, 205-210.
- Conrad, P. (1975). The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, 23, 12-21.
- Conrad, P. (1976). *Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior*. Lexington, MA: D.C. Heath.

- Conrad, P. (1977). Medicalization, etiology and hyperactivity: a reply to Whalen and Henker. *Social Problems*, 24, 596-298.
- Conrad, P. (1979). Types of medical social control. *Sociology of Health and Illness*, 1, 1-11.
- Conrad, P. (1987). Wellness in the workplace: potentials and pitfalls of worksite health promotion. *Milbank Quarterly*, 65, 255-275.
- Conrad, P. et Schneider, J. (1980a). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. St-Louis: Mosby.
- Conrad, P. et Schneider, J. (1980b). Looking at levels of medicalization: a comment of Strong's critique of the thesis of medical imperialism. *Social Science and Medicine*, 14A, 75-79.
- Conrad, P. et Walsh, D.C. (1992). The new corporate health ethic: lifestyle and the social control of work. *International Journal of Health Services*, 22, 89-111.
- Cornwell, J. (1984). *Hard-Earned Lives: Accounts of Health and Illness in East London*. New York: Tavistock.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10, 365-388.
- Durkheim, E. (1933). *The Division of Labor in Society*. New York: Free Press (Originally published 1893).
- Engelhardt, H.T. (1974). The disease of masturbation: values and the concept of disease. *Bulletin of the History of Medicine*, 48, 234-248.
- Erchak, G.M. et Rosenfeld, R. (1989). Learning disabilities, dyslexia, and the medicalization of the classroom. In Best, J. (ed.) *Images of Issues* (pp.79-97). New York: Aldine de Gruyter.
- Foucault, M. (1965). *Madness and Civilization*. New York: Random.
- Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic*. New York: Vintage.
- Foucault, M. (1977). *Discipline and Punish*. New York: Random.
- Fox, P. (1989). From senility to Alzheimer's Disease: the rise of the Alzheimer's Disease movement. *Milbank Quarterly*, 67, 58-101.
- Fox, R.C. (1977). The medicalization and demedicalization of American society. *Daedalus*, 106, 9-22.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine*. New York: Dodd, Mead.
- Goodstein, R.K. et Page, A.W. (1981). Battered wife syndrome: overview of dynamics and treatment. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1036-1044.
- Greenberg, D.F. (1988). *The Construction of Homosexuality*. Chicago: Univ. Chicago Press.
- Greil, A. (1991). *Not Yet Pregnant: Infertile Couples in Contemporary America*. New Brunswick, NJ: Rutgers Univ. Press.
- Gubrium, J.F. (1986). *Oldtimers and Alzheimers*. Greenwich, CT: JAI.
- Gusfield, J.R. (1967). Moral passage: the symbolic process in the public designations of deviance. *Social Problems*, 15, 175-188.
- Gusfield, J.R. (1981). *The Culture of Public Problems: Drinking-Driving and the Symbolic Order*. Chicago: Univ. Chicago Press.

- Haines, H. (1989). Primum non nocere: chemical execution and the limits of medical social control. *Social Problems*, 36, 442-454.
- Halleck, S.L. (1971). *The Politics of Therapy*. New York: Science House.
- Halpern, S.A. (1990). Medicalization as a professional process: postwar trends in pediatrics. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 28-42.
- Halpert, B.P. (1983). Development of the term "senility" as a medical diagnosis. *Minnesota Medicine*, 421-424.
- Horwitz, A.V. (1991). *The Logic of Social Control*. New York: Plenum.
- Hubbard, R. et Henifin, M.S. (1985). Genetic screening of perspective parents and workers: scientific and social issues. *International Journal of Health Services*, 15, 231-244.
- Illich, I. (1976). *Medical Nemesis*. New York: Pantheon.
- Johnson, J.M. et Waletzko, L. (1991). Drugs and crime: a study in the medicalization of crime control. *Perspectives on Social Problems*, 3, 197-220.
- Kaufert, P.A. et Gilbert, P. (1986). Women, menopause, and medicalization. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 10, 7-21.
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. New York: Free Press.
- Kurtz, D. (1987). Emergency department responses to battered women: resistance to medicalization. *Social Problems*, 34, 69-81.
- Lichtenstein, M. (1988). Co-dependency: the construction of a new disease.. Pres. Annu. Meet. East. Sociol. Soc., Philadelphia, PA.
- Lifton, R.J. (1986). *Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*. New York: Basic.
- Lock, M. (1984). Licorice in leviathan: the medicalization of the care of the Japanese elderly. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 8, 121-139.
- Lock, M. (1986). Ambiguities of aging: Japanese experience and acceptance of menopause. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 10, 23-46.
- Lock, M. (1987). Protests of a good wife and wise mother: the medicalization of distress in Japan. In Norbeck, E. et Lock, M. (eds) *Health, Illness and Medical Care in Japan* (pp. 130-157). Honolulu: Univ. Hawaii Press.
- Low, S.M. (1988). The medicalization of healing cults in Latin America. *American Ethnologist*, 15, 136-154.
- Lyman, K.A. (1989). Bringing the social back in: a critique of the medicalization of dementia. *The Gerontologist*, 29, 597-605.
- MacPherson, K.I. (1981). Menopause as a disease: the social construction of a metaphor. *Advances in Nursing Sciences*, 3, 95-113.
- McDonald, M. (1989). The medicalization of suicide in England: laymen, physicians, and cultural change. *Milbank Quarterly*, 67 (Suppl.), 1, 69-91.
- McKinlay, J.B. et Stoeckle, J. (1988). Corporatization and the social transformation of doctoring. *International Journal of Health Services*, 18, 191-205.

- Murray, S.O. et Payne, K.W. (1985). *The Remedicalization of homophobia: scientific evidence and the San Francisco bath decision*. Pres. Annu. Meet. Soc. Study Soc. Probl. Washington, DC
- O'Neill, J. (1986). The medicalization of social control. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 23, 350-364.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: Free Press.
- Pawluch, D. (1983). Transitions in pediatrics: a segmental analysis. *Social Problems*, 30, 449-465.
- Peyrot, M. (1984). Cycles of social problem development. *Sociological Quarterly*, 25, 83-96.
- Pfohl, S.J. (1977). The "discovery" of child abuse. *Social Problems*, 24, 310-323.
- Pitts, J. (1968). Social control: the concept. In Sills, D. (ed.) *International Encyclopedia of Social Sciences* (Vol. 14). New York: Macmillan.
- Proctor, R. (1988). *Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis*. Cambridge: Harvard Univ. Press.
- Reissman, C.K. (1983). Women and medicalization: a new perspective. *Social Policy*, 14(Summer), 3-18.
- Robbins, T. et Anthony, D. (1982). Deprogramming, brainwashing and the medicalization of deviant religious groups. *Social Problems*, 29, 266-282.
- Robertson, A. (1990). The politics of Alzheimer's Disease: a case study in apocalyptic demography. *International Journal of Health Services*, 20, 429-442.
- Roman, P. (1980a). Medicalization and social control in the workplace: prospects for the 1980s. *Journal of Applied Behavioral Science*, 16, 407-23.
- Roman, P. (1980b). Alternatives to the medicalization of deviant behavior. *Psychiatry*, 43, 168-174.
- Roman, P. et Blum, T. (1991). The medicalized conception of alcohol related problems: some social sources and some social consequences of murkiness and confusion. In Pittman, D. et White, H. (ed.) *Society, Culture and Drinking Patterns Reexamined* (pp. 753-774). New Brunswick, NJ: Rutgers Univ. Press.
- Rothman, B.K. (1989). *Recreating Motherhood: Ideology and Technology in a Patriarchal Society*. New York: Norton.
- Rubinstein, R.A., et Brown, R.T. (1984). An evaluation of the validity of the diagnostic category of Attention Deficit Disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 398-414.
- Safer, D.J. et Krager, J.M. (1988). A survey of medication treatments for hyperactive/inattentive students. *Journal of the American Medical Association*, 260, 2256-2259.
- Schneider, J.W. (1978). Deviant drinking as a disease: deviant drinking as a social accomplishment. *Social Problems*, 25, 361-372.
- Schneider, J.W. (1985). Social problems theory: the constructionist view. *Annual Review of Sociology*, 11, 209-229.

- Schneider, J.W. et Conrad, P. (1980).. The medical control of deviance: contests and consequences. In Roth, I.A. (ed.) *Research in the Sociology of Health Care*, Vol. 1, (pp. 1-53). Greenwich, CT: JAI.
- Scull, A.T. (1975). From madness to mental illness: medical men as moral entrepreneurs. *European Journal of Sociology*, 16,, 218-261.
- Sonnenstuhl, W.J. (1986). *Inside an Emotional Health Program*. Ithaca, NY: ILR Press.
- Spector, M. et Kitsuse, J.I. (1977). *Constructing Social Problems*. Melo Park, CA: Cummings.
- Starr, P. (1982). *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic.
- Stevens, P.E. et Hall, J.M. (1991). A critical historical analysis of the medical construction of lesbianism. *International Journal of Health Services.*, 21, 291-308.
- Strong, P.M. (1979). Sociological imperialism and the profession of medicine: a critical examination of the thesis of medical imperialism. *Social Science and Medicine*, 13A, 199-215.
- Szasz, T. (1963). *Law, Liberty and Psychiatry*. New York: Macmillan.
- Tierney, K.J. (1982). The battered women movement and the creation of the wife abuse problem. *Social Problems*, 29, 207-220.
- Teifer, L. (1986). In pursuit of the perfect penis: the medicalization of male sexuality. *American Behavioral Scientist*, 29, 579-599.
- Turner, B.S. (1984). *The Body and Society*. Oxford: Basil Blackwell.
- Turner, B.S. (1987). *Medical Power and Social Knowledge*. Newbury Park, CA: Sage.
- Walsh, D.C., Elinson, L. et Gostin, L. (1992). Worksite drug testing. *Annual Review of Public Health*, 13.
- Wender, P. (1987). *The Hyperactive Child, Adolescent and Adult*. New York: Oxford.
- Wertz, R. et Wertz, D. (1989). *Lying In: A History of Childbirth in America*. (Expanded edition) New Haven: Yale Univ. Press.
- Whalen, C.K. et Henker, B. (1977). The pitfalls of politicization: a response to Conrad's "The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior". *Social Problems*, 24, 583-595.
- Wharton C.S. (1987). Establishing shelters for battered women: local manifestations of a social movement. *Qualitative Sociology*, 10, 146-163.
- Woolgar, S. et Pawluch, D. (1985). Ontological gerrymandering: the anatomy of social problems explanations. *Social Problems*, 32, 214-227.
- Zola, I.K. (1972). Medicine as a institution of social control. *Sociological Review*. 20, 487-504.
- Zola, I.K. (1983). *Socio-Medical Inquiries*. Philadelphia: Temple Univ. Press.
- Zola, I.K. (1991). The medicalization of aging and disability. In *Advances in Medical Sociology* (pp. 299-315). Greenwich, CT: JAI.

Maria De Koninck

LA GESTION BIOMÉDICALE DU CORPS DES FEMMES: UN PROGRÈS?

J'AI SOUVENT, EN TANT QUE SOCIOLOGUE ET CHERCHEUSE FÉMINISTE, fait appel au concept de médicalisation. En effet, j'ai longtemps considéré que ce concept était utile pour décrire l'évolution de la définition des expériences physiques, psychologiques et sociales des femmes, notamment en ce qui concerne la reproduction. Par médicalisation, j'entends la définition médicale d'un événement et, par là, la légitimation de la médecine comme principale intervenante pour encadrer cet événement. La médicalisation, comme processus de construction sociale des rapports de sexe, est un thème privilégié par plusieurs critiques féministes. Les interventions de la médecine, institution considérée comme dominante et patriarcale, a fait l'objet de nombreuses analyses et publications (De Koninck, Saillant, Dunnigan, 1981; Ehrenreich et English, 1972; Guyon et Simard et Nadeau, 1981). J'ai toutefois mis ce concept de côté lors d'une recherche réalisée il y a quelques années axée sur la pratique de la césarienne (De Koninck, 1988). Le concept me semblait trop limité au médical, occultant ainsi la dynamique sociale sous-jacente à l'évolution de la définition et de l'encadrement des expériences vécues par les femmes. On avait, en effet, donné à ce concept au fil des analyses, un contenu dans lequel une catégorie d'acteurs, l'institution médicale et les médecins, jouaient un rôle actif alors que l'autre catégorie d'acteurs, en l'occurrence d'actrices, les femmes, n'étaient en quelque sorte que des victimes. La

recherche sur la césarienne réalisée auprès de femmes et de médecins, m'a amenée à voir les choses différemment et à privilégier l'utilisation d'un concept plus large, celui de la normalisation d'une pratique médicale dans un contexte de changement social. La vision binaire médecin/profane, qui découle d'une interprétation des rapports sociaux selon une analyse des rapports de pouvoir ne peut, en effet, expliquer dans toute sa complexité la médicalisation des expériences de vie des femmes, ces dernières ayant largement participé à cette construction.

L'objectif du présent exposé est de contribuer à une meilleure appréhension de la complexité des rapports sociaux qui fondent les pratiques que je qualifie de gestion biomédicale du corps des femmes. Ces pratiques découlent d'un processus d'intériorisation par les femmes de la médicalisation.

La gestion biomédicale du corps

La situation actuelle de l'encadrement des expériences féminines est la suivante: la gestion biomédicale est devenue une composante essentielle du rapport des femmes à leur corps. Par gestion biomédicale j'entends l'adhésion à la définition biomédicale de la spécificité biologique des femmes et le contrôle biomédical des événements liés à cette spécificité. La définition biomédicale des expériences vécues par les femmes est observable dans plusieurs domaines mais, c'est d'abord et avant tout dans celui de la reproduction qu'elle prend tout son sens. Cette définition des expériences reproductives fait en sorte qu'elles sont considérées comme 1) porteuses de risques de pathologie et 2) en rupture avec l'ordre social lui-même médicalement défini. En voici quelques illustrations.

Le cycle menstruel

L'expérience des menstruations est devenue, dans les sociétés modernes, une expérience plus proche de la pathologie que de la normalité, au-delà des transformations suscitées par les effets des changements socio-économiques (alimentation, fécondité etc.).

On récuse aujourd'hui le recours à l'argument du cycle menstruel pour expliquer des comportements plus ou moins "normaux" de la part des femmes, comme on y a déjà recouru pour justifier des "crises de

nerfs" et même des meurtres (Spiegel et Spiegel, 1992). En revanche, le syndrome prémenstruel, médicalement diagnostiqué, se substitue à cette façon de voir (Chrisler et Levy, 1990). Cela ne modifie pas l'essence de la perception, notamment sa dimension pathologique mais lui fournit une interprétation légitime, puisqu'il s'agit dorénavant d'un problème médical qui peut, croit-on, être traité. La gestion biomédicale du cycle menstruel permet d'exercer un contrôle sur un pseudo désordre et surtout sur les possibilités d'entraves à la vie réglée. À signaler ici, l'expérience des jeunes femmes dont la puberté devient la porte d'entrée vers des risques de pathologie et vers la prise en charge médicale de ces derniers, plutôt que vers un potentiel reproducteur.

La fécondité

Nul besoin d'être expert en sémiologie pour relever le caractère médical des éléments clés du discours sur la fécondité qui font maintenant partie du langage quotidien: risques de grossesses, comportements à risques, relations non protégées etc. D'ailleurs, l'analogie qu'on peut faire entre le discours sur la fécondité contrôlée et la protection contre les maladies sexuellement transmissibles est très éloquente.

La gestion biomédicale de la fécondité ne souffre pas de comparaison avec une approche dite "douce", c'est-à-dire en harmonie avec le cycle naturel ou qui fait appel à la collaboration (apparemment utopique) des partenaires masculins. Il est également significatif que chaque nouvelle méthode contraceptive représente un pas de plus vers un meilleur contrôle de l'efficacité (entendons par là également l'absence totale d'interdépendance entre les partenaires) et de la durée de la "protection".

Le taux actuel d'avortements est aussi éloquent¹. Plusieurs hypothèses peuvent être soulevées pour en expliquer l'importance, entre autres, celle d'une autre approche de la reproduction.

¹Selon les données de Statistiques Canada (1993), le taux d'avortement au Québec en 1991 était de 23.5 pour 100 naissances vivantes.

La grossesse

C'est, bien sûr, concernant les événements liés à la grossesse et à l'accouchement qu'on a le mieux analysé la prise en charge médicale de la vie reproductive. Les études dans le domaine prolifèrent (Quénart, 1987; Saillant et O'Neil, 1987). Au Québec, l'interminable bataille menée par les sages-femmes pour la reconnaissance de leur pratique, qui se veut un contre-pied à la pratique médicale est également bien connue.

C'est d'ailleurs autour de ces mêmes événements que s'est amorcé le processus de prise en charge médicale de la reproduction. C'est aussi à partir de là qu'on peut comprendre l'adhésion des femmes à cette prise en charge, laquelle en fait des actrices dans son évolution. Les femmes ont voulu, par le recours à la médecine, réduire leurs probabilités de mourir en donnant la vie et restreindre les douleurs qui sont associées à la mise au monde de leurs enfants. Voici quelques-unes des dimensions de la gestion de ces événements.

Le contrôle prénatal

La progression du contrôle prénatal est bien documentée (Oakley, 1984). Ce contrôle s'exerce par un suivi médical et un ensemble de prescriptions dont le respect est assuré dans le quotidien par des profanes, relais du discours médical auprès des femmes². Les femmes enceintes sont des "femmes sous surveillance". L'évolution de la conception de la femme enceinte vers celle de la femme porteuse de fœtus ainsi que l'évolution du statut de ce dernier découlent de la prise en charge médicale. Ce thème peut faire l'objet d'une discussion en soi; limitons-nous ici à souligner le déplacement de la préoccupation des femmes axée sur leur propre survie vers celle de la survie de leur enfant et enfin vers la production d'un enfant parfait (De Koninck, 1988).

Le fait que les médecins n'aient pas à imposer aux femmes le diagnostic prénatal, est une illustration probante de la gestion biomédicale du devenir de l'expérience de la grossesse. Rappelons que ce diagnostic peut résulter dans la décision d'un avortement sélectif si on note la présence de certains désordres, de ruptures avec la

²Un bon exemple de ce contrôle par des profanes est celui de l'intolérance manifestée à l'égard de femmes enceintes qui fument que ce soit par leur entourage immédiat, leur entourage professionnel ou même par des étrangers dans les lieux publics.

normalité, (elle-même en évolution). L'adhésion des femmes à cette pratique repose, à l'origine, sur des questions de sécurité (De Koninck, 1988). Mais, aujourd'hui, la question n'en est plus uniquement là; les femmes comme les hommes cherchent à respecter les normes. S'emmêlent ici, la sécurité, la planification, les attentes sociales et les contingences quotidiennes de vies bien réglées...

Une autre problématique, qui mérite d'être mentionnée, est celle du programme du retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite, mesure visant à éviter que les travailleuses, au moment d'une grossesse, ne soient placées dans des conditions dangereuses pour elles ou les enfants qu'elles portent. L'évolution de l'application de cette mesure constitue en quelque sorte une épopée (Malenfant, 1993); son application la plus fréquente consiste à retirer les femmes du marché du travail. Il s'agit, là encore, de la gestion biomédicale d'une expérience reproductive. L'expertise dans le domaine est médicale. Dans ce cas-ci, on dépasse le risque considéré comme inhérent à la grossesse et le risque comportemental présumé, pour aller jusqu'au risque environnemental. Sans contester le bien-fondé de cette mesure, on peut mettre en évidence la complémentarité de la prise en charge médicale des femmes enceintes au travail avec celle de l'expérience de la grossesse. Or, les femmes ont été et sont actives dans l'évolution de l'application du retrait préventif. Au-delà des diverses interprétations qui ont cours, à savoir que les femmes en abusent etc., il faut reconnaître qu'il s'agit, de la part de ces dernières, d'une stratégie de conformité aux recommandations médicales et autres concernant leur état. Le retrait du marché du travail est cohérent avec l'attitude attendue des femmes en réponse à l'ensemble des prescriptions cherchant à les responsabiliser pour leurs comportements. De plus, cette mesure permet d'aménager les fonctions de reproduction et de production à l'aide de mécanismes légitimes relevant de la médecine.

Le retrait de la femme enceinte du marché du travail confirme par ailleurs l'existence d'une certaine incompatibilité entre l'expérience reproductive et les activités liées à la production. Cette incompatibilité est sanctionnée par une évaluation médicale et si dans ce cas, ce n'est pas la femme elle-même qui est porteuse de risques, elle n'en est pas moins vulnérable et médicalement "protégée".

L'accouchement

L'accouchement est l'acte des femmes, acte naturel s'il en est un mais, parfois, porteur de dérèglements. Ce dernier aspect caractérise maintenant l'accouchement: on est plus ou moins à risque. La pathologie s'est substituée à la normalité comme premier critère d'évaluation de l'expérience.

La mise au monde d'un enfant présente le danger de sa propre mort; le don de vie est aussi le don des limites de cette vie. Les femmes le savent et l'ont toujours su. C'est pour contrôler ce danger qu'elles ont eu recours à la médecine et qu'elles y ont toujours recours. L'ampleur des interventions d'aujourd'hui dépasse toutefois les questions de survie. Les glissements sont multiples et d'autres préoccupations se sont introduites: l'enfant parfait par exemple.

Dans le contrôle prénatal et l'accouchement médicalisé se retrouvent les fondements sociaux permettant le développement des nouvelles technologies de reproduction. Ces technologies ne représentent qu'un prolongement des interventions médicales déjà bien ancrées. Le développement tend vers le contrôle total de l'ensemble du processus de reproduction, qui fait reculer la contribution du corps. Le corps reproducteur disparaît pour céder la place à la procréation technologique.

La ménopause

La gestion biomédicale de la ménopause est un phénomène plus récent dont la progression s'explique notamment par le vieillissement de la population. À ce facteur s'ajoutent, ici aussi, les activités des femmes sur le marché du travail, contexte favorisant la recherche d'un contrôle sur l'expérience lorsqu'elle risque d'être en rupture avec l'ordre établi. Cette rupture est-elle inhérente à la biologie féminine ou ne s'agit-il pas plutôt d'une construction culturelle (Lock, 1993)? Les perspectives du côté pharmaceutique suggèrent que les failles du corps féminin vieillissant n'ont pas fini d'être étayées...

Ces exemples tiennent presque de la caricature, c'est voulu. Mais ils illustrent une certaine réalité vécue par les femmes de notre société.

L'adhésion des femmes

Les connaissances et les pratiques médicales ont amélioré les expériences des femmes sur plusieurs plans, notamment en ce qui concerne la survie aux couches. Mais, elles se sont aussi imposées comme lecture, comme interprétation et comme façon de contrôler des expériences féminines. Et cela a été possible parce qu'elles sont en cohérence avec nos pratiques sociales et parce que les femmes ont adhéré et adhèrent, tout au moins partiellement, à l'hégémonie médicale.

Les fondements idéologiques de l'évolution observée sont les suivants: contrôler la nature, ses lacunes, ses faiblesses et mieux produire. Ce n'est pas le lieu pour effectuer un retour sur le développement de la pensée et des interventions mécanistes et technologiques dans le domaine de la reproduction mais, rappelons que la situation actuelle a des racines socioculturelles et idéologiques qui remontent loin dans le temps. Mon hypothèse est que les femmes cherchent à exercer un contrôle sur leur vie et leur devenir et que ce contrôle emprunte la voie de la définition et de la gestion biomédicale du corps et de leurs expériences. Elles y voient donc un moyen d'améliorer leur condition. Et, les succès du biomédical, notamment dans le domaine du contrôle de la fécondité, sont dans les faits partie prenante à l'amélioration du statut socio-économique des femmes.

Les femmes ont effectivement progressé sur le plan social même si ce n'est pas de façon linéaire, ni universelle ni satisfaisante. Ne serait-ce que sur le plan du développement de leur potentiel, on constate de nombreux acquis. Or, cela tient en partie à l'exercice d'un contrôle sur le potentiel procréateur et à la survie aux couches. Ce sont selon moi les deux éléments clés sur lesquels repose l'adhésion des femmes aux pratiques médicales concernant leur vie reproductive.

Ces éléments sont loin d'être mineurs. Ils témoignent de la progression de la médecine, mais ils témoignent aussi de la combativité manifestée par les femmes pour améliorer leurs conditions. Elles se sont battues pour pouvoir "gérer" leur fécondité et elles se sont battues pour survivre à leurs accouchements. La dynamique sociale qui a pavé la voie à la gestion biomédicale de la vie reproductive des femmes et in extenso de l'ensemble des événements liés à leur spécificité est en partie la résultante de leurs actions pour améliorer leur sort. De plus, la gestion

biomédicale permet, au-delà de la survie et de souffrances amoindries, la conformité aux normes sociales de plus en plus assimilables à des règles de production.

Les femmes ont emprunté la voie de la production reconnue sur le plan économique pour acquérir un statut de personne autonome. Or, la spécificité biologique et ses manifestations sont considérées comme incompatibles avec les activités dites productives. Pour produire il faut contrôler le corps et les moyens privilégiés pour le faire sont biomédicaux. La médecine a aussi permis aux hommes de produire plus et mieux et, elle continue de le faire. La différence tient toutefois à ce que, dans le cas des femmes, ce sont les caractéristiques biologiques qu'il faut contrôler. Il ne s'agit pas seulement de rapports de pouvoir, il s'agit de changement social, il s'agit de transformation de la vision de l'univers. Deux éléments me paraissent clés ici: l'individualisme et la mentalité axée sur la productivité.

L'individualisme et la productivité

La montée de l'individualisme a servi la cause des femmes en contribuant à leur émergence comme personne. Par ailleurs, dans un contexte dominé par la valeur de la productivité, cette émergence a dû emprunter la voie d'une nouvelle définition des expériences féminines selon une lecture économique³. Cette démarche contient deux embûches: la première est la dévalorisation des activités liées à la reproduction et la seconde est l'articulation entre la production et la reproduction.

La définition des activités sociales selon les seuls critères de productivité a comme corollaire que les femmes s'inscrivent dans ces activités selon les règles dominantes en minimisant l'importance de la reproduction active dans leur vie. Or, ces règles ne favorisent aucunement l'intégration de la production et de la reproduction. C'est ce qui explique que les stratégies de conciliation travail/famille sont essentiellement individuelles. S'agit-il là d'un passage obligé? Est-ce

³Il est instructif de noter que nous assistons aujourd'hui dans le Tiers-Monde à une relecture semblable à celle que nous avons connue et connaissons ici, c'est-à-dire que l'émergence des femmes comme personnes et les revendications concernant leur autonomie passent par la définition de leurs activités en termes économiques.

ainsi que le changement viendra permettant une autre définition des rapports production/reproduction?

Ajoutons aussi qu'avec la montée de l'individualisme, la femme prend de la valeur en tant qu'être social et l'enfant qu'elle porte en prend aussi. Mais, le fœtus se distancie de sa procréatrice. Il devient non seulement l'autre qui sera issu du corps de la mère mais un être à qui on tente maintenant de donner un statut de personne. Or, cette distanciation tient en partie à la prise en charge médicale de sa croissance.

Le corps des femmes est géré selon ces deux préoccupations, la femme productrice et la femme reproductrice: la femme qui pour "être" socialement doit produire sur le marché en contrôlant tout ce qui est lié à son potentiel reproducteur et à ses fonctions reproductives⁴; la femme reproductrice qui devient le dépôt de l'individu à naître qu'on surveille et contrôle, l'acte reproducteur trouvant de plus en plus son sens selon des critères de production.

Bref...

La gestion biomédicale du corps des femmes représente-t-elle un progrès? La réponse à cette question n'est pas très simple. Si d'une part, la médecine a permis d'améliorer certaines expériences féminines, si elle a été un instrument pour les femmes dans leurs démarches pour prendre une meilleure place dans le monde de la production reconnue, elle a, d'autre part, consolidé le modèle masculin comme modèle normal de l'humain. La gestion biomédicale du corps est une condition nécessaire pour occuper l'espace public. Du côté des femmes, on peut y voir une stratégie pour s'y faire une place. Je souhaiterais pouvoir interpréter cette stratégie comme étant une remise en question d'un monde défini unilatéralement, mais, cela demeure, pour le moment, théorique.

⁴Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles écrit que les femmes engagées professionnellement ont, comparativement aux autres femmes, des pratiques de protection médicale plus importantes lorsqu'elles sont enceintes (Commaille, 1993).

Références bibliographiques

- Chrisler, J. et Levy, K.B. (1990). The Media Construct a Menstrual Monster: A content Analysis of PMS Articles in the Popular Press, *Women and Health*, 16(2), 89-104.
- Commaille, J. (1993). *Les stratégies des femmes, travail, famille et politique*. Paris, Éditions la Découverte.
- De Koninck, M., Saillant, F. et Dunnigan, L. (1981). *Essais sur la santé des femmes*. Québec: Gouvernement du Québec, Conseil du statut de la femme.
- De Koninck, M. (1988). *Femmes, enfantement et changement social: le cas de la césarienne*. (Thèse de doctorat en sociologie). Québec: Université Laval.
- Ehrenreich, B. et English, D. (1972). *Witches, Midwives and Nurses*. New York: Feminist Press.
- Guyon, L., Simard, R. et Nadeau, L. (1981). "Va te faire soigner, t'es malade!". Montréal: Éditions Internationales Alain Stanké
- Malenfant, R. (1993). Le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite: à la recherche d'un consensus, *Sociologie et sociétés*, XXV (1), 61-65.
- Oakley A. (1984). *The Captured Womb*, Oxford: Basic Blackwell.
- Quéniart, A. (1988). *Le corps paradoxal: regards de femmes sur la maternité*. Montréal: Les Éditions Saint-Martin.
- Saillant, F. et O'Neil, M. (1986). *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels*. Montréal: Les Éditions Saint-Martin.
- Spiegel A.D. et Spiegel, A.M. (1992). Was It Murder or Insanity? Reactions to a Successful Paroxysmal Insanity Plea in 1865, *Women and Health*, 18(2), 69-86.

Hélène David

L'INSOUTENABLE LOURDEUR DE L'AUTONOMIE POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Introduction

LES DEUX ÉNONCÉS D'ORIGINE GOUVERNEMENTALE les plus courants à l'égard de la population âgée ces dernières années, au Canada et au Québec, ont trait l'un au fardeau que commence à représenter la population âgée pour l'ensemble de la société et l'autre, à la valorisation de l'autonomie des personnes âgées.

Le premier énoncé se présente sous forme factuelle: on associe l'accroissement du nombre et de la proportion de personnes âgées dans la société à celui des dépenses publiques qui leur sont attribuées et on arrive à des projections inquiétantes. Ces projections de type factuel servent ensuite de fondement à des affirmations normatives (sous forme de discours, éditoriaux ou analyses savantes) qui ont le plus souvent trait à la nécessité de modifier la situation.

Le second énoncé est d'emblée si normatif qu'il a le plus souvent valeur de postulat, autant dans les institutions dispensatrices de soins et services que dans des univers moins spécialisés. Il propose comme modèle de conduite aux personnes âgées une autonomie calquée sur le modèle de l'âge adulte. Cette notion est polysémique; elle peut recouvrir tant une notion de droit de la personne qu'une notion physiologique de fonctionnalité.

Considérant les pratiques discursives comme productrices d'effets de vérité et donc d'outils importants dans les luttes autour d'enjeux sociaux (Foucault, 1963; Estes, 1979), il y a lieu de se demander, d'une

part, quels effets de vérité sont recherchés par ces discours dans le champ de la santé et services sociaux et, d'autre part, comment ils sont produits. Une analyse plus complète devrait couvrir l'ensemble des politiques de la vieillesse, en particulier celles qui ont trait à la retraite et à la sécurité du revenu. On verrait alors que les mécanismes en cause sont presque identiques. Mais avant de s'interroger sur les discours, il importe de situer les pratiques du système de santé et services sociaux à l'égard des personnes âgées.

La médicalisation de la vieillesse et du vieillissement

Aux États-Unis

C'est presque exclusivement aux États-Unis qu'on a traité des politiques de la vieillesse et des soins et services aux personnes âgées en termes de médicalisation. Les écrits sur la question sont avarés de données précises et, sauf exception, sont plus de l'ordre de l'analyse que de l'enquête empirique.

Dans des écrits récents, ceux qui ont forgé la notion de médicalisation réfèrent à la médicalisation de la vieillesse. Conrad (1992) la donne en exemple pour illustrer l'expansion de la médicalisation à des domaines auparavant non touchés alors que Zola (1991), reprenant les schémas généraux issus de cette problématique, en souligne les aspects négatifs et suggère aux personnes âgées différents moyens d'y résister. Ce dernier traite du phénomène en termes de prolongement normal du contrôle social déjà exercé par la médecine, aussi puissante en ce domaine que le droit et la religion. Il estime que le contrôle de la médecine, en cette deuxième moitié du XXe siècle, a tendance à s'étendre à tout ce qui aurait un effet sur le fonctionnement du corps, et souvent de l'esprit. Le vieillissement et la vieillesse en sont évidemment. D'autre part, Arluke et Peterson (1981) soulignent l'importance de facteurs exogènes à la profession médicale, comme les transformations démographiques où le vieillissement de la population s'accompagne de mutations des familles, moins en mesure de répondre aux besoins de logement et de soins de santé de leurs membres âgés.

Estes et Binney (1989) sont celles qui ont le plus publié sur la question aux États-Unis. Elles considèrent que le modèle biomédical a défini le vieillissement uniquement en termes de déclin, par rapport à

l'âge adulte. De plus, l'hégémonie du modèle biomédical sur la définition du vieillissement aurait pour effet d'imposer une conception clinique à des processus et des problèmes fondamentaux qui relèvent de la biologie, du comportement ou de facteurs sociaux. D'après elles, cette emprise médicale a des conséquences tant sur la nature des soins et services dispensés que sur la recherche, la formation professionnelle en gérontologie, les politiques publiques et les conceptions courantes du vieillissement. Notons, par exemple, les soins hospitaliers consacrés aux cas aigus, par opposition aux maladies chroniques; le recours à la haute technologie pour les diagnostics alors que les soins appropriés ont plus souvent trait à l'atténuation des incapacités découlant de maladies chroniques ou à l'offre de soutien qui réduit la nécessité de traitement médical ou d'institutionnalisation (Estes et Binney, 1989).

Estes est d'avis que les services offerts par des agences de soins à domicile pour les personnes âgées ont été médicalisés, au milieu des années 80, à cause des nouvelles directives du gouvernement fédéral américain dans un contexte d'austérité fiscale (Estes, 1986; Wood et Estes, 1988; Binney, Estes et Ingman, 1990). Elle rattache ce processus à une dynamique d'économie politique plus large. D'après elle, dès leur instauration, les régimes Medicaid et Medicare, qui donnent accès à certains soins de santé à des personnes définies en termes de besoins (incapacité de payer) ou d'âge, ont été construits selon une logique médicale, permettant ainsi leur adoption face à la résistance du "lobby" médical. De nouvelles directives ont par la suite accentué cette tendance, les services étiquetés comme étant médicaux résistant mieux au couperet de l'austérité fiscale que les services non-médicaux, ce qu'affirme également Azzarto (1986). Elle a aussi constaté que les hôpitaux donnent plus rapidement leur congé aux patients, ce qui amplifie les besoins de soins médicaux non-aigus en communauté; les agences dispensatrices de ces soins à domicile se sont adaptées à cette situation en médicalisant davantage leurs services. Cependant, ces services ne se sont pas ajoutés à ceux qui existaient. Ils ont plutôt remplacé des services d'aide à la vie quotidienne ou de soutien qui constituent maintenant la principale lacune dont ces organismes publics se plaignent. Il y a donc une tendance à ce que ces services soient récupérés par les agences à but lucratif qui les offrent sur une base marchande à une clientèle qui a la capacité de payer.

Ces auteurs privilégient certains indices d'une médicalisation institutionnelle de la vieillesse mais articulent rarement ce processus à une problématique de contrôle social. La médicalisation de la vieillesse est surtout interprétée en termes de terrain gagné ou de chasse gardée qui serait particulièrement profitable non seulement aux médecins mais aussi aux industries connexes (soins et services paramédicaux, assurances, industrie pharmaceutique) [Minkler et Estes, 1991; Estes, 1986; Conrad et Schneider, 1980]. On retrouve aussi le thème de la médicalisation de la vieillesse dans des travaux éthiques américains où on s'y oppose parce qu'elle amènerait à traiter le vieillissement comme une maladie qui se guérit et se soigne dans le but de faire reculer le seuil de la mort (Callahan, 1987; Hastings Center Report, 1994).

D'autres travaux font le lien entre le contrôle social et la médicalisation de la vieillesse. Ainsi Evans et Williamson (1984) analysent le contrôle social exercé sur les personnes âgées aux États-Unis par différents dispositifs et mettent en relief le rôle joué par les médecins et la prescription de médicaments. Arluke et Peterson (1981) estiment que même si la nécessité de développer la médecine gériatrique ne fait pas l'unanimité dans la profession, il y a une forte tendance à traiter la vieillesse comme un état pathologique. Compte tenu du caractère diffus des problèmes de santé de personnes âgées, le rôle du médecin s'élargit pour inclure, par exemple, les conseils auprès des familles en matière d'institutionnalisation. Les régimes publics de santé américains confèrent aussi aux médecins une autorité particulière en obligeant les maisons de santé à avoir un directeur médical. Le rôle des médecins dans la surmédication des personnes âgées est aussi souvent soulignée.

Une étude suisse (Morabia et al., 1986) sur les établissements de santé de Genève, a analysé les pratiques médicales. Elle conclut à une médicalisation des personnes âgées qui nie l'existence de leurs problèmes sociaux et qui les marginalisent dans des institutions de santé.

Au Canada

Au Canada, les travaux sur le rapport entre la vieillesse, la maladie et les soins de santé arrivent à des conclusions semblables à celles des travaux américains mais en ne référant à peu près jamais à la

problématique de la médicalisation. Ils se situent plutôt dans une perspective d'économie politique des systèmes de santé et de services sociaux. Les travaux en gérontologie sociale indiquent que, dès sa mise en oeuvre en 1968, le régime d'assurance-santé a fortement privilégié les soins médicaux en institution, permettant un essor considérable des hôpitaux, des médecins et de thérapies coûteuses – principale raison de l'escalade des coûts du régime¹. Le coût des institutions hospitalières représenterait environ la moitié de ceux de l'ensemble du régime d'assurance-santé et le coût direct (rémunération) des médecins, 19 %. De plus, les médecins contrôlent diverses dépenses (taux d'utilisation de différents services hospitaliers, achat d'équipements coûteux, médicaments prescrits, tests diagnostics) qui peuvent représenter, sur une base individuelle, deux fois le salaire de chaque médecin.

Il résulte de ces choix politiques une trop forte intensité de services médicaux pour les personnes âgées (Barer et al., 1987), un manque de soins et de services institutionnels pour malades chroniques et un sous-développement des services communautaires et à domicile non-médicaux pour personnes âgées (Chappell, 1987; Schwenger, 1987; Evans, 1988; Gee et Mc Daniel, 1993). Dans ce contexte, certains estiment que le problème des lits d'hôpitaux de courte durée occupés par des malades chroniques âgés est soit insoluble (Aronson, Marshall et Shulman, 1987), soit une solution administrative délibérée pour réduire les budgets car ces patients coûtent relativement moins cher que ceux en phase aiguë (Evans, 1988). On note également le manque d'expertise et d'intérêt du personnel médical pour les patients âgés (Aronson et al, 1987; Schwenger, 1987), lié à la prédominance des soins aigus. Paradoxalement, les séjours prolongés des personnes âgées à l'hôpital, faute d'institutions mieux adaptées, auraient des effets "sociaux iatrogéniques" prononcés, tel que le révèle l'étude de Gillick, Serrell et Gillick (1982). Au Québec, le Groupe d'experts sur les personnes âgées (1991) affirme que 20 % des admissions en gériatrie seraient attribuables à des réactions adverses aux médicaments.

Tant dans les travaux américains que canadiens, c'est surtout une médicalisation institutionnelle qui sert d'indice au diagnostic plus global de médicalisation de la vieillesse. D'autres dimensions demeurent à

¹ Parmi les pays développés, le Canada est celui qui consacre le pourcentage le plus élevé (9,9 % en 1991) de son produit intérieur brut aux soins de santé après les Etats-Unis (13,4 %) (Santé Canada, 1994).

documenter et à analyser². La médicalisation de la vieillesse a aussi davantage été abordée du point de vue des caractéristiques des régimes de soins et services et des iniquités socio-économiques que du point de vue individuel (victimisation, culpabilisation, dépolitisation).

Au Québec, l'existence d'un système public de santé et de services sociaux depuis 1971 a néanmoins stimulé l'essor de la médicalisation du vieillissement au niveau institutionnel et interactionnel³. Quelque vingt ans plus tard, ce processus se poursuit toujours malgré la remise en question du rôle de l'État-Providence⁴. Jusqu'à maintenant les modifications à ce système public ont été essentiellement quantitatives, monétaires et structurelles (désassurance de certains services; allongement des listes d'attente; contrôles stricts sur les dépenses des institutions; régionalisation). Cela signifie que le réseau continue largement à dispenser des services très médicalisés qui sont loin d'être les plus appropriés pour la population âgée et qu'il développe peu ceux qui le seraient davantage⁵.

Le rapport du Groupe d'experts sur les personnes âgées (GEPA, 1991) constatait en effet que:

"Une population vieillissante nécessite plus souvent des services à long terme. Notre réseau n'est pas toujours prêt, que ce soit du point de vue de la planification ou de

² Ainsi, on a quelques données sur la consommation excessive de médicaments (Waxman, Klein et Carner, 1985; Chambers et al., 1987; Morabia et al., 1986) et leurs effets iatrogéniques (Klein, 1976; Williamson et Chopin, 1980; Barbeau, Got et Leblanc, 1981; Barbeau, 1990) par les personnes âgées, mais aucune analyse sur les causes de ce phénomène. Par exemple, on sait qu'en 1989, au Canada, 25 % des ordonnances étaient destinées aux personnes âgées qui ne représentent 12 % de la population (Santé Canada, 1989).

³ Par médicalisation au niveau institutionnel, Conrad (1992) entend l'adoption d'une approche médicale pour traiter une question dans laquelle l'organisme est spécialisé et par médicalisation interactionnelle, la définition par le praticien d'un problème social comme étant de nature médicale et auquel il apporte une solution médicale.

⁴ Que le gouvernement québécois ait nommé le ministre de la Santé et des services sociaux responsable de la Condition des Aînés et que celui-ci ait mandaté un groupe d'experts pour lui proposer des orientations sur l'ensemble des politiques de la vieillesse et que ce comité ait compris, outre des experts, des représentants de tous les types d'institutions du réseau de la santé et des services sociaux, mais non des autres ministères concernés, constitue un bon indice de cette médicalisation institutionnelle. De plus, au Québec tout comme au Canada, les Conseils des aînés relèvent du ministre de la santé.

⁵ Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de soins de qualité et appropriés pour certaines pathologies aiguës plus fréquentes aux âges avancés.

la formation à répondre à ce type de besoin. L'allocation financière actuelle reflète la façon dont on répond aux besoins des aînés. La majeure partie de l'investissement se fait dans le secteur institutionnel (hôpitaux, hébergement), ne laissant qu'une faible part des ressources au maintien à domicile. Il est remarquable de constater l'écart qui subsiste entre les choix budgétaires et les discours qui prônent une réponse aux besoins et aux désirs des aînés...

Tels que conçus présentement, les services de maintien à domicile contribuent donc peu à permettre aux aînés de continuer à vivre au sein de leur communauté et de compenser adéquatement leurs incapacités. Ils ne représentent en outre qu'environ 8,4 % des budgets de santé et de services sociaux plus spécifiquement destinés aux personnes âgées (p.57)".

Ce qui amenait le GEPA à recommander:

"Que l'allocation des nouvelles ressources destinées à accroître les services sociosanitaires aille en priorité au soutien à domicile et que l'octroi de ces ressources soit principalement axé sur les besoins de base (p.63)".

Inquiet des coûts et cherchant à comprimer les dépenses, le gouvernement a soit décidé de ne pas contester les pratiques médicales et institutionnelles en cours ou en est incapable. Ne prenons que l'exemple des médicaments et des personnes âgées. Le rapport du GEPA a souligné que la surmédication des personnes âgées est liée à des pratiques médicales et institutionnelles et a recommandé de réduire la consommation de médicaments parmi ces personnes. Quelques mois plus tard, le ministre imposait un ticket modérateur de 2,00\$ par ordonnance aux personnes de 65 ans et plus pour qui les médicaments sont gratuits. Aucune intervention n'a été proposée à l'égard de ceux qui détiennent le monopole de la prescription, les médecins, ni à l'égard des entreprises pharmaceutiques. Il est pourtant connu que le Canada est un des pays où le prix des médicaments est le plus élevé au monde et

où les brevets pharmaceutiques des entreprises privées sont le mieux protégés. Si une telle décision est dictée par un souci de contrôler les dépenses sur les médicaments, qui ont quadruplé depuis 1981, elle semble peu efficace. Un ticket modérateur imposé aveuglément au patient-consommateur pour chacune de ses ordonnances, sans égard aux pathologies, réduirait difficilement le nombre d'ordonnances que les médecins prescrivent aux personnes âgées, qui s'élevait à 35 par participant en 1991, soit neuf de plus qu'en 1983 (MSSS, 1993). Surtout que l'augmentation annuelle du coût des médicaments est beaucoup plus forte que celle du nombre de participants ou du nombre d'ordonnances.

Le processus de médicalisation de la vieillesse et du vieillissement existe donc bel et bien mais, tant aux États-Unis qu'au Canada, les travaux de recherche ne rendent pas compte de la connaissance qu'on en a dans la pratique. Ce processus n'a certainement pas fait l'objet d'autant d'études que la médicalisation de la déviance ou de la reproduction des femmes.

Les effets recherchés

Le fardeau que représente les personnes âgées

C'est dans ce contexte que le discours gouvernemental sur les personnes âgées se déploie. En mettant l'accent sur le fardeau que représente les personnes âgées, il y a lieu de penser que le gouvernement vise à légitimer sa politique de restrictions budgétaires et de maintien de la médicalisation tout en se proclamant le défenseur de l'équité intergénérationnelle et donc de la qualité de l'avenir de la société. Selon ce raisonnement, puisque les personnes âgées consomment plus que leur part des services comparées aux plus jeunes, il y a injustice à l'égard de ces derniers.

Cependant cette logique fait problème. En comparant la distribution des ressources selon l'âge à un moment dans le temps avec des données transversales, elle oppose non pas des générations, mais des groupes d'âge. Pour comparer des générations, il faudrait comparer les contributions et rétributions de générations nées à des moments différents au même stade de leur cycle de vie. Cela donnerait certainement d'autres résultats (Evans, 1988). Par exemple,

aujourd'hui, l'homme de 75 ans soumis à un pontage coronarien ou la femme de 85 ans hospitalisée depuis longtemps à cause de maladies chroniques, n'ont pas eu accès au cours de leur jeunesse aux soins de santé que dispense maintenant le réseau sur une base universelle et gratuite. Lorsque ces personnes ont eu des enfants, ils ont dû payer de leur poche toutes les dépenses de santé afférentes. Le régime d'assurance-santé n'est entré en vigueur que lorsque leurs enfants n'étaient plus à leur charge. D'autre part, au cours de leur vie, ils ont longtemps contribué par leurs impôts au financement du régime public de santé.

L'opposition intergénérationnelle repose sur un autre postulat fallacieux, celui de l'homogénéité interne des catégories d'âge. Il est pourtant bien connu qu'à l'intérieur de chaque classe d'âge se retrouve tout l'éventail de différenciation sociale; parmi la population âgée, elle est même encore plus accentuée (Minkler, 1986; Hoskins, 1987; Guillemard, 1993) et se répercute sur la santé (House et al., 1994). En formulant en termes intergénérationnels des enjeux de politique sociales et économiques, les pouvoirs publics font comme si celles-ci étaient sans conséquences sur la redistribution des ressources entre les mieux et les moins bien nantis. Pourtant on sait, par exemple, que la tendance à la privatisation au sein du réseau de la santé et des services sociaux a pour effet de remplacer le critère de besoin par celui de la capacité de payer du patient dans l'accès à certains services (Gee et Mc Daniel, 1993). La privatisation a aussi pour effet de transférer le fardeau des coûts sur les épaules des pauvres et des malades plutôt que sur les personnes nanties et en santé (Evans, 1988). C'est pourquoi Binney et Estes (1988) ainsi que Minkler et Robertson (1991) considèrent que l'attaque contre les supposés privilèges de la population âgée et le développement d'un discours en termes de guerre intergénérationnelle, beaucoup plus développée aux États-Unis qu'au Canada à cause de l'absence de régimes universels de santé et de services sociaux, sert aussi à diviser les groupes sociaux qui pourraient faire cause commune pour réclamer un ensemble de mesures de sécurité sociale couvrant tout le cycle de vie.

La valorisation de l'autonomie des personnes âgées

Valoriser l'autonomie des personnes âgées permet de reporter la responsabilité de la santé sur l'individu et non plus sur l'État. On reconnaît là l'idéologie de la prévention, formulée au Canada pour la première fois dans le rapport Lalonde en 1974, qui impose au citoyen des normes socio-sanitaires visant ses habitudes de vie pour que l'hôpital, de premier rempart contre la maladie, n'en devienne que l'ultime recours (Renaud, 1981). Ce rapport a fait état de l'importance des facteurs environnementaux mais les politiques de santé et de bien-être en ont réduit la portée en orientant les stratégies de prévention et de promotion de la santé vers les habitudes sociosanitaires individuelles (Evans et Stoddart, 1990). La politique de santé et de bien-être du Québec de 1992 reprend cette idéologie en établissant comme première stratégie le renforcement du potentiel des personnes (Gouvernement du Québec, 1992).

Tout en reconnaissant le bien-fondé de cette approche, plusieurs critiques soulignent néanmoins qu'elle encourage la victimisation et la stigmatisation. Elle encouragerait aussi un niveau démesuré de préoccupations à l'égard du bien-être individuel par rapport au bien-être collectif, et de dépendance à l'égard des soins de santé. On lui reproche également de ne pas tenir compte des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui influencent la santé (Crawford, 1980; Evans et Stoddart, 1990; Becker, 1993).

Comme pour le reste de la population, la valorisation de l'autonomie des personnes âgées ne vise pas que les saines habitudes de vie pour répondre à l'impératif d'être bien-portant. Elle repose aussi sur la conviction qu'il est nécessaire de modifier leurs modes d'utilisation des services publics parce qu'elles en consommeraient trop et inutilement. Les personnes âgées sont incitées à se conduire en adultes.

À l'occasion d'une consultation sur la politique de santé et de bien-être (PSBE) par le ministère de la Santé et des services sociaux, le point de vue critique à l'égard de cette approche individualiste s'est affirmé. Alors que le MSSS proposait comme objectif de: "D'ici l'an 2 000, maintenir le taux d'incapacité à son niveau actuel malgré le vieillissement de la population", le document du Conseil québécois de la recherche sociale (1992) fait état d'un consensus très net parmi les

experts qu'il a consultés (une quinzaine). Ceux-ci indiquent la nécessité de centrer cet objectif sur la réduction des situations de handicap plutôt que sur celle des incapacités. Il s'agit d'une part, d'intervenir non plus sur les habitudes individuelles mais sur l'environnement physique et social; d'autre part, il est proposé d'admettre que si le taux d'incapacités ne peut être réduit il faut offrir aux personnes qui ont des incapacités différents services compensatoires. L'enjeu n'est plus tant d'ajouter de la santé que de la qualité à la vie. On peut considérer cette perspective dans le prolongement de l'approche de Manton (1987). N'acceptant pas la thèse de Fries à l'effet d'une réduction de la morbidité concurrente à celle de la mortalité, Manton propose d'insister sur la prévention des maladies qui génèrent des incapacités plutôt que des maladies associées à une forte mortalité, comme le cancer ou les maladies cardiaques.

En somme, les deux discours sur les personnes âgées, l'un sur le fardeau qu'elles représentent pour la société et l'autre sur la contrainte à l'autonomie, semblent occulter le processus de médicalisation du vieillissement et ses conséquences, dont l'augmentation des coûts et la responsabilité de ceux qui la permettent et la mettent en oeuvre.

Comment ces effets sont-ils produits?

L'apparence factuelle du fardeau des personnes âgées

Pour démontrer que le vieillissement de la population va coûter très cher, on choisit de mettre en relief certains faits qu'on croise uniquement avec l'âge plutôt qu'avec d'autres variables plus pertinentes, tout en insistant sur le fait que la proportion de la population âgée augmente et que les personnes âgées vivent plus longtemps qu'avant. Cela fait partie de ce que LeBras (1994) appelle une théorie démographique du vieillissement et McDaniel (1987), le paradigme du vieillissement démographique ou déterminisme démographique, c'est-à-dire un cadre explicatif unificateur à partir duquel sont interprétés des problèmes auparavant inexplicables et dissociés les uns des autres. Paradigme que cette dernière critique parce qu'il est présenté d'une part comme étant sans lien avec les circonstances socio-économiques qui l'ont produit et d'autre part, comme étant la source de tout changement social.

Par exemple, on insiste sur le taux de dépendance qui ira en augmentant avec le vieillissement de la population. Le taux de dépendance (calculé par le nombre de jeunes et d'âgés divisé par la population en âge de travailler) est traité comme un indice des charges sociales imposées par les jeunes et les âgés sur la population d'âge adulte. On oublie toutefois d'indiquer qu'à son maximum, cet indice ne rejoindra pas le niveau atteint au début des années soixante alors que tous les "baby-boomers" avaient encore moins de dix-huit ans (Binney et Estes, 1988)⁶. De plus, comme le dénominateur de cet indice représente toute la population en âge d'être sur le marché du travail et non pas celle qui fait réellement partie de la population active, il s'avère totalement insensible aux variations des taux d'activité, en particulier à la hausse spectaculaire de celui des femmes depuis quelques décennies.

On souligne aussi avec insistance que les dépenses per capita du système de santé sont plus élevées pour les personnes âgées⁷. Dans sa politique de santé et bien-être publiée en 1992, le ministère de la Santé et des services sociaux énumère un certain nombre de facteurs qui font des pressions sur le système pour augmenter la quantité des services offerts. Alors qu'on demeure assez vague au sujet de "nouveaux problèmes et attentes de certains groupes", on identifie par contre avec précision le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques au même titre que les nouvelles technologies parmi ces facteurs.

Pourtant rien ne permet de faire de telles projections pour l'avenir et cela, pour plusieurs raisons. Pour commencer, on arrive souvent à cette conclusion à partir de la consommation de certains soins et services de santé par les personnes âgées, ce qui n'est pas un indice fiable. Plusieurs enquêtes récentes indiquent clairement que la majorité de la population âgée est en bonne santé. Ainsi, celle de Statistique Canada (1991) révèle que chez les personnes de 45 à 64 ans, de 84 à 71 % s'estiment en bonne ou en excellente santé; c'est le cas de 65 à 63 % de celles qui ont entre 65 et 74 ans et de 60 à 57 % de celles qui ont 75 ans et plus. Bien qu'il y ait un déclin graduel avec l'âge, plus de la moitié des

⁶ Pour le Canada, voir Novak (1993).

⁷ Au Canada, la consommation des soins de santé par les personnes âgées qui représentent 12 % de la population, s'élèverait à 40 % du budget de la santé. Cet estimé ne fait pas l'unanimité; selon différents calculs, cette proportion varie de 20 à 50 % (Santé Canada, 1993).

personnes âgées se disent encore en bonne ou excellente santé même après 75 ans.

Cependant le peu de connaissances qu'on a sur le rapport entre l'âge et la santé, la manque de fiabilité des outils diagnostiques auprès des personnes âgées (Evans 1981; Svanborg, 1982), le débat sur le rapport entre la morbidité et la mortalité parmi les plus grands spécialistes de la question (Fries, 1980; Manton, 1982) sont tous des éléments qui interdisent de se prononcer définitivement sur les tendances futures à ce sujet. Enfin, comme ces évaluations sont des projections à partir de la situation actuelle, elles supposent que l'état de santé des futures cohortes de personnes âgées sera identique à celle des cohortes actuellement âgées. Les données sont contradictoires et ne permettent aucunement de soutenir ce postulat. Ainsi l'étude longitudinale suédoise de Göteborg auprès de populations âgées indique nettement que les cohortes nées plus tard sont en meilleure santé (Svanborg, 1988), alors qu'une étude canadienne sur l'état de santé de deux cohortes à l'âge de 80 ans, à 12 ans de distance, indique que l'état de santé de la dernière est moins bon que ne l'était celui de la première (Roos, Havens et Black, 1993).

D'autres données indiquent que ce n'est qu'un très faible pourcentage de la population âgée qui consomme une proportion très élevée de soins. Ainsi, des études longitudinales réalisées au Manitoba révèlent que si le nombre de jours d'hospitalisation est environ 2,5 fois plus élevé chez les personnes de plus de 75 ans que parmi celles qui ont de 45 à 64 ans, il n'en demeure pas moins qu'au cours d'une même année, seulement 20 % des personnes âgées (65 ans et plus) sont hospitalisées. Parmi celles-ci, sur une période de cinq ans (au cours des années 1970), 4 % ont consommé 43 % de journées d'hospitalisation et parmi les 85 ans et plus, 4 % ont consommé 32 % de ces journées. Au cours de cette période, 42 % des personnes de 65 ans et plus et 35 % de celles de 85 ans et plus n'ont pas été hospitalisées (Roos, Shapiro et Havens, 1987). Les visites au médecin variaient cependant beaucoup moins selon l'âge: 3,5 visites par an chez les personnes de 25 à 44 ans, 5,2 visites par an parmi les personnes de 65 ans et plus; ce dernier nombre n'augmentait pas parmi les personnes de 85 ans et plus (Roos, Shapiro et Roos, 1984). L'âge n'est donc pas la variable la plus pertinente pour expliquer une forte consommation de soins hospitaliers.

La proximité de la mort le serait davantage. Ainsi, à partir des mêmes données longitudinales du Manitoba, les personnes de 25 à 64 ans qui étaient décédées avaient consommé 23,5 jours d'hospitalisation au cours d'une période d'un an alors que les survivantes n'en avaient consommé que 1,3 jours. Parmi les personnes de 65 à 84 ans, il s'agissait de 32,0 jours pour les décédées et de 3,8 jours pour les survivantes. Pour le groupe des 85 ans et plus, les décédés en avaient consommé 24,4 mais les survivants, que 6,8 jours (Roos, Shapiro et Havens, 1987).

En ce qui a trait aux coûts, plusieurs analystes (Roos, Montgomery et Roos, 1987; Evans, 1988) émettent des réserves envers les estimations des coûts entraînés par la consommation de soins hospitaliers des personnes âgées. Ils considèrent en effet que les projections catastrophiques qui sont souvent présentées ne tiennent pas compte des coûts moindres encourus pour les personnes âgées. Celles-ci sont majoritairement dans des institutions moins dispendieuses que les grands hôpitaux universitaires à haute technologie plus coûteuse sur lesquels on fonde habituellement les calculs.

D'autre part, les projections qui prévoient l'accroissement du fardeau du système de santé à cause du vieillissement de la population supposent également que les modalités de dispensation des soins et services ne changeront pas. Pourtant selon une étude réalisée par l'OCDE (1988) sur des données de 1960 à 1988 dans les pays membres, seulement 22 % de l'augmentation des dépenses de santé seraient attribuables au vieillissement de la population. L'inflation, la croissance du produit national brut, ainsi que des décisions politiques et professionnelles rendraient compte des autres 78 %. A partir des mêmes données, Getzen (1992) a évalué que les dépenses de santé se sont multipliées par cinq de 1960 à 1988, mais seulement 5 à 15 % de cette augmentation seraient attribuables au vieillissement de la population. Au Canada de 1961 à 1979-80, le coût d'opération des hôpitaux a connu une augmentation annuelle de 15 %. On attribue 87 % de cette hausse à la hausse du coût par patient hospitalisé (l'intensité des services), 10 % à la croissance de la population et seulement 2 % au vieillissement de la population (Auer, 1987). Le nombre de médecins augmente aussi à un rythme beaucoup plus élevé que celui de la population (Barer et al, 1987). Face à de telles données, Stoddart (1987) estime que le système de santé canadien se caractérise par un financement sans gestion ou par un financement public et une gestion privée; il n'existe donc pas de

mécanismes de régulation pouvant mener à des changements efficaces et efficients. Les pratiques dispendieuses demeureront la norme, ce qui est intenable à long terme, à son avis. Au Québec depuis 1981, par exemple, le coût de la rémunération des médecins a doublé et celui des médicaments, quadruplé (Graveline, 1994).

Le vieillissement démographique n'est donc pas la cause de la hausse des dépenses encourues par le système de santé. Ces différents éléments nous montrent que la thèse du fardeau des personnes âgées n'est acceptable que si l'on évite de porter le regard sur de nombreux faits connus. Ceux-ci mettent en effet en évidence que ce sont des facteurs sociaux et politiques, et non démographiques, qui sont en cause (Murphy et Wolfson, 1991).

La valorisation de l'autonomie des personnes âgées

Les modalités de valorisation de l'autonomie des personnes âgées leur imputent ainsi qu'à leur entourage, de plus en plus la responsabilité de leur santé et de leurs incapacités. Au niveau du discours, on donne à l'autonomie un sens sociopolitique: le droit à un traitement égal et à un statut égal en termes de participation à la vie publique. En pratique, on développe une définition bio-psychologique dont les critères relèvent des notions d'incapacité et de handicap (Bérubé, 1990).

En ce qui a trait au sens sociopolitique donné à l'autonomie, bien qu'il ait la qualité de s'opposer à la marginalisation des personnes âgées a aussi un prix: c'est l'instauration de normes qui prolongent celles de l'âge adulte. Cette norme «adultocentrique» comporte un caractère volontariste, car elle ne tient pas compte des rapports sociaux qui structurent les possibilités de développer l'autonomie. Elle suppose non seulement que l'autonomie est valorisée par toutes les personnes âgées, ce qui est loin d'être le cas (Roy, Saillant et Vézina, 1994) mais aussi qu'on peut l'acquérir à volonté (Guillemard, 1980). De plus, ce discours s'écarte des politiques concrètes touchant le revenu et l'emploi, fondements de l'autonomie financière, dont on connaît les liens avec la santé. Il ne s'agit donc pas d'une valeur qui se concrétise dans des politiques, mais plutôt d'une norme qui impose un fardeau à l'individu.

Ce discours sert aussi à occulter une définition plus fonctionnelle de l'autonomie. Ainsi au Québec, à partir des notions d'incapacité et de handicap qui originent de l'O.M.S., on a développé des instruments de

mesure pour ériger des normes d'accessibilité aux soins et services publics. Les grilles d'évaluation de l'autonomie du C.T.M.S.P. (EROS, 1981), par exemple, comprennent des critères sociaux et économiques, telles que l'aide familiale sur laquelle peut compter la personne évaluée. Ce n'est plus tant d'évaluer l'autonomie individuelle d'une personne âgée qui compte que de limiter son accès à certains services de santé publics. Il s'agit aussi d'un mécanisme de transfert des coûts du public au privé, ce qui signifie aussi un report des coûts économiques et humains sur d'autres acteurs sociaux, en tout premier lieu, les familles de ces personnes, c'est-à-dire dans ce contexte, les femmes. Le Groupe d'experts sur les personnes âgées (1991) affirmait en effet que:

"Actuellement, les services [de maintien à domicile] offerts rejoignent environ la moitié des personnes potentiellement admissibles. Il convient également de préciser qu'une forte proportion des programmes de maintien à domicile a été développé en fonction des besoins du réseau sociosanitaire, c'est-à-dire pour désengorger les salles d'urgence, réduire les durées de séjour ou faciliter aux personnes âgées en perte d'autonomie l'attente d'une place d'hébergement." (p.60)

Par des normes élevées d'incapacité et la prise en compte des facteurs qui réduisent les handicaps, les services d'accès au système permettent d'écarter les personnes âgées des services les plus coûteux, laissant à leur initiative le recours à d'autres soins et services tout aussi médicalisés (Freund et McGuire, 1991): le médecin en clinique publique ou privée, la médication, des soins non médicaux privés plutôt que l'hôpital, le centre d'accueil ou des soins et services à domicile fournis par le CLSC. Par ailleurs, il n'y a pas de développement de services appropriés aux problèmes rencontrés par les personnes âgées qui compenseraient pour la réduction des services institutionnels médicalisés. Cette contrainte à l'autonomie permet donc de privatiser une partie des coûts du régime public de santé et services sociaux sans toucher aux pratiques professionnelles et institutionnelles qui produisent la dépendance à l'égard des institutions médicales.

La valorisation de l'autonomie d'origine techno-bureaucratique vise à réduire la pression exercée sur le système public (White et

Demers, 1994), cette fois en réduisant la demande des personnes âgées. On postule, en effet, que lorsqu'elles sont autonomes, elles sont en meilleure santé ou, tout au moins, ont de saines habitudes de vie. On peut alors imputer les conséquences de la médicalisation aux personnes âgées qui consomment beaucoup de soins et services et restreindre leur accès au système. Au bout du compte, il devient de moins en moins légitime pour les personnes âgées de recourir au système public de santé (Crawford, 1977). Ce sont des pratiques qui, selon Binney et Estes (1988) contribuent à attiser les conflits intergénérationnels.

Tout ce qui a été évoqué précédemment touche davantage les femmes: en tant que personnes âgées vivant plus souvent seules et plus longtemps, mais avec plus d'incapacités que les hommes, qui ont donc plus besoin de soins et de services de santé; en tant qu'aidantes considérées comme "naturelles"; en tant que personnel d'un réseau dont la charge s'alourdit; en tant que salariées moins payées et moins nanties à la retraite. Un autre article serait nécessaire pour traiter convenablement de cette question.

Conclusion

Le régime canadien d'assurance-santé, autant dans sa conception que dans son fonctionnement, encourage la médicalisation. L'inertie des gouvernements fédéral et provinciaux face à la profession médicale la soutient aussi, malgré ses coûts élevés (Manga, 1993). La médicalisation de la vieillesse et du vieillissement constitue donc un énorme enjeu sociopolitique où le discours tient une place importante. C'est pourquoi deux types de discours normatifs qui contribuent à occulter le processus de médicalisation ont été retenus. Toutefois isoler le processus de médicalisation pour l'analyser demeure insuffisant parce que cela restreint le champ de vision aux institutions médicalisantes (Renaud, 1993); il ne génère pas les outils conceptuels nécessaires pour rattacher ce processus aux enjeux du vieillissement de la population dans le contexte sociopolitique des sociétés capitalistes industrielles avancées. Si les personnes âgées ne représentent actuellement que 11 % de la population canadienne, cette proportion doublera d'ici trois décennies (Novak, 1993) et, contrairement aux autres populations touchées spécifiquement par la médicalisation, tous et toutes y passeront à leur tour.

À l'heure actuelle cette lutte se mène dans le contexte des politiques économiques gouvernementales néo-conservatrices et néo-libérales. Depuis près de quinze ans, les gouvernements canadiens, comme ceux de plusieurs autres pays capitalistes avancés ont des politiques économiques fondées sur le postulat que la prospérité économique ne peut être assurée que par une économie capitaliste pure régie par les forces du marché. Pour y arriver, il faudrait notamment réduire le déficit public qui accapare une trop grande partie de l'épargne publique dont le secteur privé aurait besoin (Lavoie, 1992). Les interventions de l'État et les régimes publics offerts par l'État-Providence sont donc considérés comme des obstacles de taille à cet objectif. Pourtant une autre lecture économique indique que bien des affirmations qui découlent de ce postulat s'avèrent sans fondement. Bellan (1993), par exemple, souligne que l'allégation selon laquelle l'État hypothèque l'avenir des générations futures en leur léguant une dette nationale élevée n'est fondée que pour la portion de la dette nationale due à des créanciers étrangers. Les Canadiens et Canadiennes des générations futures qui auront à payer l'intérêt sur 80 % de la dette due au Canada par les taxes et impôts, hériteront aussi des obligations sur lesquelles ces paiements seront faits. Il est donc ridicule d'assimiler, par exemple, le bien-être futur d'un enfant naissant dans un pays au montant de la dette nationale par habitant; selon ce calcul, un enfant naissant en Inde serait plus avantageux que celui qui naît au Canada. Dans le domaine de la santé, Evans (1988) estime que le taux de croissance au Canada est amplement suffisant pour absorber le taux d'augmentation de l'utilisation des services de santé per capita qui lui est inférieur. Mais plusieurs analystes estiment que cela ne pourra se faire si les gouvernements continuent d'éviter la nécessaire confrontation avec la profession médicale (Stoddart, 1987, Manga, 1993).

Dans ce contexte, il apparaît que les pouvoirs politiques, responsables en partie de la situation économique actuelle, cherchent à dissimuler, sous les exigences de l'avenir, la décision de démanteler l'État-Providence tout en maintenant la médicalisation de la vieillesse. Ils invoquent alors le destin inéluctable du vieillissement de la population pour affirmer l'injustice des coûts des régimes publics à l'égard des plus jeunes et l'incapacité pour l'ensemble de la société de les supporter. Traiter ces questions en termes d'équité intergénérationnelle et de valorisation de l'autonomie occulte les choix à faire (Evans, 1988;

Getzen, 1992). Les décisions récentes des gouvernements au Canada font en effet fi des principes de redistribution et d'équité sociale, choix qui creusent encore davantage les inégalités sociales non pas entre jeunes et vieux ou entre générations, mais entre les bien nantis et les autres.

Références bibliographiques

- Arluke, A. et Perterson, J. (1981). Accidental medicalization of old age and its social control implications. in C.L. Fry et coll. (dir.), *Dimensions: Aging, culture and health* (pp.271-284). New York: Preager.
- Aronson, J., Marshall, V. W. et Sulman, J. (1987). Patients awaiting discharge from hospital. in V.W. Marshall, (dir.), *Aging in Canada: Social perspectives*, 2e édition (pp.538-549). Toronto: Fitzhenry and Whiteside.
- Auer, L. (1987). Canadian hospital costs and productivity. in Economic Council of Canada (dir), *Aging with limited health resources. Proceedings of a colloquium on health care* (pp. 179-185). Ottawa: Economic Council of Canada.
- Azzarto, J. (1986-87). Medicalization of the problems of the elderly. *Health and Social Work*, 11 (3),189-195.
- Barbeau, G., Got, H. et Leblanc, Y. (1981). Influence des effets indésirables des médicaments sur l'hospitalisation des personnes âgées in Société française de gérontologie, *1er congrès francophone de gérontologie*. (pp. 534-538). Paris: Masson.
- Barbeau, G. (1990). Médicament et vieillissement: à la recherche d'une identité in Sanatorium Bégin, *La qualité de vie au troisième âge: plus qu'une question de gestion*. [Les cahiers des journées de formation annuelle du sanatorium Bégin; 9] (pp. 27-51). Ste-Foy: Sanatorium Bégin.
- Barer, M. L. et al. (1987). Aging and health care utilization: New evidence and old fallacies. *Social Science and Medicine* 24 (10), 851-862.
- Becker, M. H. (1993). A medical sociologist looks at health promotion, *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 1-6.
- Bellan, R. C. (1993). Les déficits budgétaires fédéraux: Quels fardeaux? Quels dangers? in P. Paquette, et M. Seccareccia (dir): *Les pièges de l'austérité* (pp. 41-59). Montréal et Grenoble: Presses de l'Université de Montréal et Presses de l'Université de Grenoble.
- Bérubé, L. (1990). La notion d'autonomie dans les politiques de la vieillesse au Québec et sa signification pour les femmes âgées. in H. David, *Actes du colloque: Le vieillissement au travail, une question de jugement* (pp. 150-152). Montréal: Institut de recherche appliquée sur le travail.

- Binney, E. A. et Estes, C. L. (1988). The retreat of the state and its transfer of responsibility: the intergenerational war, *International Journal of Health Services*, 18 (1), 83-96.
- Binney, E. A., Estes, C. L. et Ingman S. R. (1990). Medicalization, public policy and the elderly, *Social Science and Medecine*, 30 (7), 761-771.
- Burke M. et Stevenson H. M. (1993). Fiscal crisis and restructuring in medicare: The politics and political science of health in Canada. *Health and Canadian Society / Santé et société canadienne*, 1 (1), 51-80.
- Callahan, D. (1987). *Setting limits. Medical goals in an aging society*, New York: Simon and Shuster.
- Chambers, C.D. et al. (1987) Medical mood alteration among the elderly: victimization or deviancy? in C.D. Chambers, J.H. Lindquist, O.Z. White et M.T. Harter, (eds), *The elderly: victims and deviants*. (pp. 56-71). Athens, OH: Ohio University Press.
- Chappell, N. L. (1987). Canadian income and health-care policy : Implications for the Elderly. in Marshall, V. W. (dir.), *Aging in Canada, Social perspectives*, 2e édition (pp. 489-504). Toronto: Fitzhenry and Whiteside.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control, *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Conrad, P. et Schneider, J. W. (1980). *Deviance and medicalization*, St-Louis, The C.V. Mosby Co.
- Conseil québécois de la recherche sociale (1992). *Bilan des consultations sur huit problématiques prioritaires pour le Québec*, Québec: CQRS.
- Crawford, R. (1977). You are dangerous to your health, *International Journal of Health Services*, 7 (4), 663-680.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life, *International Journal of Health Services*, 10 (3), 365-388.
- EROS (1981). C.T.M.S.P., *L'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale du bénéficiaire*, Montréal: Université de Montréal.
- Estes, C. L. (1979). *The aging enterprise. A critical examination of social policies and services for the aged*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Estes, C. L. (1986). The politics of ageing in America, *Ageing and Society*, 6 (1), 121-134.
- Estes, C. L. et Binney, E. A. (1989). The Biomedicalization of aging: Dangers and dilemmas, *The Gerontologist*, 29 (5), 587-596.
- Evans, J. G. (1981). Epidemiology and aging. in J.C. Henrard (dir.), *Santé publique et vieillissement. Les colloques de l'INSERM* (pp.15-30). Paris: INSERM.
- Evans, L. et Williamson, J. B. (1984). Social control of the elderly. in M. Minkler, et C.L. Estes, (dir), *Readings in the political economy of aging* (47-72). Farmingdale: Baywood publishing co.

- Evans, R. G. (1988). *Reading the menu with better glasses: Aging and health policy research*. HPRU 88:3. Vancouver: University of British Columbia, Health policy research unit, Division of health services research and development.
- Evans, R. G. et al. (1989). The long good-bye: The great transformation of the B.C. hospital system. *Health services research*, 24 (4), 435-459.
- Evans, R. G. et Stoddart, G. L. (1990). Producing health, consuming health care. *Social science and medicine*, 31 (2), 1347-1363.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*, Paris, Presses universitaires de France.
- Freund, P. E. S. et McGuire, M. B. (1991). *Health, illness and the social body, a critical sociology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Fries, J. F. (1980). Aging, natural death and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303, 130-135.
- Gee, E. M. et McDaniel, S. A. (1993). Social policy for an aging society, *Journal of Canadian Studies*, 28 (1), 139-152.
- Getzen, T. (1992). Population aging and the growth of health expenditures. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47 (3), S98-104.
- Gillick, M. R., Serrell, N. A. et Gillick, L. S. (1982). Adverse consequences of hospitalization in the elderly, *Social Social Science and Medecine*, 16, 1033-1038.
- Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec: Gouvernement du Québec, MSSSS.
- Graveline, P. La république des sorciers. *Le Devoir*, 29 mars 1994.
- Groupe d'experts sur les personnes âgées (1991). *Rapport: Vers un nouvel équilibre des âges*. Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des services sociaux.
- Guillemard, A.-M. (1980). *La vieillesse et l'État*, Paris: Gallimard.
- Guillemard, A.-M. (1993). L'équité entre générations dans les sociétés démographiquement vieillissantes: un problème d'évaluation des politiques publiques, *Il Politico*, 58 (1).
- Hastings Center Report (1994). Special supplement: What do we owe the elderly (March-April).
- Hoskins, I. (1987). Intergenerational equity: An overview of a public policy debate in the United States, *Ageing International*, Spring, 5-13.
- House, J. S. et al. (1994). The social stratification of aging and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 35,(sept), 213-234.
- Klein, U. et al. (1976). The frequency of adverse drug reactions as dependent upon age, sex and duration of hospitalization. *International Journal of Clinical Pharmacology*, 13, 187-195.

- Lavoie, M. (1993). L'idéologie des discours budgétaires fédéraux: plus ça change, plus c'est pareil! in P. Paquette et M. Seccareccia (dir), *Les pièges de l'austérité* (pp. 105-130). Montréal et Grenoble: Presses de l'Université de Montréal et Presses de l'Université de Grenoble.
- Le Bras, H. (1994). Peut-il y avoir une théorie démographique du vieillissement? in J. Légaré et A.-M. Guillemard (dir), *Actes du colloque Accès à la retraite: Entrée dans la vieillesse?* Paris: Editions de l'Harmattan.
- Manga P. (1993). Health Economics and the current health care cost crisis: Contributions and controversies. *Health and Canadian Society\ Santé et Société canadienne*, 1 (1), 177-203.
- Manton, K. G. (1982). Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 60, 183-244.
- Manton, K. G. (1987). The linkage of morbidity and mortality: Implications of increasing life expectancy at later ages for health services demand. in Economic Council of Canada (dir), *Aging with limited health resources. Proceedings of a colloquium on health care* (pp. 39-50). Ottawa: Economic Council of Canada.
- Manton, K. G. (1991). The dynamics of population aging: Demography and policy analysis, *The Milbank Quarterly*, 69(2), 309-338.
- McDaniel, S. A. (1987). Demographic aging as a guiding paradigm in Canada's welfare state. *Canadian Public Policy / Analyses de politiques*, 13(3), 330-336.
- Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation (1993). *Notes de présentation de M. Simon Caron, sous-ministre adjoint*. Congrès des pharmaciens du Québec.
- Minkler, M. (1986). "Generational equity" and the new victim blaming: An emerging public policy issue, *International Journal of Health Services*, 16 (4), 539-551.
- Minkler, M. et Estes, C.L.(éds). (1990). *Critical Perspectives on Aging: The Political and Moral Economy of Growing Old*. (Policy, Politics, Health and Medicine Series) New York: Baywood Pub.
- Minkler, M. et Robertson, A. (1991). The ideology of "Age/ race wars": deconstructing a social problem. *Ageing and Society*, 11, 1-22.
- Morabia, A., Loew, F. et Takla, H. (1986). Medical care and social support for the elderly in Switzerland: imbalance and mix. *Social Science and Medicine*, 23, (12), 1327-1332.
- Murphy, B.B. et Wolfson, M.C. (1991). Le vieillissement de la génération du baby boom: effets sur le secteur public du Canada in *Séminaire sur les conséquences et incidences démographiques et économiques de l'évolution de la structure par âge de la population*. Ottawa, Canada, 24-28 septembre 1990. (Documents de recherche no 38) Ottawa: Statistique Canada, Direction des études analytiques. (Communication présentée devant la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe)

- Novak, M. (1993). *Aging and society: a Canadian perspective*. Scarborough: Nelson Canada.
- Organisation de coopération et de développement économique (1988). *Vieillesse démographique: Conséquences pour la politique sociale*, Paris: OCDE
- Renaud, M. (1981). Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État "narcissique". in L. Bozzini, et al.(dir). *Médecine et société, les années 80* (pp. 513-544). Montréal: Éditions St-Martin.
- Renaud, M. (1993). The future: Hygeia versus panakeia? *Health and Canadian Society\ Santé et société canadienne*, 1 (1), 229-247.
- Roos, N. P., Montgomery, P. et Roos L. L. (1987). Health care in the years prior to death. *The Milbank Quarterly*, 65(2), 231-254.
- Roos N. P., Shapiro E. et Havens B. (1987). Aging with limited resources: what should we really be worried about? in Economic Council of Canada (dir), *Aging with limited health resources. Proceedings of a colloquium on health care* (pp. 50-56). Ottawa: Economic Council of Canada.
- Roos, N. R., Havens, B. et Black, C. (1993). Living longer but doing worse: Assessing health status in elderly persons at two points in time in Manitoba, Canada, 1971 and 1983. *Social Science and Medicine*. 63 (3), 273-282.
- Roy, J. en coll. avec F. Saillant et A. Vézina (1994). *Priorités de recherche en soutien à domicile, bilan des consultations en CLSC*, [Rapport de recherche]. Québec: Centre de recherche sur les services communautaires, Faculté des sciences sociales, Université Laval.
- Santé Canada, Direction générale de la protection de la santé (1989). L'usage des médicaments chez les personnes âgées. *Actualités*, 20 septembre.
- Santé Canada, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information (1993). *Les dépenses en matière de santé au Canada: feuillet d'information*, Ottawa: Santé Canada
- Santé Canada. Division de l'information sur la santé (1994). *Les dépenses de santé au Canada: rapport sommaire provincial/territorial 1987-1991*. Ottawa: Santé Canada
- Statistique Canada (1991). *Vieillesse et autonomie*. Ottawa: Statistique Canada.
- Schwenger, C. W. (1987). Formal health care for the elderly in Canada. in V.W. Marshall, (dir.), *Aging in Canada: Social perspectives*, 2e édition (pp.505-519). Toronto: Fitzhenry and Whiteside.
- Stoddart G. L. (1987). Commentary. in Economic Council of Canada (dir), *Aging with limited health resources. Proceedings of a colloquium on health care* (pp. 68-71). Ottawa: Economic Council of Canada.
- Svanborg, A., Landahl, S. et Mellstrom, D. (1982) Basic issues in health care. in H. Thomae et G.L. Maddox (dir). *New perspectives on old age. A message to decision makers* (pp.31-52). New York: Springer publishing co.

- Svanborg, A. (1988). The health of the elderly population: Results from longitudinal studies with age-cohort comparisons. in D. Evered et J. Whelan (dir), *Research and the aging population* (pp. 3-16). Chichester: John Wiley and sons.
- Waxman, H.M., Klein, M. et Carner, E.A. (1985). Drug Misuse in nursing homes; an institutional addiction? *Hospital and Community Psychiatry*, 36, (8), 886-887.
- White, D. et Demers, A. (1993). *Professional colonization of the community: Public health and the elderly in the post-welfare state*(document interne du GRASP), Montréal, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention.
- Williamson, J. et Chopin J.M. (1980). Adverse reactions to prescribed drugs in the elderly: a multicentre investigation. *Age and Ageing*, 9, (2), 73-80
- Wood, J. B. et Estes, C. L. (1988). "Medicalization" of community services for the elderly, *Health and Social Work*, 13 (1), 35-42.
- Zola, I. K. (1991). The medicalization of aging and disability. In Albrecht, G.L. et Levy, J. A. (dir): *Advances in medical sociology*, vol.2 (pp. 299-315). Greenwich: JAI Press Inc.

Paul Morin

ORDRE ET NORMES: LA PSYCHIATRIE OBLIGATOIRE

ALORS QUE DES PSYCHIATRES QUÉBÉCOIS DÉNONCENT la judiciarisation de la psychiatrie qu'entraînerait le nouveau Code civil, le terme "psychiatrie obligatoire" peut sembler anachronique et teinté de notre pratique au sein d'un organisme de promotion et de défense des droits en santé mentale. Le droit constitue plus souvent qu'autrement une illusion pour les personnes psychiatisées. La démonstration en sera faite autour d'une discussion du droit à l'aide et à l'accompagnement et de l'internement involontaire.

La politique gouvernementale de santé mentale est axée principalement sur "la primauté de la personne". Elle s'accompagne d'un système de promotion, de respect et de défense des droits. En parallèle, les droits formels des usagers (notamment au niveau du consentement aux soins et de la procédure de garde obligatoire) ont été renforcés par le nouveau Code civil mis en vigueur en janvier 1994.

Cependant, l'accent mis par cette politique sur les droits et recours des usagers se distingue du processus de médicalisation de l'existence auquel participe la profession psychiatrique. En effet, la biologisation des problèmes de santé mentale empêche cette profession de saisir qu'elle incarne une contradiction "... entre une finalité thérapeutique hautement proclamée et des fonctions administratives de contrôle social" (Castel, 1980, p.161). La psychiatrie a toujours véhiculé ce double mandat: soin et détention. Mais le psychiatre, comme le dit Castel, n'en est pas nécessairement conscient :

"...le psychiatre se voit presque toujours comme un spécialiste dont la compétence s'efforce de traiter aussi "scientifiquement" que possible la maladie mentale." (1980, p. 161)

L'analyse de Vinet, suite à son observation participante à l'hôpital psychiatrique de Rivières-des-Prairies au début des années 70, renforce ce constat :

"... la pratique psychiatrique n'a jamais pu se dégager du fait qu'elle est mandatée par une société pour disposer de ses membres déviants... D'un même mouvement, il [le psychiatre] utilise les confidences de l'interné pour le mieux soigner et pour décider du moment de sa libération. La psychiatrie institutionnelle cumule ainsi des mandats légaux sanctionnant des valeurs collectives et des mandats thérapeutiques supposément adaptés aux besoins de chaque individu malade." (1975, p. 190).

Nous présenterons d'abord les différentes composantes du système de promotion et de défense des droits prôné par la politique de santé mentale, pour ensuite traiter de cette contradiction qui fait de la psychiatrie une véritable auxiliaire du droit. Nous illustrerons, à partir d'exemples récents, comment la défense des droits des personnes psychiatisées se heurte au privilège thérapeutique, renforce la nature adversative du système et est tenue responsable par les professionnels et les associations de famille de la dégradation de la relation médecin-patient ou de l'augmentation des sans-abris.

L'articulation entre le droit et la clinique ne pourrait être féconde si cette dernière continue de réduire la personne à ses symptômes. Seul un mouvement thérapeutique progressiste, à l'exemple de la démarche italienne (Ongaro-Basaglia, 1992), peut dépasser la contradiction psychiatrique évoquée plus haut. Celle-ci apparaît de ce fait comme la résultante d'un ordre social qui s'en nourrit. La lutte contre la ségrégation des psychiatisés constitue donc la priorité première de la réforme italienne et s'inscrit dans une lutte socio-politique émancipatrice. Elle exhorte toute la société et appelle à une redéfinition de ses institutions. Comme l'a exprimé Verdès-Leroux "Modifier les

conditions de traitement du malade mental, les modes de relation avec lui, c'est donc engager la société toute entière à se redéfinir dans ce qu'elle est et ce qu'elle n'est pas" (1970, p. 173). La spirale de conflits entre le droit et la clinique qui se dessine au Québec ne pourra s'atténuer sans une pratique thérapeutique libérée de son mandat de contrôle social basé sur la dangerosité.

La primauté des droits de la personne

Quatre principales mesures ont été identifiées par le Ministère de la santé et des services sociaux afin de rendre efficace le système de promotion, de respect et de protection des droits en santé mentale: 1) la création et la consolidation des organismes communautaires de promotion et de défense des droits; 2) l'accompagnement des usagers; 3) l'engagement du réseau de services en cette matière; 4) l'accès à un recours formel et indépendant.

L'aide et l'accompagnement sont indispensables à l'exercice de la défense des droits des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Elles permettent de pallier deux problèmes fondamentaux auxquels se heurte l'exercice des droits : le manque d'information et les difficultés d'accès aux différents recours.

Un programme de formation, qui vise à faciliter la reconnaissance et l'exercice des droits des usagers a été élaboré pour ces derniers et pour les intervenants, suite aux recommandations du rapport du groupe de travail "Promotion, respect et protection des droits" produit par la Direction de la santé mentale en 1991. La formation est assumée par les groupes régionaux de promotion et de défense des droits. Les points abordés durant la formation comprennent le droit aux services; le secret professionnel et la confidentialité; l'accès aux dossiers; le mandat et les régimes de protection; le consentement aux soins; la cure libre et la cure fermée; la loi sur la sécurité du revenu.

De manière générale, l'adoption de la loi 120 (Loi sur la santé et les services sociaux) et la réforme du Code civil ont renforcé les droits des usagers. Ainsi, l'article 10 du Code civil stipule que:

"Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé."

Si une personne médicalement reconnue "inapte à consentir" exprime un refus de traitement, l'établissement doit, s'il souhaite traiter cette personne, s'enquérir d'un ordre de cour. La section II du Livre premier du Code civil ayant trait à la garde en établissement et à l'examen psychiatrique énonce les règles à suivre dans ce cas. Les commentaires du ministre de la Justice sont des plus instructifs :

"L'examen psychiatrique et la garde obligatoire d'une personne dans un établissement de santé, contre son gré, constituent une exception très importante aux principes fondamentaux d'inviolabilité et de liberté des personnes. Il était donc primordial d'intégrer cette exception au Code civil pour en limiter l'occurrence et s'assurer qu'une personne ne puisse être privée de sa liberté sans une décision du tribunal, prise après consultation d'experts et audition de la personne concernée."(Code civil, 1993, p.11).

Ainsi le code de procédure civil est formel: la personne doit être entendue, sauf exception, lors de l'audition d'une requête pour examen clinique psychiatrique ou lors d'une requête pour garde obligatoire dans un établissement de santé.

La Loi 120 a, quant à elle, introduit un droit nouveau, l'accompagnement:

"Tout usager a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement. " (article 11).

Le document du ministère "Une réforme pour le citoyen" avait énoncé de façon très explicite l'intention du législateur sur cette question:

"La reconnaissance des droits des usagers risquerait de rester lettre morte si elle n'était pas accompagnée de mécanismes ou de moyens pour soutenir les usagers dans l'exercice de leurs droits. Les usagers peuvent ainsi sentir le besoin d'être mieux informés, d'obtenir de l'aide et d'être accompagnés lorsqu'ils désirent porter plainte. Il importe alors qu'ils aient facilement accès à des ressources orientées d'abord et avant tout vers la promotion et la représentation de leurs droits et de leurs intérêts et ce, à tous les paliers du réseau."(cité par Ménard, 1993, p.27).

Le respect des droits fondamentaux et l'ajout de nouveaux droits resteront une illusion tant et aussi longtemps que le double mandat de la psychiatrie (soin et détention) persistera.

La contradiction psychiatrique

Point de jonction du judiciaire et du sanitaire, le système psychiatrique s'est toujours appuyé sur le concept de "dangerosité sociale du malade" (Giannichedda, 1991). Ce concept, paradigme de l'internement, constitue le fondement de la contradiction psychiatrique. L'internement découle cependant des normes et valeurs d'une société et démontre donc un caractère relatif et arbitraire. Kraepelin, fondateur de la nosographie psychiatrique actuelle, reflétait les craintes de son époque lors de son enseignement: "Méfions-nous, méfiez-vous, jeunes médecins qui m'écoutez, le fou est dangereux et le restera jusqu'à sa mort qui, malheureusement, n'arrive que rarement tardivement! " (1993, p.12). Au Québec aussi, la tolérance envers la marginalité a varié : au 19^e siècle, " l'abandon de la pratique religieuse suffisait pour rendre éligible à l'asile " (Rapport du Comité, 1973, p. 54). La loi de 1909 sur les asiles d'aliénés obligeait l'institution à faire parvenir, dans les trois jours suivant l'admission d'une personne à l'hôpital, une copie du rapport du surintendant médical au curé de la paroisse. Cette loi a été en vigueur jusqu'en 1950. D'ailleurs, la Commission Rochon (1988) reprenait cette affirmation de la Commission Castonguay-Nepveu (1970) :

"Il est hasardeux de juger de l'évolution des maladies mentales, car les critères d'évaluation varient beaucoup d'une époque à l'autre et sont fortement teintés des valeurs culturelles qui ont cours." (Rapport de la Commission, 1988, p.61).

L'histoire de la psychiatrie est en effet caractérisée par une oscillation entre les approches biomédicales et psychosociales. Aujourd'hui cette profession accentue la dimension neurophysiologique des troubles mentaux. Ce vent de médicalisation met les connaissances biologiques au premier plan des préoccupations de recherche. La recherche médicale permettrait ainsi de régler le problème de société causé par les malades mentaux chroniques. Appelbaum exprime bien cette tendance de fond:

"Le véritable progrès viendra des laboratoires de Bethesda, de San Diego ou de New-York. Quelqu'un dans un laboratoire quelque part va trouver un récepteur qui, lorsque bien stimulé, éclaircira les désordres de pensée et arrêtera les hallucinations auditives, où ils trouveront un virus... Si vous avez un bon traitement, la société, vu l'ampleur du problème, permettra son usage. Il s'agit de tenir le fort jusqu'au moment où les chercheurs effectuent une découverte." (cité dans Isaac & Armat, 1990, p. 345).

Nous en sommes au point où certains psychiatres "considèrent comme désormais presque comme un non sens de parler avec leurs patients, car pour eux tout est dans la biologie moléculaire " (Lehman, 1992, p. 1).

Corin n'a pu alors s'empêcher de souligner le caractère paradoxal de cette démarche:

"Alors que la compréhension des problèmes de santé physique semble s'ouvrir à l'idée de l'influence des facteurs émotionnels sur les troubles somatiques et leurs évolutions, à travers notamment les travaux en psychoneuroimmunologie; les psychiatres semblent

hypostasier l'action des facteurs somatiques sur le psychisme. "(1993, p.7).

L'illusion scientifique en psychiatrie fait donc fureur en s'appuyant sur une valeur prétendument sûre: les progrès de la médecine. L'autorité de l'expert ne saurait alors être remise en question puisqu'il s'agit de maladies biologiques. La psychiatrie devient alors tout simplement une branche de la médecine. Elle n'a plus qu'à prescrire. Ceux qui tiennent d'autres positions seraient alors des idéologues plutôt que des scientifiques.

La spirale de conflits

Aux États-Unis, le mouvement de défense des droits des psychiatisés affronte aujourd'hui un ressac particulièrement vigoureux. Le livre d'Isaac et d'Armat "Madness in the streets...." représente un exemple de cette critique du droit au refus de traitement et de cette affirmation du droit au traitement. Pourtant, les pratiques coercitives en psychiatrie sont généralisées: seul l'État de New-York n'a pas de législation sur la garde à distance. Cette mesure permet à une personne de vivre dans la communauté conditionnellement à l'acceptation de se conformer à un plan de traitement. La détention psychiatrique prend alors une expansion hors des murs hospitaliers.

La garde à distance est recommandée par la Conférence d'uniformisation des lois du Canada. Au Québec, le long processus de révision de la Loi de Protection du malade mental révèle que nous n'échappons pas à ce débat: l'article 28 de l'avant-projet de loi de 1990 stipulait qu'

"...une personne qui est sous garde dans un Centre hospitalier peut être autorisée par son médecin traitant, dans le cadre du plan de soins établi à son égard, à vivre à l'extérieur de ce centre, sous réserve de conditions écrites particulières en ce qui concerne le traitement."...

Cette personne demeure toutefois sous garde.

"Le médecin traitant peut annuler sans préavis son autorisation en cas de manquement à une condition ou s'il est d'avis que le traitement mentionné dans son autorisation n'est pas efficace. L'annulation de l'autorisation constitue pour un agent de la paix une autorisation suffisante pour détenir sous garde la personne qui y est nommée et l'amener dans les meilleurs délais à un Centre hospitalier."

Si l'Association des hôpitaux du Québec approuve une telle mesure, le Comité de santé mentale du Québec n'est pas du même avis:

"...la garde à distance a pour conséquence de placer la personne dans une situation de liberté surveillée. Le danger imminent n'est plus, dans ce contexte, l'objet premier de l'intervention. C'est davantage le danger appréhendé. La contrainte de devoir reprendre les procédures de cure fermée ne justifie pas...une approche de liberté sous condition." (1993, p. 6).

Cette mesure est encore hypothétique, mais on ne peut en dire autant de la médicalisation du droit pénal. Ainsi, des ordonnances de traitement sont émises par les tribunaux dans le cadre d'une sentence. Suite à une expertise sur l'aptitude de la personne incriminée à comparaître, le psychiatre recommandera souvent une telle ordonnance; afin de freiner la marginalisation, il évaluera que des mesures coercitives sont nécessaires pour soutenir la motivation de l'individu. Un juge peut ainsi ordonner à un contrevenant, dans le cadre d'une probation, de suivre les traitements recommandés par son psychiatre, pendant une, deux, trois années...

Laberge et Morin (1992, p. 53) constatent l'étendue de cette pratique. La majorité des psychiatres qu'ils ont consultés souhaitaient le développement d'un encadrement légal qui force l'observance au traitement par la menace de la détention, impliquant nécessairement une judiciarisation préalable des individus. La symbiose entre le droit et la psychiatrie pour contrôler la dangerosité est manifeste.

Actuellement, le point majeur de frictions a trait au droit à l'aide et à l'accompagnement. En novembre 1993, une décision du

Commissaire aux plaintes en matière de santé et de services a interprété de façon restrictive ce nouveau droit. La plainte concernait le refus d'un psychiatre du centre hospitalier de Gatineau de procéder, en présence d'une conseillère de Droits Accès de l'Outaouais, à une évaluation de la plaignante demandée par la Régie des Rentes du Québec. Le Commissaire a estimé que le droit à l'aide et à l'accompagnement ne s'applique qu'à une situation antérieure ou postérieure à la prestation d'un service. L'évaluation requise par la Régie des rentes étant considérée comme un service, la plainte fut rejetée. De plus, un professionnel, en vertu de l'article 6 de la Loi 120, pourrait seul décider si une personne peut être accompagnée ou assistée lors de la prestation d'un service. La présence d'un accompagnateur dépend donc de la bonne volonté du professionnel de la santé.

Tout comme le médecin décide unilatéralement de l'application du droit à l'accompagnement lors de la prestation de services, il aurait aussi la latitude pour décider si l'usager hospitalisé peut avoir accès à un organisme de défense des droits. L'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville est devenu le premier établissement à adopter une politique face aux requêtes d'interventions de divers services d'aide et d'accompagnement des usagers. Une partie de cette politique, adoptée en 1994, se lit comme suit:

"2.1 Consentement de l'usager:

- l'usager doit demander l'accompagnement de façon expresse; l'accompagnement n'est pas un automatisme mais un geste ponctuel;
- obtenir une autorisation écrite de l'usager pour toute intervention formelle des services d'accompagnement;
- préciser avec l'usager le mandat de l'accompagnateur.

2.3 En cas de refus, expliquer à l'usager les motifs de refus et en consigner les raisons au dossier, soit:

- a) mandat outrepassé
- b) ingérence dans le traitement
- c) ingérence dans la relation thérapeutique
- d) le tiers agit comme superviseur du clinicien
- e) substitution au traitement des plaintes"

Le formulaire est contresigné par le médecin traitant. Au cas où la demande de l'usager est accordée, celui-ci ne peut recevoir l'accompagnateur que durant les heures de visite réservées aux parents et amis.

Cette politique s'inscrit entièrement dans la lignée d'un avis juridique reçu par l'Association des médecins psychiatres du Québec. Cet avis dit:

"Étant donné la relation privilégiée existant entre le médecin psychiatre et l'usager, le rôle de l'accompagnateur peut facilement nuire à la relation thérapeutique. Par ailleurs, il est clair que le médecin psychiatre pourra refuser toute ingérence contraire au bien-être de l'usager. Le médecin psychiatre demeure le professionnel compétent pour décider du contenu clinique et l'accompagnateur ne peut qu'assister l'usager dans l'exercice de son droit d'être informé...Le psychiatre n'a pas à négocier avec l'accompagnateur. Celui-ci est là pour transmettre de l'information." (cité par Bouchard, 1993, p.17).

Comme l'a exprimé le Dr Matte, ex-directeur de la santé mentale au M.S.S.S., "...on veut s'assurer qu'il n'y aura pas d'interférence dans les relations de confiance thérapeutique" (1993, p.2). Être psychiatre signifie donc avoir une identité de docteur à qui on n'impose pas de contraintes en ce qui concerne les services à rendre. L'anthropologue anglais Evans-Pritchard a bien résumé ce principe d'autorité médicale absolue : le médecin ne peut admettre que son raisonnement soit faux.

L'ouverture italienne

La démarche italienne nous procure un contrepoids utile au rôle de plus en plus légalement reconnu des hôpitaux psychiatriques. Franco Basaglia, à l'époque directeur de l'hôpital psychiatrique de Trieste, l'un des principaux lieux où s'est élaborée et développée, au cours des années 70, une forme nouvelle et alternative de psychiatrie, a été le principal porteur des principes fondamentaux de ce mouvement anti-institutionnel. Castel les a résumés comme suit:

"Toute entreprise de transformation de la psychiatrie est vaine si elle ne passe par la destruction de l'hôpital psychiatrique traditionnel. La forme asile est tellement prégnante – tellement totalitaire – qu'elle phagocyte et finalement stérilise toutes les initiatives "avancées" qui se prennent dans ses marges.

Pas de destruction réelle de l'hôpital psychiatrique sans un travail sur la communauté immédiate et sur la société qui permette d'implanter des modes complètement nouveaux de prise en charge des sujets en état de difficultés psychiques. "(1983, pp. 630-631).

Cette déstructuration de l'asile prend appui sur le territoire, perçu comme l'espace d'enracinement concret d'une collectivité. Le processus requiert un long et patient travail d'instauration d'un tissu communautaire. La désinstitutionnalisation doit donc être envisagée comme un processus complexe et de longue durée. Elle exige une revitalisation du local, d'où la nécessité de penser le territoire autrement que comme un simple support physique.

En Italie, depuis l'adoption de la célèbre loi 180 en 1980, la psychiatrie, "...cas unique dans les législations occidentales a été finalement et au fond libérée de l'ombre de la justice dans son véritable territoire" (Giannichedda, 1991, p.147). La dangerosité sociale du malade et par conséquent le paradigme de l'internement ne constituent plus une référence légale; une opération de déconstruction de ce concept s'est effectuée. Une seule loi régit les agissements des professionnels dans différentes problématiques de santé. La santé mentale n'a donc pas sa loi d'exception. Selon Giannichedda:

"La loi veut donner à la personne une contractualité d'un type nouveau, qui la garantit, non seulement du risque de compression de ses droits pour raisons thérapeutiques, mais aussi du risque opposé, que la liberté, l'autodétermination, ne se traduisent par l'abandon et la déresponsabilisation du sanitaire. "(p.169).

En vertu de cette loi, le traitement psychiatrique obligatoire peut s'effectuer s' "il existe des altérations psychiques qui requièrent des interventions thérapeutiques urgentes, non acceptées par le malade et qu'il n'y a pas les conditions et les circonstances qui permettraient d'adopter des mesures sanitaires extra hospitalières opportunes et appropriées " (article 35)

L'expérience italienne nous rappelle que la folie s'appréhende de multiples façons si l'on refuse l'idéologie de la maladie mentale. La folie peut trouver espace dans la communauté à condition, notamment, que l'asile disparaisse et que les experts ne soient plus en charge du problème de la marginalisation sociale. L'articulation de la folie à l'ensemble du système social doit ainsi être élaborée et construite.

Conclusion

La compatibilité entre normes juridiques et médicales en ce qui a trait à la santé mentale au Québec pose problème. L'illusion scientifique perdure et rend le réseau de services peu perméable à l'articulation de la souffrance psychique et du droit. Mais comment pourrait-il en être autrement quand le but social visé en santé mentale, soit l'intégration de la personne à sa communauté, continue à être en porte à faux avec le droit, à cause du double mandat confié à la psychiatrie?

En fait nos lois reflètent l'ambivalence de notre société par rapport à la folie: s'en tenir loin ou chercher à l'inclure. Le concept de dangerosité sociale constitue également une voie de secours devant les impasses du système comme en fait foi la médicalisation du droit pénal et l'augmentation constante de personnes psychiatisées et judiciarisées.

Le défi pour les cliniciens est d'offrir un lieu et un mode de relation qui démente totalement la culture de l'internement. Cette nouvelle culture ne réduirait plus la personne à sa maladie et permettrait la recherche d'une solution contractuelle entre les parties impliquées.

En ce sens, le privilège thérapeutique constamment invoqué par les médecins et leurs alliés nous apparaît être un élément essentiel de la confrontation actuelle se situant aux antipodes d'une clinique renouvelée.

Références bibliographiques

- Association des hôpitaux du Québec, Direction des affaires juridiques (1994). *La garde en établissement*, Montréal: AHQ.
- Bouchard, J. (1993). L'accompagnement et l'assistance, selon l'article 11 de la loi 120. *Le Médecin du Québec*, octobre, 17-120.
- Castel, R. (1983). La ville natale de "Marco Cavallo" Emblème de l'antipsychiatrie. *Critiques*, vol. XXXIX (435-6) 628-636.
- Castel, R. (1980). Sur la contradiction psychiatrique. In Basaglia, F. (dir.): *Les criminels de paix* (pp.161-176). P.U.F., Paris.
- Centre hospitalier Sainte-Croix de Drummondville (1994). *Politique face aux services d'aide et d'assistance*.
- Ministère de la Justice (1993). *Code civil annoté, Livre premier: des personnes, Commentaires du Ministre de la Justice*, Québec: Ministère de la Justice.
- Comité de santé mentale du Québec (1993). *Commentaires à des projets d'articles de la Loi sur la Protection du malade mental*, Québec: Le Comité.
- Commissaire aux plaintes en matière de santé et de services sociaux. (1993). *Lettre à Mme X*. 3 novembre.
- Corin, E. (1993). Les détours de la raison, Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie. *Anthropologie et Sociétés*, 17(1-2), 5-21.
- Giannichedda, M-G. (1991). Le traitement sanitaire obligatoire. In Louzon, C., (dir.): *Législations de Santé mentale en Europe (Angleterre, Écosse, Espagne, France, Italie)* Rapport d'étude Contrat d'étude (pp.164-189). Paris: Bureau de la psychiatrie, Direction générale de la santé, Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.
- Isaac, R.J., Armat, V.C. (1990). *Madness in the streets*, New-York: Free Press.
- Kraepelin, E. (1993). *La folie maniaque-dépressive*, Texte présenté par J.Postel et D.F.Allen, Paris: Éd.Jérôme Millon.
- Laberge, D., Morin, D. (1992). *Les clientèles 'Psychiatrie-Justice': Problèmes de prise en charge et d'intervention*, Montréal: Les Cahiers du GRAPP.
- Lehman, H. (1992). Entrevue avec, *Actualité médicale*, décembre
- Matte, G. (1993). *Lettre aux présidents et présidentes des Conseils d'administration des organismes communautaires en santé mentale, C.L.S.C., C.H. courte durée avec département de psychiatrie, C.H. psychiatriques*, Québec, le 15 décembre.
- Ménard, J.-P. (1993). *Avis juridique sur l'aide et l'accompagnement pour l'A.G.I.D.D.-S.M.Q. et le C.D.D.M. (article 11)*. Montréal.
- Ministère de la Justice, Direction générale des affaires juridiques, Santé et services sociaux (1993). *Avis juridique sur le droit à l'aide et à l'accompagnement*. 1 octobre.
- Avant-projet de Loi sur la garde en établissement*. (1990). Québec.
- Ongaro-Basaglia, F. (1992). Politics and Mental Health II. *The International Journal of Social Psychiatry*, 38(1) 36-39.

- Commission d'enquête sur les services de santé et de services sociaux (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et de services sociaux*. Québec: Les Publications du Québec.
- Rapport du Comité d'étude sur les services psychiatriques de la région 03, (1973). Québec
- Verdès-Leroux, J. (1970). La contestation des structures asilaires. *Cahiers internationaux de sociologie*, 49, 167-176.
- Vinet, A. (1975). *Un asile psychiatrique au Québec: Institution et signification de la maladie mentale au Québec*. Thèse de doctorat de sociologie, Université Laval. Québec.

Deena White et Marie-Claude Roberge

LE COMMUNAUTAIRE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE: CONTINUITÉ OU INNOVATION?

LE RECOURS AUX RESSOURCES communautaires et "alternatives" plutôt qu'aux institutions publiques et l'accent mis sur l'insertion sociale plutôt que sur la gestion des symptômes sont souvent présentés comme autant d'éléments du processus de démedicalisation des interventions en santé mentale. Dans cet article, nous chercherons à nuancer cette conception. Pour ce faire, deux arguments seront développés.

Nous soutiendrons dans un premier temps que la démedicalisation comme la médicalisation sont les pôles constitutifs d'un même processus qui s'inscrit dans le paradigme médical. Ce paradigme comprend l'ensemble des pratiques de contrôle social (thérapeutiques, préventives et autres) imbriquées d'un discours scientifique sur le fonctionnement et le comportement du corps humain, et sur la manière de l'améliorer. Dans cette optique, nous constatons que le caractère essentiellement oppositionnel du mouvement communautaire et de celui dit "d'antipsychiatrie" confirme le rôle directeur qu'exerce le paradigme médical, et que bon nombre de pratiques alternatives cherchent toujours à se valoriser en recourant à des discours scientifiques et à des pratiques professionnelles (Rhéaume et Sévigny, 1988).

Dans un deuxième temps, nous avancerons que les ressources communautaires et alternatives en santé mentale laissent quand même présager un nouveau paradigme qui ne s'appuie ni sur des

connaissances scientifiques ni sur une préoccupation d'intervention sur le corps ou sur le comportement des individus. Reposant sur la solidarité, la vie associative, l'entraide, la concertation et le consensus, les pratiques communautaires ne s'inspirent pas de la science mais plutôt du désir d'appartenance et de la recherche d'identité. Nous appuyons d'ailleurs qu'il s'agit d'un ensemble de pratiques de contrôle social (Rhéaume et Sévigny, 1993) qui contribuent à définir un problème social auparavant inédit - à savoir, l'exclusion - et à faire éclater les frontières entre les diverses populations-cibles définies dans le cadre du paradigme médical.

Nous débuterons cet essai par un bref rappel des conditions sociales qui ont érigé la médecine en instrument de contrôle social dans les sociétés occidentales. Nous esquisserons ensuite la petite histoire des pratiques et politiques en santé mentale pour illustrer la double nature, à la fois médicalisante et démedicalisante, de leur développement. Enfin, nous développerons l'idée que la transformation des techniques d'intervention "alternative" en pratiques "communautaires" répond aux exigences créées par une société de plus en plus fragmentée, où l'exclusion guette un nombre grandissant de groupes sociaux.

Contrôle social, médicalisation et communautarisation

Le concept de contrôle social est souvent défini en termes d'oppression et d'exploitation. Sans rejeter ces dimensions, nous considérons le contrôle social avant tout comme un principe organisateur de la société qui entraîne à la fois la régulation et l'intégration sociale. Le contrôle social renvoie donc à l'ensemble des formes de pouvoir, contraignantes mais aussi transformatrices, qui caractérisent le fonctionnement de la société. Toute société se maintient, après tout, par le contrôle social.

Dans les sociétés modernes, le contrôle social qui s'exerce par la médecine dans son sens large applique des connaissances scientifiques à la gestion du corps et des populations (Turner, 1984, 1992; Castel, 1979, 1991). L'autorité professionnelle de ceux et celles qui maîtrisent ces connaissances, l'institution et le cabinet privé comme lieux de pratique et la mise en oeuvre de technologies de pointe sont tous des processus associés à ce genre de contrôle social, contrôle qui se présente comme thérapeutique plutôt que coercitif. Le paradigme médical semble être

entériné par la population dans son ensemble au sein des sociétés industrialisées depuis presque un siècle (Donzelot, 1977). Il est appuyé par la légitimité et le monopole que l'État accorde aux professions et aux institutions médicales pour le contrôle d'un nombre grandissant de comportements ou de conditions (la maternité, la consommation de l'alcool, les comportements bizarres, etc.).

Les premières critiques vis-à-vis ce que l'on appelle la "médicalisation" prennent forme durant les années 1960 (Szasz, 1961; Goffman, 1961; Foucault, 1963). Celles-ci, taxées d'idéologie antipsychiatrique sont d'abord dirigées envers la psychiatrie et dénoncent non seulement les abus et les effets pervers des pratiques médicales d'aide aux personnes connaissant des troubles mentaux, mais aussi la dimension de contrôle qu'elles sous-tendent. Les tenants de cette idéologie en appellent à la désinstitutionnalisation des "malades mentaux" et rejettent les technologies médicales (les drogues, les chocs électriques et la chirurgie) comme seuls moyens de réduire la détresse psychosociale. En lieux et place, l'alternatif antipsychiatrique prône une vision holistique des problèmes psychosociaux et l'intégration des personnes ayant des problèmes de santé mentale dans la communauté.

Tout comme d'autres opposants au paradigme médical, l'idéologie antipsychiatrique s'incarne concrètement dans des organismes non-gouvernementaux qui se constituent comme une alternative aux institutions de l'État. Ces organismes dits "communautaires" ou "alternatifs" portent un discours préconisant des relations basées sur le soutien et l'entraide plutôt que le traitement, sur l'autonomie et le libre choix plutôt que la passivité et les services uniformes, sur l'égalitarisme plutôt que l'autorité professionnelle et les structures bureaucratiques (Lamoureux, 1994). La rubrique "communautaire" -au moins au Québec mais plus récemment, aux États-Unis et en Europe aussi- comprend, en effet, l'ensemble des valeurs organisationnelles antagonistes à celles incarnées dans les établissements publics, et dans les entreprises privées (Godbout, 1992). Sur le plan expressif et signifiant, le mot "communautaire" a aussi l'avantage de traduire les sentiments d'appartenance, de sécurité et de soutien.

Paradoxalement, la notion de "communauté" dans son acception première et traditionnelle ne fait aucunement référence à l'autonomie, au libre choix, à la tolérance ou à l'égalitarisme. Nous nous référons ici au *gemeinschaft*, communauté intégrée, autonome, solidaire, fondée

sur le sentiment d'appartenance de ses membres et désignée par les frontières symboliques d'une culture commune. Au contraire, dans la communauté traditionnelle les personnes ont peu d'emprise sur leur vie et sont contraintes à des règles inéluctables imposées par le statut et les origines, et entérinées par les instances politiques et religieuses. L'appartenance et la solidarité allaient de pair avec l'assujettissement et la tyrannie. Pourquoi alors supposer que le communautaire moderne ne correspond-il pas lui aussi à des formes de contrôle social?

Médicalisation et démedicalisation dans le champ de la santé mentale

Plusieurs auteurs ont relevé le lien entre la médicalisation de la gestion des comportements (dont la folie) et l'essor de l'industrialisation. Cette dernière, impliquant l'urbanisation rapide et l'exploitation de la force de travail des individus, a entraîné l'affaiblissement sinon la perte de la communauté traditionnelle et, en conséquence, le recours nécessaire à de nouvelles formes de contrôle social (Rothman, 1971; Scull, 1984). La religion et les droits divins se sont transposés à la science pour identifier, expliquer et traiter les conduites pouvant ébranler le nouvel ordre social (Szasz, 1977; Conrad, 1992). Aussi, la science fournit-elle les outils et les techniques capables de répondre de façon efficace aux besoins nouveaux de la société industrielle: elle permet, d'une part, d'imposer la discipline dans une société de plus en plus axée sur l'individu, et d'autre part, de concevoir une société apparemment éclatée comme un corps organique sur lequel on peut et on doit agir (Smart, 1984; Turner, 1992). La médecine, en tant que science appliquée, devient une stratégie autorisée à traiter le corps humain, autant son anatomie que ses comportements (Zola, 1972). La médecine publique vient jouer le même rôle auprès de populations ciblées comme les pauvres, les mères célibataires et d'autres (Castel, 1994).

C'est ainsi que les fous sont diagnostiqués comme malades mentaux, susceptibles de se réadapter s'ils se soumettent à l'intervention psychiatrique. L'histoire du passage de la folie d'un enjeu moral à un problème médical est racontée par plusieurs auteurs et selon plusieurs perspectives (Foucault, 1961, 1963; Rothman, 1971, 1980; Szasz, 1977; Grob, 1991); elle est assez bien connue et nous n'avons donc pas l'intention de la répéter ici. Une dimension toutefois de cette

histoire qui nous intéresse mais qui est peu soulevée renvoie à la notion d'aide et d'accompagnement, qui a émergé dès les débuts de la prolifération des discours complémentaires au discours médical sur la folie. Parallèlement au processus de médicalisation, le mouvement de réadaptation psychosociale prendra de plus en plus d'importance. Aussi, à l'emprise des psychiatres s'additionnera toute une gamme d'intervenants non médicaux comme les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes. La réadaptation passant par l'intervention biomédicale sur le cerveau est complétée par la réadaptation passant par l'intervention psychosociale sur le comportement.

Certains diront que cette scission du discours sur la folie entre le psychiatrique d'une part et le psychosocial de l'autre annonce une démedicalisation naissante du champs. Une interprétation plus juste irait dans le sens de dire que cette accumulation de nouvelles pratiques et professions pour traiter la folie renforce la psychiatrie et n'est que l'ajout de discours et d'interventions auxiliaires. Ces dernières s'appuient elles aussi sur des sciences appliquées comme la psychologie et l'ergothérapie pour élaborer des thérapies, et jouissent aussi de la légitimité et de l'autorité des professions. Leurs pratiques se développent aussi au sein des hôpitaux psychiatriques. Cependant, ces professionnels auxiliaires sont tenus par la loi de reconnaître l'autorité suprême de la médecine et donc du psychiatre.

La médicalisation de la folie est d'ailleurs accompagnée par la *communautarisation* des pratiques. Rappelons que le remplacement des asiles fonctionnant sous l'égide des bonnes soeurs par les hôpitaux psychiatriques gérés par des médecins a aussi impliqué la démolition des murs autour de l'institution et son "ouverture" à la "communauté". En effet, la "psychiatrie communautaire" est née dans les années 1950 au moment même où les psychiatres développaient leur discours biomédical sur l'étiologie de la maladie mentale et des traitements médicamenteux. Car traiter efficacement les malades mentaux (le contrôle des hallucinations, par exemple, ou des sautes d'humeur), devait signifier de les rendre aptes à vivre dans la société. Plus important encore, la désinstitutionnalisation des malades mentaux permettrait la désinstitutionnalisation des psychiatres. Dorénavant, ils pourraient pratiquer la psychiatrie en tant que spécialistes dans leurs cabinets privés et dans leurs propres départements et cliniques au sein

des hôpitaux généraux, comme tout autre médecin, entourés par des professionnels auxiliaires.

Prenons l'exemple du Québec. Si en 1950, il n'y avait guerre qu'un psychiatre au Québec, en 1962 il y en avait déjà 162 qui cherchaient à faire leur place dans la société et surtout au sein de la profession médicale. La publication du Rapport Bédard (1962) constituait en soi une stratégie développée à cette fin: obtenir la reconnaissance de l'État pour être les chefs d'oeuvre d'une réorganisation complète de la gestion des fous. D'autres stratégies énoncées dans ce rapport comprenaient l'établissement de la pratique médicale "normale" dans les hôpitaux, les cliniques externes et les cabinets privés, l'annonce de la fermeture éventuelle des asiles (la désinstitutionnalisation), et la réunion d'équipes multidisciplinaires autour du psychiatre pour faciliter l'intégration dans la communauté de cette population. L'objectif de la "normalisation" de la vie des malades mentaux visait la participation de la "communauté", par le recrutement de familles d'accueil. Parallèlement, la psychiatrie reconnaît et aborde le traitement des problèmes transitoires et plus légers de santé mentale - la dépression et l'anxiété, par exemple - des problèmes que n'importe qui dans la population pouvaient ressentir. Dans l'ensemble, ces développements ont conduit au Québec à la transition du paradigme essentiellement moral par rapport à la folie au paradigme carrément médical incluant le communautaire.

Le passage du concept de maladie mentale vers celui de *santé* mentale qui s'est opéré au cours des années 1980 au Québec et ailleurs peut, comme la psychiatrie communautaire, laisser croire qu'un processus de démedicalisation soit à l'oeuvre. A cet égard, un document publié par le gouvernement canadien intitulé *La santé mentale des canadiens: vers un juste équilibre* (Santé et Bien-être social Canada, 1988) affirme qu'il y a une distinction à faire entre l'approche axée sur la maladie mentale et celle axée sur la santé mentale. En même temps, les auteurs expliquent que la médecine psychiatrique devrait tenir compte des problèmes affectifs et relationnels, autant ceux résultant de facteurs biologiques que psychosociaux. Elle devrait se préoccuper de diagnostic et de traitement, mais aussi de la prévention et de la réadaptation. Comme Castel (1981) l'a montré, l'ouverture au concept de *santé* mentale ne peut qu'agrandir l'éventail de personnes et de situations susceptibles d'être traitées médicalement.

Examinons par ailleurs l'émergence des pratiques dites "alternatives" en santé mentale. S'appuyant sur l'idéologie antipsychiatrique, et se concrétisant dans des groupes d'entraide et des organismes communautaires (mais aussi dans des cabinets privés) certaines appellent à une démedicalisation du champ de la santé mentale en rejetant radicalement la science médicale et les interventions biomédicales pour identifier et traiter les problèmes de santé mentale. Pourtant, rares sont celles qui militent sans ambiguïté contre le système psychiatrique. Certaines, tout en rejetant la dominance médicale, se voient même comme un complément à cette dernière (White et Mercier, 1989, 1991 a,b). D'autres, la thérapie primale par exemple, s'en remettent à un discours scientifique. Elles aspirent à une reconnaissance professionnelle et à une légitimité médicale et gouvernementale. Enfin, plusieurs pratiques autrefois considérées "alternatives" sont maintenant incorporées dans la pratique psychiatrique (Saillant et al, 1987; White, 1990). Il nous incombe alors de nous demander si nous sommes témoins d'une démedicalisation des interventions ou bien d'une médicalisation de nouvelles pratiques?

La réponse que nous voulons offrir ici va dans les deux sens. Les groupes alternatifs en santé mentale représentent un complément, un supplément, voire, un élargissement de la pratique psychiatrique. Même les plus radicaux aujourd'hui acceptent, à contrecœur peut-être, que les personnes atteintes de symptômes sévères peuvent bénéficier de médicaments si ces derniers sont prescrits avec responsabilité et prudence et avec la collaboration de la personne, qui doit être d'ailleurs pleinement consciente des effets iatrogènes possibles. Les pratiques alternatives "ailleurs et autrement" contribuent à marquer le champ thérapeutique d'une perspective psychosociale, autant dans le domaine des maladies physique comme le cancer, que dans le domaine des maladies mentales. Les bénéfices de l'entraide, de la relaxation, du rire sont reconnus, comme la critique de la vision trop étroite de la biomédecine, au sein même du champ médical. Ainsi la démedicalisation des interventions en santé mentale et dans d'autres champs auparavant du domaine biomédical n'est que, d'une autre perspective, l'ouverture et l'élargissement du paradigme médical. Ce dernier s'identifie à une forme de contrôle social axée sur des connaissances privilégiées et sur l'intervention thérapeutique auprès d'une personne troublée.

Une nouvelle conjoncture: la désinstitutionnalisation sociale

Le processus de démedicalisation/médicalisation que nous venons de décrire est dans les sociétés industrialisées liées à d'autres modes de contrôle social comme le marché, le libéralisme et la bureaucratie organisationnelle. Ces modes mettent l'accent sur l'individu comme lieu du contrôle. L'individu est le produit de l'industrialisation et de ses dispositifs de régulation. Pourtant, un aspect important de certaines pratiques alternatives en santé mentale est d'évoquer, comme site d'origine des difficultés psychologiques et de leurs solutions, la communauté plutôt que l'individu. Dans cette perspective, les relations sociales jouent un rôle plus fondamental que le corps ou les comportements individuels, et les pairs ont une vocation plus importante que les experts professionnels. Le contrôle social passe par l'entraide et l'autogestion.

Pourquoi, au moment où les sociétés sont en train de dépasser l'ère de l'industrialisation, se retrouve-t-on devant de tels développements sur le plan de la régulation. Dans tous les domaines que ce soit l'intégration des immigrants, la réadaptation des ex-détenus, le développement de l'employabilité des assistés sociaux on évoque de plus en plus les "communautés" et le "communautaire" afin de rendre les interventions "plus efficaces". Pourtant, l'application de l'expertise professionnelle aux problèmes des individus, n'est-elle pas la forme de régulation la plus efficace? La communauté n'est-elle pas un anachronisme dans nos sociétés post-modernes?

L'intervention selon le paradigme médical est née avec et pour les sociétés industrielles. Elle persiste et s'étend pour au moins deux raisons. Premièrement, grâce à une dynamique institutionnelle interne par laquelle les agents sociaux des deux côtés - celui des professionnels et celui des "clients" - la reproduisent et l'élaborent par leurs pratiques quotidiennes (Giddens, 1994). Deuxièmement, parce que les conditions connues dans les sociétés industrielles subsistent jusqu'à un certain point dans nos sociétés "postindustrielles". Nous avons toujours recours à la médecine pour contrôler l'absentéisme et le "burn-out" au travail. Nous avons toujours recours à la médecine pour trancher qui mérite et qui ne mérite pas (selon l'aptitude au travail) la pleine prestation d'aide sociale. Nous avons toujours recours à la médecine pour assurer la reproduction d'une force de travail ayant des bonnes habitudes de vie,

qui dit "non" à l'alcool, aux drogues et au tabac. Ces formes médicales de régulation deviennent de plus en plus sophistiquées et bénignes.

Parallèlement, la médicalisation se compare à quelque chose de monstrueux qui s'agrandit au point où on ne peut plus contrôler les contrôleurs. Les interventions thérapeutiques coûtent cher. Leur efficacité est mise en question. Nous blâmons les services de santé et sociaux de mettre l'économie en faillite. Nous percevons les effets du démantèlement des systèmes élaborés dans le cadre des États providences qui s'appuient sur le paradigme médical de contrôle social. En fait, intervenir auprès de l'individu lorsque le nombre d'individus ciblés pour l'intervention, selon les définitions en vigueur, s'accroît de façon effarante semble économiquement irrationnel et rend de telles pratiques un luxe exorbitant aux yeux de plusieurs décideurs. C'est le contexte dans lequel on fait appel aux "communautés" qui se constituent à travers des liaisons volontaires dans la sphère privée sinon intime, des "communautés" qui commencent à se créer une identité propre se distinguant par des façons de faire différentes de celles de l'État et des autorités expertes.

Le virage récent vers le communautaire constitue une réponse à de nouvelles conditions sociales bien différentes de celles qui présidaient à l'époque de l'industrialisation. Le paradigme médical s'est montré particulièrement efficace pour la régulation des populations mises en institution, que ce soit dans les hôpitaux, les prisons et les *workhouses*, ou dans les usines et d'autres lieux de travail. Mais c'est ce même paradigme médical qui a rendu possible la *désinstitutionnalisation*, par des méthodes d'intervention de plus en plus nuancées et par l'internalisation des valeurs et des connaissances sanitaires par la population-cliente. Si elle a commencé par les asiles et les prisons (Scull, 1984) et, au Québec tout du moins, par les centres d'accueil pour personnes âgées (White et Jutras, 1990), elle s'étend maintenant aux hôpitaux de courte durée par l'accroissement des soins ambulatoires et du maintien à domicile.

Qui plus est, la désinstitutionnalisation frappe aujourd'hui la famille et le marché du travail. Nous utilisons maintenant les concepts d'"institutionnalisation" et de "désinstitutionnalisation" dans le sens développé par Corin et Lauzon (1991), en référence aux institutions sociales qui, par leur force normative, intègrent, surveillent et réglementent les membres d'une société. Partout dans le monde

industriel, le nombre de familles monoparentales s'accroît ainsi que le taux de pauvreté chez les femmes et les enfants. Les jeunes accèdent difficilement au marché du travail. Les taux de chômage et d'assistance sociale augmentent. Les retraités vivent plus longtemps mais souvent en situation de pauvreté, exclus du marché. Ajoutons à cela les effets de la migration intra et internationale qui entraînent une "restructuration" de l'économie mondiale et une violence civile, ils "désinstitutionnalisent" les citoyens de leur patrie et de leur culture, les rendant des "étrangers" permanents. Il faut se demander si nos sociétés, comparées aux sociétés de l'époque de l'industrialisation, ne sont pas moins prises par les problèmes liés à la discipline de la force de travail, et plus prises par les problèmes liés à la discipline de ceux qui sont marginaux et exclus de la force du travail?

La désinstitutionnalisation, concept développé dans le cadre du paradigme médical, représente le retour à la communauté. Or, la désinstitutionnalisation sociale qui sévit aujourd'hui dans les sociétés industrielles soulève la fragilité sinon l'absence d'une communauté pour accueillir le nombre grandissant de marginaux et d'exclus. Par leurs politiques communautaires, les gouvernements cherchent à rendre la société civile responsable de l'intégration, de la surveillance et de la régulation des marginaux. Ils inventent en quelque sorte des "communautés" en finançant les organismes à but non lucratif (White, 1994). Nous faisons l'hypothèse que ces stratégies gouvernementales, avec celles des mouvements de la base cherchant à s'approprier des zones du tissu social (Maheu, 1984), représentent une nouvelle technologie de contrôle social qui se distingue des pratiques, des valeurs et des connaissances du paradigme médical.

Le communautaire comme paradigme de contrôle social

Depuis les années 1980 le communautaire est défini comme un champ distinct, incarné par des groupes ou organismes d'action volontaire et autonome. Cette vision est partagée autant par les militants, les travailleurs et les participants communautaires que par les instances gouvernementales, tous cherchant des réponses mieux adaptées aux problèmes liés à l'insertion sociale des exclus et des marginaux. En effet, le sens symbolique associé au terme

"communauté" nous parle justement d'insertion, d'appartenance et de solidarité.

Ce serait trop facile d'oublier que la communauté veut dire aussi la surveillance proche par les pairs dans la vie quotidienne. Contrairement à l'autorité experte, le contrôle social collectif que représente la communauté ne laisse pas d'espace autonome à l'individu où ce dernier pourrait afficher l'insubordination ou la résistance (Sennet, 1979). L'opposition à la communauté mène à l'exclusion ou à la retraite. La philosophie politique se confronte actuellement à ce dilemme: comment s'approprier le concept de communauté dans les sociétés modernes, voire, post-modernes, marquées par l'individualisme et la diversité (Corlett, 1989; Nancy, 1986; Miami Theory Collective, 1991)? Ce questionnement n'est-il pas en soi un signe des temps?

Retournons au champ de la santé mentale, lieu par excellence du contrôle social. L'essence du discours communautaire en santé mentale ne s'attarde pas tant à la maladie ou à la santé qu'à l'exclusion, au rejet social, à l'intolérance et à l'absence d'un espace social pour une population stigmatisée (R.R.A.S.M.Q., 1986; Chaume, 1988). Il postule que la souffrance n'a pas son origine dans l'individu mais surtout dans ses relations sociales. C'est donc au niveau des relations sociales qu'une action s'impose. De plus, nous sommes témoins de l'effritement des frontières entre les groupes cibles du paradigme médical: on fait de moins en moins de distinction entre les personnes vivant dans la pauvreté, les personnes atteintes de problèmes de santé mentale, les personnes sans abris et d'autres qui se retrouvent plutôt regroupés sous la seule rubrique d'"exclus".

La stratégie communautaire se caractérise par la volonté de créer des "petits lieux" au sein de la société, qui se distinguent par la vie associative, la solidarité, l'«être ensemble» où les exclus et les marginaux peuvent s'insérer progressivement dans la société. C'est par une telle forme d'organisation ou de contrôle social informel se vivant au quotidien, dans le «face-à-face», que l'insertion sociale est possible. Même dans les groupes communautaires ayant des programmes explicitement thérapeutiques, la vie associative en soi demeure l'instrument principal d'insertion sociale. L'expertise est souvent explicitement cachée derrière les valeurs d'entraide et de l'expérience vécue.

Le communautaire en santé mentale n'est pas un champ monolithique: il existe de multiples formes, contenus et pratiques (Chaume, 1988). Le fil conducteur des pratiques communautaires est certainement une adhésion passionnée en la solidarité, l'entraide, et les connaissances acquises par l'expérience plutôt que par la science. La dimension locale du concept de communauté est forte, mais imprégnée des valeurs contemporaines: on y retrouve une sensibilité prononcée pour le particulier, la diversité, le local et surtout le libre choix. En ce sens, le communautaire rejoint des discours plus globaux de la société contemporaine prônant la reconnaissance, la tolérance et le respect des différences (par exemple, vis-à-vis l'ethnicité ou la sexualité). En fait, le discours communautaire correspond bien à l'esprit d'une société dont le principe organisateur n'est plus la production mais plutôt la consommation, gouvernée elle-même par le principe sacré du libre choix. Le contrôle social ne s'impose pas par l'intériorisation comme le fait l'autorité experte du paradigme médical. Le contrôle social amené par le communautaire s'avère plutôt une forme de régulation/intégration recherchée par les personnes elles-mêmes, qui comprend la liberté d'y rester ou de partir. Cependant, dans une société qui prive ses marginaux et ses exclus d'autres institutions sociales pouvant les encadrer, le libre choix se traduit souvent à choisir entre être laissé pour compte où se trouver une "communauté".

Peut-on imaginer une société où le mode de contrôle social dominant est celui du communautaire éclipsant (ce qui ne veut pas dire effacer) le paradigme médical? Si le communautaire s'institutionnalise de plus en plus dans nos sociétés modernes par l'entremise des États, des gouvernements, des politiques et des programmes sociaux, la réponse est peut être positive. Mais il ne constituerait jamais un paradigme "pur". Si le champ de la santé mentale, entre autres, connaît depuis quelques années un genre de démedicalisation qui renforce, malgré elle, l'étendue du paradigme médical, il est aussi vrai que "l'autrement et l'ailleurs" des groupes alternatifs en santé mentale doit admettre lui aussi son opposition dialectique. Le communautaire représente un nouveau paradigme de contrôle axé sur la solidarité, l'association, l'entraide et l'expérience plutôt que sur l'autorité, l'intervention, la thérapie et la science. Pourtant, on retrouvera derrière lui l'ombre de l'État "medicalisé" avec son autorité, son interventionnisme, et même sa science économique qui cherche des

solutions aux problèmes sociaux à bon marché. Et veut-on plus que ça, si l'évolution du communautaire en tant que mode de contrôle social annonce aussi la fragmentation des sociétés en tribus virtuelles (Maffesoli, 1993)?

Références bibliographiques

- Bédard, D., Lazure, D., et Roberts, C.-A. (1962). *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*. Québec: Ministère de la santé de la Province de Québec.
- Canada, Santé et du Bien-être social. (1988). *La Santé mentale des Canadiens. Vers un juste Équilibre*. Ottawa: Santé et du Bien-être social Canada.
- Castel, R. (1981). *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*. Paris: Minuit.
- Castel, R. (1991). From dangerousness to risk. In Burchell, G. et al. (éds). *The Foucault Effect, Studies in Governmentality*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Castel, F., Castel, R. et LOVELL A. (1979). *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain*. Paris: Grasset.
- Castel, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation: de la vulnérabilité à la désaffiliation. *Cahiers de recherche sociologiques*, 22, 12-27.
- Chaume, C. (1988). *Les pratiques alternatives en santé mentale au Québec: Un portrait de notre différence*. Rapport de recherche. Montréal: R.R.A.S.M.Q.
- Commission d'enquête sur la Santé et le Bien-être social (1970), *Rapport Castonguay-Nepveu*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Corin E., Lauzon, G. (1988). Réalités et mirages: les espaces psychiques et sociaux de la réinsertion. *Santé mentale au Québec* XII(1) 69-86.
- Corlett, W. (1989). *Community Without Unity: A Politics of Derridian Extravagance*. London: Duke University Press.
- Donzelot, J. (1977). *The Policing of Families*. New York: Pantheon.
- Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie*. Paris: Plon.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*. Paris: Plon.
- Godbout, J.T. (1992). *L'esprit du don*. Montréal: Boréal.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates*, Harmondsworth: Penguin.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society*, Berkeley: University of California Press.

- Grob, G.N. (1991). *From Asylum to Community: Mental Health Policy in Modern America*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Lamoureux, J. (1994). *L'articulation des dynamiques institutionnelles et communautaires, une expérience paradoxale dans le domaine de la santé*, Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal.
- Maffesoli, M. (1993). Le Quotidien et le local comme espaces de la socialité. In Audet, M. et Bouchikhi, H. (eds). *Structuration du social et modernité avancée*. Ste-Foy, Québec: Les Presses de L'Université Laval.
- Maheu, L. (1984). Les mouvements de base et la lutte contre l'appropriation du tissu social, *Sociologie et Sociétés*, vol.15, (1).
- Miami Theory Collective (1991). *Community at Loose Ends*, Minneapolis: University of Minnesota Press.
- MSSS (1988). *Le système de santé et des services sociaux du Québec: un aperçu*. Québec: Les publications du Québec.
- Nancy, J-L. (1986). *La communauté désœuvrée*. Paris: Christian Bourgois.
- R.R.A.S.M.Q. (1986). *La santé mentale et ses enjeux*, Mémoire présenté dans le cadre des consultations de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux. Montréal: RRASMQ.
- Rhéaume, J., Sévigny, R. (1993). Pratiques alternatives en santé mentale et gestion du social. *Sociologie et Sociétés*, vol. 25,(1), 11-124.
- Rhéaume, J., Sévigny, R. (1988). Les enjeux sociaux de la pratique dite «alternative». *Revue canadienne de la santé mentale communautaire*, vol. 6(2), 133-148.
- Rothman, D. (1971). *The Discovery of The Asylum, Social order and disorder in the new republic*. Boston: Little, Brown and Co.
- Rothman, DJ, (1980). *Conscience and Convenience: The Asylum and its Alternatives in Progressive America*, Boston: Little Brown.
- Saillant, F., Rousseau, N. et Lavergne, M. (1987). Notes pour une définition des pratiques alternatives et des thérapies douces au Québec. *Santé mentale au Québec*, vol. 12(1), 20-28.
- Scully, A. (1984). *Decarceration, Community Treatment and the Deviant, a Radical View*, 2nd edition. Great Britain: Polity Press.
- Sennett, R. (1979). *Les tyrannies de l'intimité*. Paris: Seuil.
- Smart, C. (1984). Social Policy and Drug Addiction: A Critical Study of Policy Development. *British Journal of Addiction*, 79, 31-39.
- Szasz, T. (1961). *The Myth of Mental Illness*. New York: Hoeber-Harper.
- Szasz, T. (1977). *The Theology of Medicine, The Political-Philosophical Foundation of Medical Ethics*. Louisiana State: University Press.
- Turner, BS. (1984). *The Body and Society*. Oxford: Basil Blackwell.
- Turner, BS. (1992). *Regulating Body, Essays in Medical Sociology*. New York: Routledge.
- White, D. (1994). La gestion communautaire de l'exclusion. *Lieu social et Politiques- RIAC*, 32, 37-51

- White, D. (1990). Le pouvoir de la culture: Les aspects politiques de l'intervention en santé mentale. *Santé, Culture, Health*, numéro spécial, vol. 7(2-3), 149-167.
- White, D. et MERCIER, C. (1991a). Coordinating Community and Public-Institutional Mental Health Services: Some Unintended Consequences. *Social Science and Medicine*, 33(6), 729-739.
- White, D. et MERCIER, C. (1991b). Reorienting Mental Health Systems: The Dynamics of Policy and Planning. *International Journal of Mental Health*, 19(4), 3-24.
- White, D. et Jutras, S. (1990). Formal and Informal Care: Is a Partnership Possible? Communication présentée au Congrès de la Société canadienne de la sociologie et de l'anthropologie, Victoria, le 30 mai.
- White, D. et MERCIER, C. (1989). Ressources alternatives et intermédiaires dans le contexte québécois. *Santé Mentale au Québec*, 14(1), 69-80.
- Zola, IK. (1972). Medicine as an Institution of Social Control», *Sociological Review*, 20, 487-504.

Andrée Demers

DU PLAISIR AU RISQUE: "LA MODÉRATION A BIEN MEILLEUR GOÛT"

LA CONSOMMATION D'ALCOOL COMME PHÉNOMÈNE SOCIAL s'articule autour de deux notions: le plaisir, qui renvoie au rôle de l'alcool dans la sociabilité, dans les activités festives et de détente, et le risque, qui met l'accent sur les conséquences négatives découlant de la consommation. D'un côté, la consommation d'alcool est perçue comme un comportement normal, culturellement intégré dans nos interactions sociales; de l'autre elle apparaît comme un comportement pathologique. Ce double statut de l'alcool n'est pas nouveau. Toutefois, selon les époques et selon les sociétés, l'attention accordée à chacun de ces aspects a varié.

En Amérique du Nord, un consensus s'établit actuellement sur le fait que la consommation modérée peut avoir des effets positifs sur la santé mais que, par ailleurs, la consommation abusive d'alcool constitue un problème. On associe à cette dernière non seulement de nombreux problèmes de santé mais des problèmes sociaux tels la violence conjugale et familiale, le suicide, les accidents d'automobile, les problèmes en milieu de travail. En fait, comme le constate Gusfield (1993), dès que l'alcool est présent dans une situation problématique, il devient de facto le premier facteur causal de cette situation. Plusieurs auteurs constatent d'ailleurs une tendance à la pathologisation de tout ce qui se rapporte à la consommation d'alcool (Roman, 1991).

Selon les époques, l'agent pathogène se déplace: au 19^e siècle, il est dans la bouteille; au 20^e siècle, il passe dans le corps; et depuis une vingtaine d'année, il tend à se déplacer vers les comportements de

consommation. Ces reproblématisations successives du normal et du pathologique ne découlent pas d'une meilleure compréhension épidémiologique de la question. Elles reflètent plutôt le niveau de tolérance sociale à l'ivresse et, plus largement, la place de l'alcool dans la société. D'une permissivité presque sans limite au 17^e et 18^e siècle (même face à l'ivresse), le balancier passe à l'autre extrême au 19^e siècle où à peu près toute forme de consommation, même modérée, est condamnée. La médicalisation de l'alcoolisme au 20^e siècle dichotomise le monde, séparant les malades et les bien-portants, soumettant les uns et les autres à des règles différentes concernant la consommation d'alcool: pour les premiers, c'est l'ascétisme; pour les seconds, le libéralisme. Plus récemment, le virage behavioriste distingue non plus les individus mais plutôt les comportements de consommation suivant qu'ils entraînent ou non des conséquences négatives. L'intolérance sociale s'applique donc explicitement aux conséquences plutôt qu'à la consommation elle-même.

Dans cet article, nous nous intéresserons au processus social de pathologisation de l'alcoolisation, à la fois comme forme de connaissance socialement produite et comme phénomène structuré par et structurant les rapports sociaux entre les non-déviantes et les déviantes. Le processus de pathologisation de l'alcoolisation recouvre largement le processus de médicalisation, au sens de Conrad (1992) d'utilisation d'un vocabulaire médical, de l'application d'un traitement médical ou d'une implication de l'institution médicale dans la solution du problème. Mais le processus s'amorce en amont en construisant l'alcoolisation comme déviance et se poursuit en aval avec la tendance à étendre l'intervention à une gamme de plus en plus large de problèmes sociaux associés à la consommation abusive.

On peut se demander si la tendance actuelle est à une pathologisation accrue de l'alcoolisation. La réponse à cette question n'est pas simple. Les choses changent. D'un côté, certains des fondements de la médicalisation de l'alcoolisme sont remis en question. D'un autre côté, le mouvement de néo-tempérance qui caractérise les deux dernières décennies - avec comme leitmotiv de boire modérément, de s'alimenter sainement, de ne pas fumer, de faire de l'exercice - peut conduire à un élargissement aux habitudes de vie de ce qui est considéré comme pathologique.

Le processus socio-historique de l'alcoolisation

La vision de l'alcool comme produit pathogène, puis de l'alcoolisme comme pathologie est un processus social qui s'amorce au 19^e siècle. La colonie de Nouvelle-France au 17^e et au 18^e siècle, et plus largement l'Amérique du Nord, se caractérisent par un grand libéralisme et même un certain hédonisme face à la consommation d'alcool. Le modèle usuel, autant pour les femmes que pour les hommes, en est un de consommation quotidienne, tout au long de la journée, et de grande consommation lors d'occasions spéciales. On s'abandonne à l'ivresse par plaisir. Celle-ci n'est pas stigmatisée. Le clergé considère même l'alcool comme une "créature de Dieu" (Levine, 1981). Cette vision positive est aussi partagée par le monde médical qui reconnaît à l'alcool des propriétés nutritives et curatives certaines (Rorabaugh, 1979).

La seule limite à cette grande tolérance sociale est lorsque la consommation interfère avec les activités économiques et constitue une menace à l'ordre social. L'interdiction du Conseil souverain de la Nouvelle-France de donner des boissons enivrantes "*aux sauvages*" (Prévost, Gagné & Phaneuf, 1986) (édit du 28 septembre 1663 du Conseil souverain de la colonie de la Nouvelle-France), essentiellement parce que l'ivrognerie les détourne de l'exercice de la chasse mettant ainsi en péril le commerce des fourrures et par conséquent la survie de la colonie, en est une illustration. De même, au 17^e siècle, il est interdit de donner à boire aux maçons, charpentiers, menuisiers et autres corps de métier, durant les jours ouvrables (Prévost et al., 1986). La première législation globale en 1726 (ordonnance du 22 novembre de l'intendant Claude-Thomas Dupuy), vise les tenanciers et la vente du produit. Elle régit qui peut vendre de l'alcool, à qui, quand et où. À cette époque le problème réside dans le contexte et non dans le produit ou dans le buveur.

La pathologisation de l'alcool comme produit

Au cours du 19^e siècle, la vision de l'alcool se transforme. L'alcool apparaît comme la cause de désordres sociaux, tels la criminalité, la violence, la pauvreté; le problème est désormais attribué à la nature du produit qui avilit l'homme. Avec l'oeuvre de Benjamin Rush (1790), on

voit apparaître une première conception pathologisante de la consommation: l'ébriété est une "maladie de la volonté" causée par un agent pathogène, les spiritueux, dont la nature est de susciter la dépendance (Levine, 1978). Par conséquent, tous les buveurs sont exposés au risque de l'alcoolodépendance et l'abstinence apparaît comme le seul moyen de contrer cette maladie.

En Amérique du Nord, le 19e et le début du 20e siècle sont marqués par l'intolérance à toute consommation d'alcool, même modérée. Un véritable mouvement social, "le mouvement de tempérance", utilisant le modèle de Rush comme référence, se développe visant à bannir totalement la consommation d'alcool des pratiques sociales. Seule la consommation dans des buts thérapeutiques demeure socialement acceptable. D'ailleurs, plusieurs remèdes sont à base d'alcool et la posologie recommandée est une consommation quotidienne (Collin & Béliveau, 1994). Toute autre forme de consommation est perçue comme une déviance morale. Ce mouvement, soutenu par l'Église, est généralisé en Amérique du Nord.¹ La pratique du culte religieux constitue alors la principale stratégie thérapeutique (Nadeau, 1982).

Au plan législatif, le mouvement de tempérance se traduit par la promulgation de lois prohibitionnistes visant à contrôler la distribution du produit, c'est-à-dire à en prohiber l'importation, la fabrication et la vente. L'implication active de l'Église avait fait de la consommation d'alcool un vice et un péché; l'intervention législative des États en fait un crime.

Au Québec, le mouvement de tempérance prend d'abord racine chez les protestants puis gagne les catholiques au cours des années 1840. Les premières ligues de Lacordaires, des associations amicales antialcooliques généralement animées par le vicaire de la paroisse,

¹ Notons qu'à la même époque, on retrouve également des mouvements de tempérance en France et que, tout comme en Amérique du Nord, l'Église se mobilise pour lutter contre l'alcoolisme (voir Fillaut, 1990 pour un historique du mouvement en Bretagne). Mais, dans un contexte culturel où la consommation d'alcool est profondément ancrée dans le mode de vie, où la norme sociale est de consommer de l'alcool et où les vertus de l'alcool sont reconnues, il est impossible de prôner l'abstinence. La mobilisation sociale, cependant moins forte qu'en Amérique, se fait en opposition à l'ivresse et aux boissons distillées, tandis que l'on prône la modération en ce qui concerne la consommation de boisson fermentée. Par ailleurs, la norme sécuritaire est élevée. En 1916, l'Académie Nationale de Médecine considère qu'une consommation qui demeure en-deça de 10% de la ration calorique est modérée, ce qu'elle estime correspondre à 0,940 litre/jour de vin à 10% pour le travailleur de force et à 0,590 litre/jour pour l'employé (Hillemand, 1990).

apparaissent en 1915. La prohibition gagnera graduellement l'ensemble du continent, sauf le Québec qui, lors du référendum pan-canadien de 1898 sur la question de la prohibition, exprime un non catégorique. Seul dans toute l'Amérique du Nord à ne pas instaurer la prohibition, malgré le lobbying de l'Église et des tempérants, l'État québécois s'avère un précurseur en défendant l'idée que les problèmes engendrés par l'alcool ne résident pas dans le produit mais dans le manque d'information et d'éducation du public (Dubuc, 1994). Cette position suppose que certains comportements de consommation sont appropriés et d'autres inappropriés, ce qui constitue une véritable révolution dans le contexte plus général où toute forme de consommation est à bannir. Non seulement le Québec ne vote pas de loi prohibitionniste mais l'État prend en charge la vente de l'alcool en créant, en 1921, la Commission des Liqueurs du Québec dont le mandat est de favoriser la consommation modérée en contrôlant les ventes et en développant des campagnes d'information auprès du grand public. Alors que partout ailleurs en Amérique du Nord l'alcool est rejeté en bloc, peu importe qui la consomme, quand ou en quelle quantité, le Québec s'inscrit à contre-courant faisant preuve d'un libéralisme réservé. Ce faisant, il jette les bases de ce qui aujourd'hui encore constitue la norme sociale de la consommation acceptable: la modération.

Du produit au corps malade

Vers 1930, la morale plus libérale, l'institutionnalisation de la médecine scientifique, le lobbying des fabricants d'alcool sont autant de conditions qui se rencontrent pour remettre en question le modèle de tempérance. Le public n'accepte plus l'idée que nul ne peut boire sans risques. L'amendement américain sur la prohibition de 1919 (le Volsteadt Act) est révoqué en 1933. C'est à ce moment, en 1935, qu'apparaissent les Alcooliques Anonymes (A.A.) qui reprennent la conception médicale de l'alcoolisme mais où, contrairement au modèle de Rush, l'alcool n'est plus le vilain: la majorité des personnes peuvent boire sans risque, mais une minorité de personnes présentent une vulnérabilité biologique qui les rend "allergiques" à l'alcool et, par conséquent, elles doivent s'abstenir de boire. En définissant ainsi l'alcoolisme, le problème passe de l'alcool au buveur, du produit au

corps. Comme le dit bien le dicton des A.A.: *L'alcool est dans la bouteille, l'isme est dans la personne.*

Jellinek, qui apportera la première caution scientifique à cette thèse de maladie, distingue les buveurs excessifs chroniques selon qu'ils ont ou non le contrôle de leur comportement d'alcoolisation. L'étiquette de maladie s'applique uniquement aux derniers (Jellinek, 1991). La maladie est irréversible et le seul traitement pour ceux qui en sont atteints est l'abstinence totale et définitive. Le malade peut être en rémission mais il n'est jamais guéri. Alors que le modèle de Rush n'avait pas rallié la communauté médicale qui résistait à dégager l'alcoolique de la responsabilité morale de son comportement (McCandless, 1984), le modèle de maladie qui se développe sous l'impulsion des A.A. obtient le soutien de celle-ci.

Avec les mouvements de tempérance et la prohibition, la non-consommation d'alcool était un choix de société et, par conséquent, la consommation un problème de société. En définissant l'alcoolisme comme maladie, le problème de la consommation abusive est individualisé. Le modèle de maladie instaure ainsi un véritable dualisme social dans le rapport à l'alcool. D'un côté, les malades, une minorité de consommateurs pour qui l'alcool est totalement à bannir et de l'autre côté, la majorité des buveurs, non malades, pour qui une libéralisation de la consommation d'alcool est permise. Les restrictions sociales face à la consommation visent seulement les malades; la science médicale apparaît comme la solution à leur problème avec la conséquence de déresponsabiliser et de démobiliser l'individu et la société par rapport à la consommation abusive des buveurs non-malades.

Au Québec, le modèle de maladie s'implante dans l'univers clinique vers la fin des années 1950. À cette époque, l'Église est toujours omniprésente et conserve un rôle majeur dans la gestion sociale de la consommation, notamment à travers le mouvement Lacordaire. C'est donc à l'ombre de la perspective morale et sous l'oeil bienveillant du clergé, qu'est introduite l'approche médicale dans l'intervention auprès des alcooliques. Un dosage acceptable des perspectives médicale et morale caractérise le traitement proposé dans la première maison Domrémy: un traitement médical pour désintoxiquer les alcooliques; la détente, la réflexion et l'apport spirituel pour les rééduquer (Nadeau, 1982). Prêtres et médecins collaborent étroitement dans la

psychothérapie des malades. Le postcure est assuré par les cercles Lacordaires.

Au début des années 1960, dans la foulée de la Révolution Tranquille, le mouvement Lacordaire perd du soutien populaire. Les A.A. prennent le relais mais, contrairement aux Lacordaires, leur intervention se centre sur les alcooliques, c'est-à-dire sur une minorité de buveurs considérés comme biologiquement incapables de contrôler leur comportement de consommation. Le modèle médical s'impose de plus en plus au plan clinique, en privilégiant la pharmacothérapie pour la désintoxication et la cure hospitalière plutôt que l'intervention en externe pour la réhabilitation.

Bien que la perspective médicale domine l'intervention clinique, la médicalisation de l'alcoolisme n'est pas totale. La conception de l'alcoolisme comme maladie ne fait pas consensus ni parmi les profanes, ni parmi les experts. Plusieurs études américaines (Caetano, 1987; Mulford & Miller, 1961; Orcutt, Cairl & Miller, 1980; Ries, 1977) et, plus près de nous, une étude ontarienne menée en 1993 (Ferris, 1994) constatent la coexistence persistante des conceptions morale et médicale au sein de la population et surtout, qu'une majorité de la population souscrit simultanément à ces deux conceptions. Dans la conception populaire, l'idée de maladie ne s'est pas substituée à la conception morale de l'alcoolisme, elle s'y est ajoutée. Même à l'intérieur du monde médical, la thèse de maladie est plus ou moins partagée. Au plan de la prévention, le corps médical est depuis longtemps associé au dépistage précoce des problèmes d'alcool. Le Canadian Task Force on Periodic Health Examination recommande même d'inclure ce dépistage dans la routine d'examen médical périodique. Cependant, les problèmes visés ne réfèrent pas nécessairement à une dépendance à l'alcool mais plutôt à un profil de consommation susceptible d'entraîner des perturbations sérieuses de la santé, du travail ou de la vie sociale (Canadian Task Force, 1989). De plus, plusieurs études menées dans différents pays occidentaux constatent une résistance des médecins à la conception médicale de l'alcoolisme au profit d'une conception plus béhavioriste (Musil, 1982) ou plus sociale en termes de style de vie (Roche, Guray & Saunders, 1991). Au plan clinique, cette résistance se traduit par une faible

implication dans le dépistage et le traitement des problèmes relatifs à la consommation d'alcool (Clement, 1986).

L'alcoolisme-maladie, une thèse contestée

Une étiologie biologique à démontrer

Au niveau conceptuel, l'étiologie biologique de l'alcoolisme n'est toujours pas démontrée. Au départ, cette conception n'a pas d'assises scientifiques. Il s'agit simplement d'une initiative, socialement opportune, de deux profanes ex-alcooliques qui initient le mouvement des A.A.. Une première caution scientifique à cette conceptualisation profane est apportée en 1946 par Jellinek, un biostatisticien, dont les travaux sont désormais classiques. Toutefois, ces travaux sont peu crédibles: ils reposent sur un échantillon volontaire de membres des A.A. ayant répondu à un questionnaire préparé par d'autres membres des A.A. et distribué dans le journal de l'association (Fingarette, 1988). Ce n'est que par la suite que de nombreux travaux de recherche ont été menés pour tenter de démontrer scientifiquement l'étiologie biologique de l'alcoolisme.

Le fait que l'alcoolisme se retrouve davantage dans certaines familles est maintenant bien documenté. Avoir un parent alcoolique multiplie par 4 ou 5 le risque de devenir alcoolique (Goodwin, 1991). Mais, s'agit-il d'un phénomène social où la reproduction intergénérationnelle résulterait de l'apprentissage intrafamilial du comportement ou d'un phénomène génétique? Les études sur l'hérédité réalisées sur des jumeaux ou sur des enfants de parents alcooliques laissent dans l'expectative: certaines concluent à une influence génétique (Bohman, 1978; Cadoret, O'Gorman, Troughton & Heywood, 1984; Goodwin, Schulsinger, Hermansen, Guze & Winokur, 1973), d'autres concluent à la non influence (Murray, Clifford & Gurlin, 1983) ou sont ambiguës (Hrubec & Omenn, 1981). La pièce de résistance des travaux en génétique fut l'annonce de l'identification d'un gène de susceptibilité à l'alcoolisme, qui se retrouverait chez environ 25% de la population (Blum, Noble, Sheridan et al., 1990). Cette découverte demeure très controversée. Pour sa part, Cloninger (1991), insiste

toutefois sur le fait qu'il s'agit d'un marqueur génétique et non d'un facteur déterminant de celui-ci.

À partir des données de Blum et collaborateurs, Peele (1990) estime que tout au plus 20% des porteurs du gène défailant deviendraient alcooliques. Fingarette (1988) fait un constat sensiblement de même nature à partir des études sur l'hérédité. L'argument de ces auteurs se résume ainsi: même si le phénomène est nettement plus prévalent chez les sujets nés de parents alcooliques, il n'en demeure pas moins que la majorité de ces sujets ne deviendront pas alcooliques. À l'inverse, même avec une prévalence relativement faible parmi les sujets nés de parents non-alcooliques, comme ils constituent la très grande majorité de la population, c'est parmi ces sujets que se retrouvent la majorité des alcooliques. Par conséquent, l'hérédité est loin d'expliquer l'ensemble du problème. En fait, de l'avis même de généticiens éminents, il ne semble pas que l'alcoolisme génétique puisse se comprendre en dehors du social. Cloninger, Bohman & Sigvardsson (1981) concluent une étude en ces termes: "The demonstration of the critical importance of sociocultural influences in most alcoholics suggests that major changes in social attitudes about drinking styles can change dramatically the prevalence of alcohol abuse regardless of genetic predisposition" (p.867).

Une efficacité clinique limitée

Le processus de médicalisation tel que défini par Conrad (1992) peut porter sur plusieurs niveaux: le niveau conceptuel qui fait référence à l'utilisation d'un vocabulaire médical pour définir le problème; le niveau interactionnel, où les médecins sont plus directement impliqués; et le niveau institutionnel qui consiste à développer une approche médicale pour traiter le problème. À ce niveau également, l'approche médicale présente des limites.

L'institutionnalisation de l'approche médicale se traduit, dans le cas de l'alcoolisme, par des traitements utilisant la pharmacothérapie -- "Alcoholism is a brain chemistry disease that can be treated by pharmacologic intervention" (Naranjo, Kadlec, Sumhuesa, Woodley-Remus & Sellers, 1990)--, parfois en combinaison avec d'autres modes thérapeutiques, et surtout par l'objectif du traitement qui,

conformément au modèle de maladie, est de rechercher l'abstinence totale. Selon Mercier et Brochu (1988), le taux de succès des traitements évalué selon ce critère se situerait entre 17% et 35% des sujets. Les analyses de Cronkite et Moos (1978, 1980) montrent qu'un maximum de 4% de la variance sur l'issue du traitement s'explique par la nature de celui-ci. Vaillant (1983) affirme même: "There is compelling evidence that the results of our treatment were no better than the natural history of the disease" (p.123).

L'efficacité de plusieurs stratégies pharmacothérapeutiques semble également discutable. Les évaluations montrent soit des effets iatrogéniques importants (par exemple pour la disulfirame - nom de commerce Antabuse, Institute of Medicine, 1990), soit un effet placebo aussi important que celui du médicament (par exemple pour le carbimide calcique, Peachey, Annis, Bornstein et al., 1989), soit un risque d'accoutumance au médicament (par exemple pour les psychotropes, Heather et Tebbutt, 1989). Globalement, les recherches en ce qui concerne les stratégies pharmacothérapeutiques seraient loin d'être concluantes (Eliany et Rush, 1992).

Même si l'approche médicale domine le traitement, son efficacité n'est pas démontrée. Les tenants de l'approche médicale apportent deux types de réponses devant ces limites cliniques maintenant bien connues. La première est que le traitement n'est pas appliqué à de "vrais" alcooliques, d'où son inefficacité. La seconde est le phénomène de comorbidité qui caractérise plusieurs des patients alcooliques: le cumul des problèmes psychiatriques rendrait le traitement moins efficace (Roman, 1991). Les opposants à l'approche médicale soutiennent au contraire que l'obstacle au traitement réside dans la conception même de l'alcoolisme comme maladie: les alcooliques étant considérés comme non responsables de leur état, il s'avère impossible de leur faire modifier leur comportement.

Dans ces débats, un des enjeux est de distinguer les vrais alcooliques des faux. Selon le modèle classique de la conception médicale de l'alcoolisme, le syndrome de dépendance constitue le critère permettant cette distinction. Nous avons déjà vu qu'il est impossible d'identifier les alcooliques à partir de l'hérédité ou d'un gène de susceptibilité. La nosologie psychiatrique propose différents outils diagnostiques pour identifier le syndrome de dépendance, dont le ICD-

10 et le DSM-III-R parmi les plus connus. Une étude internationale réalisée par Cottler (1993) montre une discordance entre les diagnostics résultant de l'application de ces deux outils: le DSM-III-R identifierait davantage de sujets comme dépendants de l'alcool. Dans la pratique, ce sont souvent les quantités consommées qui servent de critère pour déterminer s'il y a ou non un problème d'alcoolisation requérant un traitement. Les "grands buveurs" et les "alcooliques" ne pouvant être distingués par leur comportement, par conséquent il y a une présomption que toute personne manifestant des problèmes est un alcoolique (Room, 1974).

Que l'on se place au plan étiologique ou clinique, la conception médicale de l'alcoolisme s'avère fragile: son étiologie biologique n'est pas démontrée tandis que la spécificité diagnostique et l'efficacité clinique de l'approche médicale sont faibles. Alors, devant ces faits, il semble légitime de se demander pourquoi l'intervention médicale s'est imposée et demeure largement dominante.

Une gestion du problème socialement inefficace

Comme le souligne Conrad (1992), la médicalisation d'un problème social est souvent indépendante de la validité de la définition médicale. Dans ce cas précis, le modèle de maladie s'est développé et imposé pour apporter une réponse socialement acceptable aux problèmes relatifs à la consommation abusive d'alcool. Selon Jellinek (1991), placer l'alcoolisme dans la sphère de la santé plutôt que dans celle de la moralité ou du crime, devait favoriser une attitude plus positive du grand public et de ce fait inciter les alcooliques à se réhabiliter. Cette idée est d'ailleurs partagée par Room (1974) qui écrit: "...the promulgation of disease concepts of alcoholism has been brought about essentially as a means of getting a better deal for the 'alcoholic', rather than as a logical consequence of scholarly work and scientific discoveries". De plus, l'accès au statut de malade devait faciliter l'accès au traitement en facilitant la prise en charge des coûts du traitement par les assurances-maladies.

À cet égard aussi, l'approche médicale se révèle un échec. La persistance de la vision morale chez les profanes fait qu'il n'y a pas une plus grande tolérance sociale face aux alcooliques (Crawford et

Heather, 1987) et que les alcooliques ne sont pas absous de la responsabilité de leur comportement (Ries, 1977). Plusieurs études constatent que, compte tenu de leur présence présumée dans la population, seulement une petite proportion des cas d'alcooliques ou de buveurs excessifs se retrouve en traitement. Sobell, Sobell & Toneatto (1992) estiment que le ratio de buveurs dépendants traités/non-traités varie entre 1 pour 3 et 1 pour 13.

Pour plusieurs détracteurs de la médicalisation de l'alcoolisme, les bénéfices attendus de la médicalisation sont un leurre.² Le concept de maladie serait même contreproductif pour le traitement des alcooliques et contribuerait à exacerber le problème social de la consommation abusive. Ne rejoignant que très marginalement la population cible et, comme nous l'avons précédemment souligné, n'ayant qu'une efficacité limitée auprès de sujets traités, l'intervention clinique auprès des buveurs dépendants ne réussit que très marginalement à endiguer le problème. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation notamment la persistance de la stigmatisation sociale des buveurs dépendants et de la consommation excessive ainsi que le refus des buveurs dépendants de se considérer comme malades et par conséquent de chercher à se soigner. Mais, de plus en plus, la question qui se pose concerne la définition même du problème: est-il vraiment possible de contrôler les problèmes résultant de la consommation abusive en ciblant uniquement une minorité de buveurs, dits alcoolodépendants, qui se caractérisent par une grande consommation chronique? Le problème de la consommation d'alcool se réduit-il à ces buveurs?

La consommation d'alcool comme problème comportemental

Au début des années 1960, la conception médicale de l'alcoolisme n'est ni fortement soutenue, ni fortement critiquée. À la fin des années 1960 et au cours des années 1970, cette conception commence toutefois à être remise en question avec les travaux de recherche clinique sur la réversibilité des comportements alcoolodépendants et avec les recherches épidémiologiques mettant en évidence la relation entre la quantité consommée par occasion et les problèmes découlant de la consommation. Ces recherches coïncident avec l'émergence d'une

² Pour une synthèse des arguments critiques voir Fingarette (1988)

nouvelle conception de la santé, axée sur le bien-être plutôt que sur la maladie, et qui met l'emphasis sur la responsabilité individuelle via les habitudes de vie et donne lieu au développement d'un marketing social pour promouvoir de saines habitudes de vie.

La rupture au plan clinique

Au plan clinique, une véritable révolution s'amorce lorsqu'une série de faits montre la réversibilité de la progression alcoolique, c'est-à-dire que des individus considérés comme alcooliques peuvent développer un boire modéré. Selon le modèle médical, c'est justement cette incapacité à boire modérément qui caractérise la maladie (Sobell et al., 1992). Ce nouveau modèle conceptualise la consommation d'alcool sur un continuum allant d'une consommation non-pathologique à une consommation très pathologique, sur lequel les buveurs se déplaceraient dans les deux sens. La progression vers l'alcoolisme ne serait pas inexorable et la rémission ne passerait pas nécessairement par l'abstinence. La réversibilité des comportements de consommation excessive suppose que les comportements d'alcoolisation sont appris et que, par conséquent, ils peuvent être désappris et réappris. De plus, plusieurs études constatent un phénomène de rémission spontanée, c'est-à-dire sans traitement médical ou autre, qui serait positivement associé au statut socio-économique, à l'éducation, au fait d'avoir un emploi régulier ou d'être marié (Cahalan & Cisin, 1976). Un tel modèle est doublement incompatible avec la thèse médicale puisque non seulement il y a rupture dans la progression alcoolique mais de plus le social interfère avec le biologique.

Une controverse se met en place entre les tenants de l'approche médicale et ceux de l'approche behavioriste et le débat est encore loin d'être clos. Cette controverse a pour effet de dualiser le champ de l'intervention clinique et de la réadaptation puisque, à côté de l'intervention médicale et parfois en la bousculant, se développe une nouvelle approche thérapeutique portée par les psychothérapeutes et particulièrement les psychologues behavioristes. Cette approche dite bio-psycho-sociale est centrée sur l'individu entier et sur le réapprentissage du comportement de consommation.

Cette crise paradigmatique et les débats qui s'en suivent coïncident au Québec avec la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Castonguay-Neveu) et avec la réforme de ces services. Dans son rapport final, la Commission ne remet pas en question l'idée que l'alcoolisme est une maladie - les alcooliques sont définis comme des malades qui souffrent de troubles psychiques et mentaux - ni le rôle prépondérant des médecins dans le traitement: bien que favorisant l'intervention multidisciplinaire, celle-ci doit se faire sous la responsabilité d'un psychiatre. Par ailleurs, les intervenants psychosociaux sont reconnus comme les experts au niveau de la réadaptation. Cette division professionnelle du travail entre médecins et psychothérapeutes n'est pas sans rappeler la division du travail entre les médecins d'une part et les Lacordaires et le clergé d'autre part au début du courant de médicalisation de l'alcoolisme.

La séparation du médical et du psychosocial pour la désintoxication et pour la réadaptation s'est faite dans certains centres, mais dans plusieurs cas la réadaptation demeure toujours assumée par l'hôpital et sous contrôle médical. Par ailleurs, même dans les centres où l'intervention bio-psycho-sociale domine, on constate une résistance, notamment via les Conseils d'administration, à modifier l'objectif du traitement qui demeure l'abstinence. Enfin, la majorité des centres privés fonctionnent encore largement sous le modèle des A.A. (Nadeau, 1988).

La rupture au plan épidémiologique

En ce qui concerne la recherche épidémiologique, une nouvelle approche est introduite en Californie au cours des années 1960 par Knupfer, Fink, Clark & Goffman (1963) pour mesurer la consommation d'alcool: alors que l'approche traditionnelle, centrée sur l'alcoolodépendance, mettait l'accent sur le volume d'alcool globalement consommé durant une certaine période, ces auteurs s'intéressent à la variabilité dans la consommation selon l'occasion et à l'intoxication. Les enquêtes de la dernière décennie menées en Scandinavie (Hauge et Irgens-Jensen, 1986), aux États-Unis (Hilton et Clark, 1987; Midanik et Harford, 1994) et au Canada (Bondy, 1994; Single and Wortley, 1993) montrent toujours qu'une forte

consommation par occasion est un meilleur prédicteur des problèmes reliés à la consommation que le volume total consommé.

Ces travaux supportent le paradoxe préventif mis en évidence par Kreitman (1986), à savoir, même si la prévalence des problèmes personnels et sociaux augmente avec la consommation et est donc plus élevée chez les buveurs excessifs chroniques, la majorité des problèmes résultant de la consommation d'alcool surviennent chez des buveurs modérés. Il ne suffit donc pas d'éradiquer la consommation abusive pour éradiquer les problèmes sociaux résultant de la consommation d'alcool.

La promotion de saines habitudes de vie

Un des effets pervers de la conception médicale est d'avoir centrée l'attention sur les alcoolodépendants au détriment de comportements plus sporadiquement à risque. Les travaux sur la consommation par occasion et les problèmes relatifs à la consommation vont donner une nouvelle orientation à la prévention d'une part en déplaçant le risque d'une minorité à la totalité des buveurs et d'autre part en réintroduisant les notions de responsabilités individuelle et collective dans les comportements à risque et dans la gestion des risques. Au niveau sociétal, ce nouveau modèle se traduit dans la mise en place de politiques visant à contrôler l'accessibilité de l'alcool en exerçant par exemple un contrôle sur la diffusion du produit (voir Bruun, Edwards, Lumio et al., 1975, qui constitue l'ouvrage de référence à ce sujet)³ et par des politiques d'éducation populaire faisant la promotion d'une consommation modérée (à cet égard, voir les différentes campagnes publicitaires de la SAQ). Bien que les professionnels de la santé demeurent très présents dans le développement des actions préventives, notamment via la santé publique, d'autres acteurs davantage préoccupés de problèmes sociaux spécifiques telle la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) investissent aussi le champ de la prévention. De plus, depuis quelques années, les fabricants

³ Ce type de politique repose sur la théorie de Ledermann, aujourd'hui largement discréditée empiriquement et théoriquement, à l'effet que la proportion de gros buveurs est fortement associée à la consommation moyenne per capita et que, par conséquent, il suffit de réduire la consommation moyenne pour diminuer le nombre de gros buveurs et, dans la foulée, les problèmes relatifs à la consommation.

d'alcool se sont concertés et investissent dans la promotion d'une consommation modérée avec Educ-Alcool. Ces derniers, préoccupés de maintenir une image positive de l'alcool, ne mettent pas l'accent sur les aspects pathologiques. Ces nouveaux acteurs supportent particulièrement le développement d'actions structurelles pour prévenir les problèmes liés à la consommation: la législation concernant la distribution et l'accessibilité de l'alcool, les campagnes mass-média ou les actions communautaires comme l'opération Nez-Rouge.

Le passage du buveur malade aux comportements d'alcoolisation à risque n'est pas seulement le fait de la dynamique interne de développement du champ d'intervention et de recherche sur l'alcool. Des forces convergent à l'intérieur du champ pour remettre en question l'approche médicale, mais la reconceptualisation du problème autour du comportement s'inscrit aussi dans un momentum plus large où c'est toute la conception de la santé et de la maladie, toute l'idée de l'étiologie spécifique, qui est remise en question. Cette nouvelle conception, clairement énoncée dans le rapport Lalonde (1974), *Une nouvelle perspective pour la santé des canadiens* et dans la *Charte canadienne pour la promotion de la santé* (Epp, 1986), met l'accent sur les habitudes de vie et sur le rôle de l'environnement comme déterminants de la santé. Dans un premier temps, cette nouvelle conception supporte un véritable mouvement professionnel (O'Neil & Pederson, 1994), ce qui se traduit par un investissement massif des habitudes de vie dont la consommation d'alcool par les professionnels de la santé publique, suivant une approche qui demeure toutefois orientée sur la maladie. Il faut attendre le milieu des années '80 pour que se fasse le passage d'une approche axée sur l'individu à une approche écologique (Pinder, 1994).

Quel avenir pour la médicalisation de l'alcoolisme?

L'idée que l'alcoolisme est une maladie est toujours en force⁴ comme le traduisent bien, par exemple, les définitions de l'American Medical Association, de l'Organisation mondiale de la santé et de l'International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death. Cette idée a même été réaffirmée récemment par le

⁴ Pour faire le point sur l'approche médicale de l'alcoolisme, voir Mendelson & Mello (1992).

comité conjoint de l'American Society of Addiction Medicine et le National Council on Alcoholism and Drug Dependence (Erickson, 1992). Par ailleurs, une série de travaux critiques ont mis en évidence les limites de l'approche médicale face aux problèmes engendrés par la consommation d'alcool; les travaux sur la rémission des buveurs ainsi que les recherches en épidémiologie font ressortir les effets pervers de cette approche non seulement en ce qui concerne la réhabilitation des buveurs problématiques mais également en ce qui concerne la gestion sociale des problèmes découlant de la consommation d'alcool. Un virage s'est amorcé récemment, redéfinissant le problème non plus par rapport au produit ou à celui qui le consomme mais comme un problème comportemental. On met l'accent sur les conséquences négatives de la consommation, élargissant ainsi le champ virtuel d'intervention à tous les buveurs et mobilisant de façon significative des acteurs non médicaux autant au niveau de la prévention qu'à celui de la réadaptation. Doit-on voir là l'amorce d'un mouvement de démedicalisation des problèmes d'alcoolisation?

La réponse à cette question n'est pas simple. Au niveau conceptuel, l'ambivalence a toujours été forte autant chez les experts que chez les profanes. C'est surtout au niveau institutionnel, dans le traitement des alcoolodépendants, que l'approche médicale s'est le plus fortement imposée. À ce niveau, le virage conceptuel récent a encore un impact limité. Dans le champ de la désintoxication, l'approche demeure largement médicale, ce qui se traduit par la place de la pharmacothérapie et plus globalement par la place des médecins dans le processus. Mais, la désintoxication peut entraîner des réactions physiopathologiques requérant un suivi médical, ce qui légitimise l'approche médicale à cette étape du traitement sans que pour autant il soit nécessaire d'endosser la conception médicale de l'alcoolisme. La médicalisation au niveau institutionnel est donc en partie indépendante de son niveau conceptuel. Par ailleurs, l'approche médicale tend encore largement à s'étendre à la réadaptation, ce qui se traduit notamment par l'objectif d'abstinence visé par le traitement. Ici les niveaux institutionnel et conceptuel sont indissociables. Les intervenants psychosociaux ont pu trouver leur place dans la réadaptation, développer une intervention holistique dans la mesure où l'objectif

d'abstinence n'était pas remis en question, et qu'ils ne remettaient pas en question la conception médicale.

Dans le champ de la prévention, on assiste à la fois à une médicalisation accrue et à une démedicalisation. Médicalisation accrue, ou "santéisation" pour reprendre le concept proposé par Conrad (1992), puisque l'intérêt des professionnels de santé publique pour toutes les habitudes de vie, incluant la consommation d'alcool, ont conduit, au niveau conceptuel, à élargir la pathologie en amont de la maladie. La pathologie inclut maintenant des comportements potentiellement à risque pour des buveurs qui dans la conception médicale antérieure n'était pas des malades. Il est particulièrement intéressant d'observer les résistances des professionnels de la santé à établir un seuil sécuritaire de consommation malgré les travaux épidémiologiques récents qui tendent à montrer qu'une consommation modérée a des effets positifs sur la santé (Ashley, Ferrence, Room, Rankin & Single, 1994). Par ailleurs, démedicalisation puisque la présence d'acteurs hors du champ de la santé a déplacé l'attention vers les conséquences plutôt que vers les comportements, privilégiant une gestion sociale plutôt qu'individuelle de celles-ci. De plus, ces acteurs semblent beaucoup moins enclins à adopter un vocabulaire médical, pathologisant, face à la consommation abusive. Mais est-ce vraiment là un embryon de démedicalisation où simplement une manifestation de l'ambivalence sociale face à l'alcool où tout en réprouvant certains comportements on hésite, souvent à cause de son rôle intégrateur au plan social et du plaisir que la majorité des buveurs ont à consommer, à requestionner la place de l'alcool dans notre société?

Références bibliographiques

- Ashley, M.J., Ferrence, R., Room, R., Rankin, J. et Single E. (1994). Moderate drinking and health: Report of an international symposium. *Canadian Medical Association Journal*, 151(6) supp., 1-20.
- Blum K., Noble, E.P., Sheridan P.J. et al. (1990). Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism. *Journal of the American Medical Association*, 263, 2055-2060.
- Bohman, M. (1978). Some genetic aspects of alcoholism and criminality: A population of adoptees. *Archives of General Psychiatry*, 35, 269-276.

- Bondy, S. J. (1994). *Alcohol consumption and self-reports of alcohol-related consequences in the 1990 Ontario health survey*. The 20th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Brüun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol; Rüschlikon, Suisse. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.
- Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, K., Pan, L., Popham, R.E. et al. (1975). *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- Cadore, R.J., O'Gorman, T.W., Troughton, E. et Heywood, E. (1984). Alcoholism and antisocial personality: Interrelationships, genetic and environmental factors. *Archives of General Psychiatry*, 42, 161-167.
- Caetano, R. (1987). What I would most like to know. When will we have a standard concept of alcohol dependence? *British Journal of Addiction*, 82, 601-605.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. (1989). The periodic health examination: 1989 update. *Canadian Medical Association Journal*, 141, 209-216.
- Cahalan, D. et Cisin, I.H. (1976). Drinking behavior and drinking problems in the United States. In Kissin B. et Begleiter H. (eds): *The Biology of Alcoholism: Social Aspects of Alcoholism* (pp.77-115). New-York: Plenum Press.
- Clement, S. (1986). The identification of alcohol-related problems by general practitioners. *British Journal of Addiction*, 81, 257-264.
- Cloninger, C.R. (1991). D2 dopamine receptor gene is associated but not linked with alcoholism. *Journal of the American Medical Association*, 266, 1833-1834.
- Cloninger, C.R., Bohman, M. et Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry*, 38, 861-868.
- Collin, J. et Béliveau, D. (1994). *Histoire de la pharmacie au Québec*, Montréal: Musée de la pharmacie du Québec.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Cottler, L.B. (1993). Comparing DSM-III-R and ICD-10 substance use disorders, *Addiction*, 88(5), 689-696.
- Crawford, J. et Heather, N. (1987). Public attitudes to the disease concept of alcoholism. *The International Journal of the Addictions*, 22, 1129-1138.
- Cronkite, R.C. et Moos, R.H. (1978). Evaluating alcoholism treatment programs: An integrated approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1105-1119.
- Cronkite, R.C. et Moos, R.H. (1980). Determinants of the post-treatment functioning of alcoholic patients: A conceptual framework. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 305-316.

- Dubuc, J.G. (1994). Éduc'alcool: une philosophie du libre choix et de la responsabilisation. In Brisson, P. (dir): *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol.II (pp.323-345). Montréal: Gaëtan Morin.
- Eliany, M. et Rush, B. (1992). *L'efficacité des programmes de prévention et de réhabilitation de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies. Rapport de base de la stratégie canadienne antidrogue*, Ottawa: Canada, Santé et Bien-être social Canada, Direction générale des services et de la promotion de la santé.
- Epp, J. (1986). *La santé pour tous: Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Ottawa: Canada, Santé et Bien-être social Canada.
- Erickson, C. K. (1992). Invited review: A pharmacologist's opinion - Alcoholism: the disease debate needs to stop. *Alcohol & Alcoholism*, 27, 325-328.
- Ferris, J. (1994). *Comparaison of public perceptions of alcohol, drug and tobacco addictions: Moral vs disease models*. The 20th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Brüun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol. Rüschlikon, Switzerland.
- Fillaut, T. (1990). L'Eglise catholique et l'anti-alcoolisme en Basse-Bretagne à la veille de la Première Guerre mondiale. In Caro, E. (dir.): *De l'alcoolisme au bien boire*, tome 1 (pp.122-131), Paris: L'Harmattan.
- Fingarette, H. (1988). *Heavy drinking: The myth of alcoholism as a disease*. Berkeley: University of California Press.
- Goodwin, D.W., Schulsinger, F., Hermansen, L., Guze, S.B. et Winokur, G. (1973). Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents. *Archives of General Psychiatry*, 28, 238-242.
- Goodwin, D.W. (1991). The etiology of alcoholism. In Pittman D.J., White, H.R. (dir): *Society, Culture, and Drinking Patterns Reexamined* (pp.598-607). New Brunswick, N.J.: Alcohol Research Documentation Inc., Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Gusfield, J. (1993). "No more cakes and ale": The rethorics, frame and politics of alcohol research. The 20th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Brüun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Rüschlikon, Switzerland. Krakow, Poland.
- Hauge, R. et Irgens-Jensens, O. (1986). The relationship between alcohol consumption, alcohol intoxication and negative consequences of drinking in four scandinavian countries. *British Journal of Addiction*, 81, 513-524.
- Heather, N. et Tebbutt, J. (dir) (1989). *The effectiveness of treatment for drug and alcohol problems. An overview*. (Série de monographies no 11), Canberra, Australian Government Publishing Service.
- Hillemand, B. (1990). De l'inégalité et de la vulnérabilité des personnes vis-à-vis de l'éthanol. In Caro, G. (dir): *De l'alcoolisme au bien boire* (pp.73-89). Paris: L'Harmattan.
- Hilton, M.E. et Clark, W.B. (1987). Changes in America drinking patterns and problems, 1967-1985. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 515-522.

- Hrubec, Z., Omenn, G.S. (1981). Evidence of genetic predisposition to alcoholic cirrhosis and psychosis: Twin concordances for alcoholism and its biological end points by zygosity among male veterans. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 5, 207-215.
- Institute of Medicine of the National Academy of Sciences (1990). *Broadening the base of treatment for alcohol problems*, Washington D.C.: National Academy Press.
- Jellinek, E.M. (1991). Phases of alcohol addiction. In Pittman D.J. et White, H.R. (dir): *Society, Culture, and Drinking Patterns Reexamined* (pp.403-415). New Brunswick, N.J.: Alcohol Research Documentation Inc., Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Knupfer, G., Fink, R., Clark, W.B. et Goffman, A.S. (1963). *Factors related to amount of drinking in a urban community*. Drinking Practices Study Report No. 6, Berkeley, CA: California State of Public Health.
- Kreitman, N. (1986). Alcohol consumption and the preventive paradox. *British Journal of Addiction*, 25, 353-363.
- Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens: Un document de travail*. Ottawa: Canada.
- Levine, H. G. (1978). The discovery of addiction: Changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 143-174.
- Levine, H. G. (1981). The good creature of God and the Demon rum: Colonial America and 19th-Century ideas about alcohol, crime, and accidents. In Room, R. et Collins, G. (dir): *Alcohol and Disinhibition: Nature and Meaning of the Link..* Rockville, Md.: Departement of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- McCandless, P. (1984). 'Curses of Civilization': Insanity and drunkenness in victorian Britain. *British Journal of Addiction*, 79, 49-58.
- Mendelson, J. H. et Mello, N. K. (eds) (1992). *Medical Diagnosis and Treatment of Alcoholism*. New York: McGraw-Hill.
- Mercier, C. et Brochu, S. (1988). Méthode d'évaluation de l'efficacité des programmes. In Brisson, P. (dir): *L'usage des drogues et la toxicomanie* (pp.433-450). Boucherville: Gaëtan Morin.
- Midanik, L.T. et Harford, T.C. (1994). Alcohol consumption measurement introduction to the workshop. *Addiction*, 89, 393-394.
- Mulford, H. A. et Miller, D. E. (1961). Public definitions of the alcoholic. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 22, 312-320.
- Murray, R.M., Clifford, C. et Gurlin, H.M. (1983). Twin and alcoholism studies. In Galanter, M. (dir): *Recent developments in alcoholism*, vol.1 (pp.25-48). New York: Gardner Press.
- Musil, J.V. (1982). A comparison of the attitudes of czechoslovakian and american psychologists and psychiatrists toward alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 252-260.

- Nadeau, L. (1982). *Le réseau DOMREMY de 1956 à 1960: L'âge d'or du service en externe?* Dixième colloque de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec: intervention en externe auprès des toxicomanes, Montréal.
- Nadeau, L. (1988). La crise paradigmatique dans le champ de l'alcoolisme, In Bisson, P. (dir): *L'usage des drogues et la toxicomanie* (pp.185-204). Boucherville: Gaëtan Morin.
- Naranjo, C.A., Kadlec, K.E., Sumhuesa, P., Woodley-Remus, D. et Sellers, E.M. (1990). Fluoxetine differentially alters alcohol intake and other consummatory behaviors in problem drinkers. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 47, 490-498.
- O'Neil M., et Pederson, A. (1994). Two analytic paths for understanding canadian developments in health promotion. In Pederson, A., O'Neill, M., Rootman, I. (eds). *Health Promotion in Canada - Provincial, National & International Perspectives*. Toronto: W.B. Saunders Canada.
- Orcutt, J.D., Cairl, R.E. et Miller, E.T. (1980). Professional and public conceptions of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 652-661.
- Peachey, J.E., Annis, H.M., Bornstein, E.R., Sykora, K., Maglana, S.M. et Shamaï, S. (1989). Calcium carbimide in alcoholism treatment. Part 1. A placebo controlled double-blind clinical trial of short-term efficacy. *British Journal of Addiction*, 84, 877-887.
- Peele, S. (1990, July). Second thoughts about a gene for alcoholism, *The Atlantic Monthly*, 52-58.
- Pinder (1994). The federal role in health promotion: the art of the possible. In Pederson, A., O'Neill, et M., Rootman, I. (eds): *Health Promotion in Canada - Provincial, National & International Perspectives*. Toronto: W.B. Saunders Canada.
- Prévost, R., Gagné, S. et Phaneuf, M. (1986). *L'histoire de l'alcool au Québec..* Montréal, Éditions internationales Alain Stanké.
- Rapport Castonguay-Nepveu (1971). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et des services sociaux*. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Ries, J. K. (1977). Public acceptance of the disease concept of alcoholism. *Journal of Health and Social Behavior*, 18, 338-344.
- Roche, A.M., Guray, C. et Saunders, J.B. (1991). General practitioners' experiences of patients with drug and alcohol problems. *British Journal of Addiction*, 86, 263-275.
- Roman, P.M. (1991). Problem definitions and social movement strategies: The disease concept and the hidden alcoholic revisited. In Roman, P.M. (dir): *Alcohol: The development of sociological perspectives on use and abuse* (pp.235-253). New Brunswick, NJ: Alcohol Research Documentation, Inc., Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Room, R. (1974). Governing images and the prevention of alcohol problems. *Preventive Medicine*, 3, 11-23.

- Rorabaugh, W.J. (1979). *The Alcoholic Republic*. Oxford: Oxford University Press.
- Single, E. et Wortley, S. (1993). Drinking in various settings as it relates to demographic variables and level of consumption: Findings from a national survey in Canada. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 590-599.
- Sobell, L.C., Sobell, M.S. et Toneatto, T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. In Heather, N., Miller, W.R. et Greeley J. (eds): *Self Control and the Addictive Behaviors*. New York: Maxell Macmillan.
- Vaillant, G.E. (1983). *The Natural History of Alcoholism*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

The first of these is the fact that the majority of the cases of this disease are found in the lower social classes, and that the disease is more prevalent in the winter months. The second is the fact that the disease is more prevalent in the lower social classes, and that the disease is more prevalent in the winter months. The third is the fact that the disease is more prevalent in the lower social classes, and that the disease is more prevalent in the winter months. The fourth is the fact that the disease is more prevalent in the lower social classes, and that the disease is more prevalent in the winter months. The fifth is the fact that the disease is more prevalent in the lower social classes, and that the disease is more prevalent in the winter months. The sixth is the fact that the disease is more prevalent in the lower social classes, and that the disease is more prevalent in the winter months. The seventh is the fact that the disease is more prevalent in the lower social classes, and that the disease is more prevalent in the winter months. The eighth is the fact that the disease is more prevalent in the lower social classes, and that the disease is more prevalent in the winter months. The ninth is the fact that the disease is more prevalent in the lower social classes, and that the disease is more prevalent in the winter months. The tenth is the fact that the disease is more prevalent in the lower social classes, and that the disease is more prevalent in the winter months.

SELO
Spar
est cor
tabagie
d'autre
mainte
seulem
transf
passe s

De par

M
cadeau
plante
tabac s
mâchée
popula

David Cohen

LE TABAGISME : NORME, DÉVIANCE, MALADIE OU DÉLIT?

"Comment faire comprendre que, si la maladie est souvent au bout du chemin pris avec la cigarette, le fait de fumer n'a, en lui-même, rien d'une maladie?" (Hirsch & Karsenty, 1992, p. 13)

SELON LA THÉORIE DE LA MÉDICALISATION DE LA DÉVIANCE proposée par Conrad et Schneider (1980), ce n'est que lorsqu'un comportement est considéré comme déviant qu'il peut être médicalisé. Le cas du tabagisme cadre parfaitement dans cette théorie, de même qu'une foule d'autres substances psychotropes dont l'usage, autrefois approuvé, est maintenant répudié. Le tabac se distingue de ces autres drogues non seulement parce que son usage est si répandu mais aussi parce que sa transformation de simple produit agricole en fléau de l'humanité se passe sous nos yeux.

De panacée à panapathogène

Moins de trente ans après que Christophe-Colomb ait reçu en cadeau de bienvenue des indigènes des feuilles séchées de tabac, cette plante poussait dans les jardins botaniques du Portugal. En un siècle, le tabac s'est répandu à travers le monde et aujourd'hui, ses feuilles sont mâchées, bues, prisées et fumées presque partout au monde. L'usage populaire de la cigarette en Europe remonte à la fin de la guerre de

Crimée, lorsque les combattants des six pays impliqués rapportèrent cette pratique dans leurs patries respectives (Bulthuis, 1992).

L'histoire plus récente du tabac est mieux connue et de nombreuses sources la documentent. En une période relativement courte, du 19^e au milieu du 20^e siècle, le tabac est un produit totalement licite et sa consommation, un passe-temps ordinaire plutôt réservé aux hommes mais qui, selon les décennies, alterne entre les classes sociales. Au cours des deux grandes Guerres Mondiales, le tabac est même fortement recommandé par les autorités militaires, puisque les cigarettes sont distribuées au cours du service militaire. Selon Hirsch et Karsenty (1992), à cette époque la cigarette évoque l'image d'un produit qui sert à surmonter les épreuves les plus terribles (la cigarette du condamné), qui répond à un besoin physiologique de première nécessité (consommée partout et en tout temps), qui permet à l'individu de s'intégrer socialement ou de se distinguer du groupe. En somme, malgré une diversité d'opinions contradictoires quant à ses bienfaits, le tabac constitue à cette époque une sorte de *panacée*, dans le sens littéral de "remède universel".

C'est vers le milieu du 20^e siècle qu'apparaissent les premières lueurs du déclin du tabac dans les sociétés occidentales, sous la forme d'associations établies entre le tabagisme et diverses pathologies physiques parfois fatales. Ces associations sont remises en question, surtout par des chercheurs travaillant pour les fabricants de cigarettes, jusqu'à ce qu'en 1964, le premier rapport du *Surgeon General* des États-Unis les confirme et démontre un lien – non seulement d'association, mais de causalité – entre le tabagisme et les maladies du coeur, le cancer du poumon, et les affections respiratoires chroniques (United States Department of Health, 1964).

En 1986, un second rapport du *Surgeon General* va plus loin en décrivant les effets nocifs du tabagisme passif – c'est-à-dire, de l'inhalation involontaire de la fumée de tabac par les non-fumeurs (*The health consequences*, 1986). Cette révélation donne un élan considérable à des nouveaux acteurs, ayant fait leur apparition sur la scène au début des années 1970: les forces du lobby antitabac. En quelques années à peine, leurs efforts soutenus sont parvenus à faire émettre une foule de restrictions sur l'usage de la cigarette en public. Des restrictions dont nous ne voyons encore la fin et qui risquent d'aboutir à la quasi-

disparition prochaine de la fumée de tabac des espaces publics en Amérique du Nord.

Un troisième rapport du *Surgeon General*, publié en 1988, consacre la transformation du tabac, de son rôle de panacée à celui d'une *panapathogène* (Szasz, 1982). Dans ce rapport, le tabagisme est considéré non seulement comme *cause* de maladies mais comme maladie *en soi*. Le Rapport déclare catégoriquement que les gens fument parce qu'ils sont dépendants de l'ingrédient actif du tabac, la nicotine, et que la seule différence notable entre la nicotine et l'héroïne ou la cocaïne est que ces deux dernières substances sont illégales. Fait ironique mais révélateur qui échappe à l'esprit des rédacteurs du Rapport, ces deux substances – l'opium, d'où provient l'héroïne, et le coca, d'où provient la cocaïne – ont elles-mêmes subi les mêmes transformations historiques, de remèdes universels en fléaux universels.

Vision médico-psychiatrique actuelle du tabagisme

Ce passage conceptuel et pratique ne s'est pas fait soudainement. Huit ans avant le rapport de 1988, l'Association Américaine de Psychiatrie publiait, dans la 3^e édition de son manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (American Psychiatric Association, 1980), la description détaillée de deux nouvelles catégories diagnostiques (sous la rubrique de "Troubles mentaux organiques"): "dépendance au tabac" et "sevrage du tabac". Dans l'édition révisée de 1987 (APA, 1987), le mot "tabac" est changé pour celui de "nicotine".

La définition médicale et psychiatrique du tabagisme renvoie à une dépendance pharmacologique à une substance entraînant la dépendance, la nicotine. Toutes les définitions officielles de la dépendance s'inscrivent dans cette vision: une compulsion irrésistible à accomplir un acte contraire à sa raison ou à sa volonté.¹ Sous cet angle, "la consommation de tabac ne peut être considérée comme une simple habitude, mais bien comme une dépendance au même titre que celles d'autres drogues dites «dures»" affirment LeHouezec et Mollimard (1986, p. 1873). Cette conceptualisation rend bien compte de la médicalisation du tabagisme, mais il y a davantage: la transformation du

¹ La tolérance et le syndrome de sevrage, qualifiés habituellement de dépendance physique, ne sont pas spécifiques aux drogues psychoactives.

produit lui-même – la nicotine – en *médicament*, c'est-à-dire, en substance prescrite par un médecin (en général, sous forme de timbre transdermique) pour fins thérapeutiques.²

Appuyés par une foule de recherches mettant en évidence les effets physiologiques et comportementaux de la nicotine sur l'animal comme sur l'humain, de nombreux médecins commencent, dans les années qui suivent, à se préoccuper de la dépendance au tabac comme sphère légitime d'intervention professionnelle (voir Benowitz, 1992; Cohen, 1988). Le désir de fumer, l'irritabilité, la difficulté de concentration et l'augmentation de l'appétit suivant l'arrêt du tabac sont considérés comme des signes typiques de "troubles psychiatriques traitables" (Jarvik & Henningfield, 1988). Dans la logique d'intervention médicale devant les dépendances aux drogues dites "dures", il est recommandé au médecin de considérer le patient qui fume "comme si l'on venait de découvrir qu'il abuse d'autres drogues" ou comme s'il s'auto-médicamente au tabac pour résoudre les problèmes personnels qui l'amènent à consulter (Henningfield, 1984, pp. 31-32). En d'autres termes, la médicalisation du tabagisme amène inexorablement à ajouter l'accoutumance au tabac à la longue liste de comportements sensés signifier (1) qu'un individu est dépendant de l'effet chimique d'une substance psychoactive, (2) que cette dépendance est essentiellement de nature biologique (avec causes génétiques, endocrinologiques ou biochimiques) [cf. Hughes, 1986], (3) qu'elle peut être également présente chez des individus qui ne fument pas, ainsi que leur famille, (4) que cette prédisposition fait que les individus "perdent le contrôle" lorsqu'ils consomment la substance en question, et (5) que les individus affectés nécessitent des traitements de longue durée ainsi qu'une aide permanente pour qu'ils s'abstiennent de consommer, pour maîtriser leur dépendance.

La médicalisation du tabac à la rescousse du modèle biomédical

Que peut-on conclure sur la signification culturelle et anthropologique de la popularité du concept de la dépendance à la nicotine, tel qu'il découle du modèle biomédical des dépendances

² Quand même, à plusieurs reprises depuis son introduction, mais surtout du 16^e au 18^e siècle, le tabac a été utilisé ou recommandé à des fins thérapeutiques par des guérisseurs et des médecins.

chimiques? J'esquisserai ici l'idée que ce concept s'applique aujourd'hui au tabagisme non pas parce qu'il démontre une meilleure capacité d'expliquer scientifiquement un phénomène, mais parce qu'il s'accorde mieux aux métaphores et catégories culturellement acceptables de la dépendance en général (Stein, 1990) et probablement parce qu'il renforce un modèle populaire mais scientifiquement faible. Après tout, quoi de plus convaincant pour démontrer l'utilité du modèle médical des dépendances que de découvrir des dizaines de millions de nouveaux drogués? Le concept du tabagisme comme maladie émerge au moment même où le modèle biomédical des autres dépendances (en particulier à l'alcool) est remis en question par un grand nombre d'observateurs (Fingarette, 1987; Peele, 1990). L'échec quasi-total de ce modèle à comprendre, expliquer ou traiter les problèmes décrits comme dépendances aux drogues est aujourd'hui manifeste. Nous savons cependant que l'inertie des systèmes scientifiques désuets (Kuhn, 1970) et le vaste support institutionnel et folklorique qu'ils reçoivent assurera encore à ce modèle une demi-vie appréciable.

Le succès de la campagne de persuasion contre le tabac est assez impressionnant (Coyne, 1994): 31 pourcent des Canadiens fument aujourd'hui, alors qu'une génération passée ils étaient 50 pourcent. Ce succès contraste avec les échecs des guerres saintes contre «les drogues», même s'il est difficile de nier que la plupart des dangers posés par les drogues illégales proviennent justement de leur illégalité. On ne semble pas prendre au sérieux le corollaire de la notion que les cigarettes sont aussi addictives que l'héroïne: l'héroïne n'est pas plus addictive que les cigarettes.

Appliqué au tabagisme, le modèle médical des habitudes néfastes pose exactement les mêmes problèmes soulevés par son application à d'autres dépendances:

1) Ce modèle est réductionniste: il conçoit la nicotine, considérée comme "ingrédient actif" du tabac, comme déterminant principal ou même unique de l'ingestion du tabac (voir Henningfield & Goldberg, 1988). Ce faisant, il ignore les forces sociales complexes et extrêmement puissantes qui renforcent cette ingestion, dès le début de la première inhalation de fumée à l'adolescence. Aujourd'hui, les nouveaux fumeurs se retrouvent en prédominance chez les adolescents, les filles en particulier (Taylor, 1994). S'il y a prédisposition psychologique ou

génétique au tabagisme, comme le sous-tend le modèle biomédical, comment expliquer qu'elles soient actives aujourd'hui chez les jeunes femmes, alors qu'elles étaient à peine existantes il y a vingt ans, et nulles il y a 40 ans? (voir Srole & Fischer, 1973). Il faut dire que le modèle médical n'est pas entièrement consistant: il véhicule l'idée de la dépendance comme phénomène extérieur à nous, comme un pouvoir qui réside dans la matière elle-même et devant lequel nous sommes impuissants. Pourtant, la même substance peut avoir des effets profondément différents selon les individus.

2) Il propose de remplacer l'usage autonome d'une substance désapprouvée par l'usage hétéronome d'une substance approuvée. Le modèle propose des traitements pharmacologiques qui – sur une grande échelle – entraîneront de nombreuses maladies iatrogéniques comme le font actuellement la plupart des traitements pharmacologiques en psychiatrie (Cohen, 1991). Les approches les plus discutées dans la littérature psychiatrique récente (Bachynsky, 1986; Jarvik & Henningfield, 1988; Skinner & Thompson, 1992) sont: a) *le remplacement*: prendre la nicotine à travers la peau au lieu de l'inhaler dans la fumée; b) *le blocage*: une ou plusieurs drogues prescrites pour bloquer la transmission de nicotine à travers les neurones; c) *la pharmacothérapie non spécifique*: traiter avec les psychotropes déjà disponibles dans la pharmacopée psychiatrique les symptômes de sevrage sur une base symptomatique (ex., des antidépresseurs pour les ex-fumeurs déprimés, des amphétamines pour les ex-fumeurs inquiets de prendre du poids, des benzodiazépines pour les ex-fumeurs tendus, etc.); d) *la dissuasion*: développer une drogue qui, prise avant de fumer, rendra l'usage du tabac dégouttant au fumeur.

Encore une fois, l'approche médicalisante revient essentiellement à offrir une drogue prescrite par un médecin pour remplacer la même drogue prescrite par soi-même, tout comme le remplacement de l'héroïne – narcotique naturel obtenu illégalement et injecté – par la méthadone – narcotique synthétique obtenu sur ordonnance et avalé en sirop. Tout ceci malgré le fait que la majorité des ex-fumeurs (95% selon la Société américaine du cancer) ont arrêté de fumer seuls, sans aucune aide thérapeutique (Peele, 1990).

3) Un autre problème que pose le modèle est qu'il condamne, selon la logique actuelle de gestion des problèmes des drogues en Amérique

du Nord, à une escalade d'efforts répressifs qui caractérisent la régulation des drogues comme l'héroïne ou la cocaïne. Le bilan de cela? Des citoyens ordinaires sont punis et emprisonnés, côtoyant des criminels endurcis. Les personnes qui abusent des drogues ne trouvent pas d'aide. La corruption des forces policières est encouragée. La violence est souvent due aux rapports de jungle du commerce illicite. En somme, un portrait des plus terrifiants.

Cui bono?

Cette approche médicamenteuse profite en premier lieu aux intérêts des compagnies pharmaceutiques. En effet, celles-ci ne sont pas indifférentes à l'existence d'un marché en pleine expansion: celui d'ex-fumeurs avec récurrences fréquentes qui vont dorénavant consulter leur médecin pour sevrage tabagique car il devient acceptable et désirable de le faire. L'utilisation des timbres transdermiques (même si son efficacité se limite au quart des fumeurs) est une industrie dont le chiffre d'affaires, l'année dernière aux États-Unis seulement, dépassait les 800 millions de dollars. Deux compagnies seulement se divisent plus de 80% de ce marché (*Time*, 4 janvier 1993, p. 71).

La situation actuelle est quand même plus complexe que la simple recherche par quelques entreprises de revenus additionnels. De nombreux acteurs y trouvent aussi leur compte et profitent de la médicalisation du tabagisme.

Il y a d'abord les fumeurs eux-mêmes, qui sont, selon presque tous les sondages, conscients des dangers à long-terme du tabac. La médicalisation renforce ce que Hirsch et Karsenty (1992) appellent "la duplicité du fumeur" ("C'est mauvais, mais je ne peux pas m'en passer"). Cette duplicité, il faut le remarquer, provient principalement du fait que le sevrage du tabac est devenu une question publique. Le modèle de la dépendance excuse le retard à entreprendre ou la difficulté à réussir ce sevrage. Mais dans le contexte culturel actuel, le sevrage est quand même exigé plus de plus en plus hâtivement. Le modèle permet aussi au fumeur de demander l'aide de l'État pour cesser sa dépendance, tout comme on s'attend à ce que l'État fournisse aux autres drogués les moyens de cesser leurs dépendances (Drobot, 1991).

Il y a les gouvernements, conscients de leur rôle de protecteur des citoyens et gardiens de leur santé, mais qui hésitent fortement à se passer des recettes de la vente du tabac ou à abandonner complètement les subsides aux cultivateurs du tabac. Dans ce sens, la médicalisation accentue la duplicité de l'État ("Le tabac devrait être interdit, mais nous ne pouvons pas nous passer de ses recettes"). Il y a une dizaine d'années, on estimait que des 138 milliards de dollars dépensés annuellement sur le tabac, 75 milliards ou 55% ont été versés directement dans les trésors publics des divers pays impliqués (Bulthuis, 1992). Les politiciens peuvent donc rassurer leurs électeurs et supporteurs, dont les intérêts s'opposent, que ces intérêts continuent d'être protégés (Szasz, 1984).

Il y a aussi les fabricants de tabac, qui comptent parmi les multinationales les plus puissantes du monde (Rosenblatt, 1994). Ils détectent clairement la fin des années grasses pour leurs produits en Amérique du Nord mais, imbriqués comme ils le sont dans le tissu de notre société (emplois, impôts, contributions charitables, investissements, etc.), les fabricants ne céderont pas sans mener une véritable guerre économique à leurs opposants. Bulthuis (1992) estime qu'à travers le monde, des dizaines de millions de personnes et leurs familles dépendent du tabac pour leur gagne-pain. Pas moins de 30 millions de gens participent à sa culture, 6.6 millions travaillent dans l'industrie du tabac, 10.5 millions dans la vente et la distribution, et un autre 10 millions dans les industries de soutien (papier, publicité, transport). Les alliés principaux des fabricants sont bien sûr les agences de publicité mais aussi quelques groupes de fumeurs et non-fumeurs qui posent le problème en termes de liberté civile), ainsi que quelques gouvernements locaux ou régionaux. Tant que le tabac est légal et librement vendu, la médicalisation du tabagisme ne peut profiter aux fabricants qui, de toutes façons, préfèrent ne pas en discuter publiquement.

Il y a le lobby antitabac, composé principalement d'autorités médicales et de santé publique – qui voient dans leur lutte l'occasion de prévenir une des premières causes de mortalité évitable – et d'autres groupes et individus qui ont fait de la lutte antitabac ou anti-cigarette une cause personnelle. Malgré quelques exceptions, les non-fumeurs reçoivent de plus en plus le soutien des autorités politiques. La médicalisation sert à ce lobby, qui peut l'utiliser comme un autre

argument à faire valoir sur la place publique. Le fumeur étant perçu comme la victime d'une compulsion à ingérer de la nicotine, il perd son rôle d'acheteur rationnel bien informé et cherchant à maximiser ses préférences. Au contraire, il devient un acheteur irrationnel – incapable d'agir pour le meilleur de ses intérêts, voué à une mort prématurée et de surcroît responsable de la génération de coûts additionnels pour le système de santé (Bass, 1994).³

Il y a finalement les nouveaux fumeurs, un groupe extrêmement important puisqu'il s'agit, aux yeux des fabricants, de la relève et donc la cible première des promotions publicitaires. Par ailleurs, ce groupe se révèle être très sensible aux augmentations du prix de la cigarette. (C'est aussi parmi ce groupe, je me permets d'ajouter, qu'on peut percevoir la dépendance à la cigarette comme phénomène éminemment *non-pharmacologique*). La médicalisation du tabagisme, comme la médicalisation de tout comportement déraisonnable, aura de nombreuses conséquences sur ce groupe: elle ouvre des nouvelles carrières de déviants aux jeunes perdus, déresponsabilise l'individu, et contribue à un affaiblissement général de la culture dans la mesure où elle situe à l'intérieur de l'individu, mais hors de son contrôle, les déterminants de ses comportements à risque.

La médicalisation comme ciment social

La médicalisation du tabagisme appuie nos besoins réels mais camouflés de religion et de magie, de rituels de souillure et de purification ainsi que de professions qui s'en occupent sans avoir à le dire ouvertement et offenser nos sensibilités modernes (Szasz, 1982). Plus important encore, elle alimente notre dépendance collective sur des nouvelles catégories de déviants – des boucs-émissaires, des groupes ou des personnes incarnant le mal ou la déviance – à mesure que les catégories anciennes n'ont plus leur attrait parce qu'elles sont sur-utilisées ou désuètes (cf. Grossarth-Maticek, Eysenck, et Vetter, 1988). Il faut se rappeler que jusqu'à très récemment, le seul comportement qui distinguait les fumeurs des non-fumeurs était le fait que les fumeurs ...

³ L'argument est, évidemment, à double tranchant, puisque les fabricants de cigarettes l'utilisent pour suggérer que les décès prématurés des fumeurs représentent des économies pour le système de santé (cf. *Death A Benefit*, 1994).

fumaient. Personne n'en était moralement offusqué ou considérait cette pratique comme indice de dépravation sociale. La mention de plus en plus explicite de la nicotine comme «drogue dure» ou substance addictive, les objections de plus en plus vociférantes des non-fumeurs à la fumée, ainsi que l'utilisation plus fréquente de la cigarette par les plus pauvres réussiront probablement à rendre l'usage de cigarettes, *en soi*, comme répréhensible (Schelling, 1992).

Dans cette dynamique, la répression engendre la médicalisation, qui offre à son tour une nouvelle justification pour la répression. Ceci explique peut-être pourquoi, même si le contrôle social dans les sociétés modernes n'a pas besoin de la médicalisation, il s'y trouve quand même fréquemment jumelé. De plus, avec le tabagisme, le déviant/malade est *parmi nous*, ce qui offre un terrain fertile et délicieusement complexe d'indignations morales, d'injonctions légales et d'impérialisme thérapeutique pour rendre *nos* milieux (de travail, domestiques, de loisirs) libres de cette substance démoniaque. Dans ce sens, la médicalisation du tabagisme sert de distraction ultime dans des sociétés qui peuvent encore se permettre des distractions et c'est pourquoi, si elle n'existait pas, il faudrait l'inventer.

Références bibliographiques

- Bachynsky, N. (1986). The use of anticholinergic drugs for smoking cessation: A pilot study. *International Journal of the Addictions*, 21(7), 789-805.
- Bass, F. (1994, 2 Février). No surrender in the war against smoking [lettre à l'éditeur]. *The Globe and Mail* (Toronto), p. A23.
- Benowitz, N.L. (1992). Cigarette smoking and nicotine addiction. *Medical Clinics of North America*, 76(2), 415-437.
- Bulthuis, P. (1992). 500 Jaar Tabakscultuur: De rijke geschiedenis van het roken. Uitgeverij: Bzztôh.
- Cohen, D. (1991). Effets iatrogéniques en santé mentale: vue d'ensemble du problème. In *Les conséquences néfastes des interventions en santé mentale* (pp. 9-19). Montréal: ACSM et Éditions La Rose Blanche.
- Cohen, S.B. (1988). Tobacco addiction as a psychiatric disease. *Southern Medical Journal*, 81(9), 1083-1088.
- Conrad, P., & Schneider, J.W. (1980). *Deviance and medicalization: From badness to sickness..* St. Louis: C.V. Mosby.

- Coyne, A. (1994). One person's addiction is another's ancient history. *The Globe and Mail*, Toronto.
- Death a Benefit, Report Says. (1994, 1er septembre). *The Globe and Mail*, Toronto.
- Drobot, E. (1991, July 27). Punishing the victims [Lettre à l'éditeur]. *The Globe and Mail*, Toronto.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J. et Vetter, H. (1988). Antismoking attitudes and general prejudice: An empirical study. *Perceptual and Motor Skills*, 66, 927-931.
- The health consequences of involuntary smoking: A report of the Surgeon General*. (1986). Washington, D.C.: Government Printing Office.
- Henningfield, J.E. (1984). Pharmacological basis and treatment of cigarette smoking. *Journal of Clinical Psychiatry*, supplement 45 [12, sec. 2], 24-34.
- Henningfield, J.E. et Goldberg, S.R. (1988). Pharmacologic determinants of tobacco self-administration by humans. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 30(1), 221-226.
- Hirsch, A., Karsenty, A. (1992). *Le prix de la fumée*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Hughes, J.R. (1986). Genetics of smoking: A brief review. *Behavior Therapy*, 17, 335-345.
- Jarvik, M.E., Henningfield, J.E. (1988). Pharmacological treatment of tobacco dependence. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 30(1), 279-284.
- Karsenty, S. (1991). Le tabac: usage tranquille, usage coupable. In Chambat, P. (dir.) *Modes de consommation. Mesure et démesure*. (pp. 111-115). Paris: Éditions Descartes.
- Le Houezec, J. et Mollimard, R. (1986). Rôle de la nicotine dans l'induction de l'entretien de la dépendance au tabac. *La presse médicale*, 15(37), 1873-1876.
- Les Canadiens croient peu à la dépendance au tabagisme. (1993, 8 janvier). *Le Devoir* (Montréal), p. 2.
- Peele, S. (1989). *Diseasing of America: Addiction treatment out of control*. Lexington, Massachusetts: Lexington Books.
- Rosenblatt, R. (1994, March 20). How do tobacco executives live with themselves? *The New York Times Magazine*, pp. 34-41; 55; 73-75.
- Schelling, T.C. (1992). Addictive drugs: The cigarette experience. *Science*, 255(5043), 430-433.
- Skinner, M.H. & Thompson, D.A. (1992). Pharmacologic considerations in the treatment of substance abuse. *Southern Medical Journal*, 85(12), 1207-1219.
- Srole, L. & Fischer, A.K. (1973). The social epidemiology of smoking behavior 1953 and 1970: The Midtown Manhattan study. *Social Science and Medicine*, 7(5), 341-358.
- Stein, H.F. (1990). In what systems do alcohol/chemical addictions make sense? Clinical ideologies and practices as cultural metaphors. *Social Science and Medicine*, 30(9), 987-1000.
- Szasz, T.S. (1982). *Les rituels de la drogue*. Paris: Payot.

- Szasz, T.S. (1984). New addictions for old. In T.Szasz, *The Therapeutic State: Psychiatry in the mirror of current events* (pp. 277-279). Buffalo: Prometheus Books.
- Taylor, P. (1994, 19 août). Teen-age smoking on the rise, survey finds. *The Globe and Mail*, p. A5.
- United States, Department of Health, Education, and Welfare. (1964). *Smoking and health*. Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. Washington, D.C.: Public Health Service.

Lise Dubois

LA TÉLÉVISION AU SERVICE DE LA MÉDICALISATION DES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES

D EPUIS LA SECONDE GUERRE MONDIALE, LA TÉLÉVISION a rendu accessibles de nombreuses informations médicales et a fait de la saine alimentation une préoccupation du quotidien. Ce thème n'est pas seulement privilégié par les émissions d'information et de vulgarisation scientifique, il retient aussi l'attention dans les émissions de divertissement (variétés, fictions, etc.) et fait l'objet de nombreuses publicités.

Nous analyserons ici l'ensemble des informations nutritionnelles présentées à la télévision, au cours d'une période donnée, tout en mettant en perspective l'étendue de la médicalisation des comportements alimentaires en fonction de différents genres télévisuels. Le concept de médicalisation est entendu au sens où le discours incite à ajuster les comportements du quotidien aux recommandations médicales, dans un but de prévention ou de promotion de la santé.

La télévision et les messages de santé

La télévision offre deux types de représentations de santé. Les représentations formelles de santé sont véhiculées par les émissions d'information et d'éducation qui ont pour but avoué de renseigner la population ou d'améliorer les comportements par la vulgarisation

scientifique. Ces messages transmettent de l'information rationnelle à des groupes de mieux en mieux ciblés, en renforçant l'aspect individuel de la maladie et en minimisant les facteurs sociaux, économiques ou politiques qui déterminent aussi la santé (Karpf, 1990)¹. Les recherches dans ce domaine se préoccupent de la qualité de la diffusion des informations.

En second lieu, les représentations informelles de santé sont des images de styles de vie. Celles-ci se rapportent de près ou de loin à la santé ou aux comportements préventifs qui s'y rattachent². Ces messages n'ont pas pour but de renseigner sur la santé. Ils visent plutôt à divertir et à séduire le public et à s'assurer de bonnes cotes d'écoute. Ils sont parfois contradictoires, soutenant ou contrecarrant les recommandations des professionnels et éducateurs de la santé. Dans le cas des téléromans, ces messages reflètent le savoir de sens commun, car ils sont intégrés au vécu quotidien et s'imprègnent des représentations sociales déjà existantes. Les recherches qui s'intéressent aux représentations informelles de santé visent à évaluer la justesse des informations transmises par rapport aux connaissances médicales et à identifier les "mauvaises" représentations que véhiculeraient les films, les téléromans et les publicités. Ainsi, les annonces de «junk-food» sont décriées, les personnages qui s'alimentent mal sont dénoncés, le tout dans un souci "d'assainir" la télévision et d'inciter les télédiffuseurs à ne mettre en scène que des comportements correspondant aux recommandations nutritionnelles en vigueur.

De façon générale, la promotion télévisuelle de la santé a ceci de particulier qu'elle s'adresse indifféremment à tous et cherche à rejoindre le plus grand nombre. Bien que la télévision soit, dans les sociétés industrialisées, une source d'informations, d'idées et d'images toutes faites qui contribuent à la construction sociale de la représentation de la santé et des comportements reliés, son but premier n'est pas la promotion ou l'éducation pour la santé, mais bien l'atteinte de bonnes cotes d'écoute et la rentabilité des investissements des commanditaires. L'un n'exclut pas l'autre, car parler de santé peut faire augmenter les cotes d'écoute, si la télévision plaît et rejoint les

¹Karpf (1990) présente une analyse historique intéressante du thème de la santé présenté par les média.

²Gerber et Signorielli (1982) sont les chefs de file des recherches en ce domaine.

représentations sociales du public. Les sondages d'opinion, les mesures de cotes d'écoute (sondages BBM), les "lignes ouvertes" (téléphoniques) et les publics invités en studio permettent dans ce sens un va-et-vient entre le média et son auditoire.

La télévision est citée comme deuxième source d'information de santé après le médecin, lors d'enquêtes à ce sujet et les Québécois sont de grands consommateurs de télévision; ils lui consacrent environ 26 heures par semaine, cette activité étant la principale composante de leurs temps libres (Langlois et Al., 1990). La télévision est un lieu propice à l'étude des représentations de santé des Québécois. Comment les professionnels de la santé contribuent-ils publiquement à la médicalisation des comportements alimentaires et comment la télévision utilise-t-elle cette médicalisation pour se rendre plus populaire? Pour répondre à cette question, nous posons l'hypothèse que la télévision présente un discours social cohérent d'un genre télévisuel à l'autre. Celui-ci doit donc être étudié dans son ensemble afin d'en saisir la teneur réelle. En fait, étudier le discours télévisuel de cette façon correspond mieux aux habitudes d'écoute. Les émissions sont diffusées en flot continu et c'est ainsi que le public en fait l'expérience (Williams, 1992). Une émission d'information médicale, un reportage au téléjournal, les maladies de personnages de téléromans sont autant de modes de représentations de la santé qui permettent au public de comprendre et de s'insérer dans la culture médicale d'un moment historique donné.

La méthode de recherche

Au Québec, les recherches qui portent sur le contenu "santé" à la télévision sont rares. Notre recherche s'appuie sur l'analyse de trois semaines de diffusion intégrale (756 heures enregistrées du 1er au 21 mars, 1992) sur la chaîne privée de TVA et sur la chaîne publique de la Société Radio-Canada (SRC).

Nous avons utilisé une méthode d'analyse de contenu thématique après avoir transcrit de ces 756 heures tout ce qui se rapportait à la santé, à la maladie, au système de santé, et à huit comportements reliés à la santé (tabagisme, consommation d'alcool et de drogue, sédentarisme, alimentation, habitudes d'exposition au soleil, stress et comportement sexuel). Ceci nous a fourni un total de plus de 12 000

unités d'analyse (ou énoncés). Nous ne traitons toutefois dans ce texte que de la représentation télévisuelle des comportements alimentaires en lien à la santé (4340 unités d'analyse).

L'originalité de cette recherche réside dans le fait que tant les émissions d'information et de divertissement que les publicités ont été analysées pour un même corpus. Nous en avons dégagé l'ensemble des discours télévisuels qui se rapportent à la santé et qui ont été transmis au public au cours de la période étudiée. Ceci nous a permis d'analyser les discours des différents locuteurs télévisuels qui abordent le thème des comportements alimentaires reliés à la santé. Ces locuteurs sont: les professionnels de la santé, les journalistes et les chroniqueurs, les animateurs et les vedettes, M. et Mme Tout-le-monde, les personnages fictifs, les publicités de produits et services et les publicités à but social.

Les résultats

Notre première constatation est que l'alimentation est de loin le facteur de risque pour la santé le plus exploité par la télévision. En effet, des huit comportements reliés à la santé analysés, l'alimentation est le thème privilégié des professionnels de la santé (55% de leurs énoncés), des animateurs et des vedettes (48%), des personnages de téléromans (54%) et des publicités de produits et services (85%). Dans le cas des journalistes et des chroniqueurs (25% de leurs énoncés), de M. et Mme Tout-le-monde (22%) et des publicités sociales (35%), l'alimentation retient aussi l'attention. Nous présentons maintenant un résumé du discours de ces locuteurs.

Les professionnels de la santé

Certains professionnels de la santé (médecins, diététistes, etc.) animent des émissions ou des chroniques quotidiennes ou hebdomadaires à la télévision alors que d'autres y participent comme invités réguliers ou ponctuels. Leur rôle consiste principalement à renseigner le public sur les liens entre l'alimentation et la santé physique et/ou psychologique. Ils expliquent ce qui est bon ou mauvais pour la santé, comment manger et équilibrer les repas, avec qui et quand manger, ne pas sauter de repas, etc. Les principaux constituants

alimentaires qui ont retenu l'attention lors de la période étudiée sont le cholestérol, les fibres et le sel.

Les conséquences d'une mauvaise alimentation pour la santé sont présentées au public de façon détaillée. Manger trop, manger mal ou manger trop vite risquent d'occasionner des problèmes cardiovasculaires, de prédisposer au cancer, de provoquer des malaises digestifs et de conduire à l'obésité. Les professionnels de la santé utilisent aussi la télévision pour présenter l'alimentation appropriée à certains types de malades (les diabétiques, les cardiaques, etc.) ou celle requise en certaines circonstances de la vie (la grossesse, l'enfance, le vieillissement, l'athlétisme).

La mauvaise alimentation est associée à de mauvais modes de vie. Sauter le déjeuner, fumer et être sédentaire semblent aller de pair. Le discours télévisuel des professionnels de la santé incite chacun à se responsabiliser et à suivre les conseils médicaux et diététiques en matière de saine alimentation. Considérant les coûts sociaux associés à la mauvaise alimentation, on n'hésite pas à demander au gouvernement de légiférer, par exemple en terme d'étiquetage alimentaire. Au dire d'une spécialiste, les gens ne se sentent pas suffisamment coupable de "manger gras" si l'étiquette annonce un produit «sans cholestérol». Informer semble rimer avec culpabiliser dans un discours qui fait souvent abstraction du plaisir inhérent à l'acte de manger.

En même temps que la médecine informe, conseille et culpabilise, elle explique qu'elle saura soigner ceux qui n'auront pas été suffisamment vigilants. Le chirurgien opérera avec succès les cardiaques, le dentiste réparera les dents cariées et les médicaments tels que Pepto-Bismol ou Métamucil compenseront pour les excès alimentaires. Certains individus demanderont pourquoi ils doivent s'imposer des limites, si la médecine soigne si bien. En effet, nos analyses ont permis de constater qu'à la télévision, la médecine qui parle plus volontiers de ses réussites que de ses échecs, semble en mesure d'offrir des solutions à tous les problèmes.

Les journalistes et les chroniqueurs

Les journalistes et les chroniqueurs font de l'alimentation l'objet de nombreux reportages. Ils dénoncent les mauvaises habitudes

alimentaires tout en les qualifiant de problèmes de civilisation. Ce sont eux qui rapportent les risques écologiques et les dangers d'empoisonnement alimentaire. En harmonie avec le discours médical et afin d'inciter chacun à la discipline et au contrôle, les journalistes n'hésitent pas à dénoncer les conséquences sociales d'une mauvaise alimentation: ne pas déjeuner le matin est cause de décrochage scolaire ou d'accident de travail, l'obésité coûte cher à l'assurance-maladie, etc. De même, ils soutiennent les professionnels de la santé dans leurs demandes de légiférer.

Tout en expliquant que les goûts innés et acquis, par exemple pour le sucre, le sel et le gras, vont à l'encontre des recommandations médicales, ils montrent (images d'opération à cœur ouvert à l'appui) le sort qui attend ceux "qui ne font pas attention" et deviennent malades. Dans ce discours, le public est incité à bannir le "bon au goût" et à le remplacer par le "bon pour la santé".

Quant au discours portant sur ceux qui n'arrivent pas à bien s'alimenter, car ils n'ont pas suffisamment à manger (les pauvres d'ici ou d'ailleurs), de nombreux reportages se font rassurants et rendent compte, en le qualifiant de «merveilleux», du travail des organismes d'aide et de la reconnaissance de ceux qui en bénéficient.

Les animateurs et les vedettes

Les animateurs présentent des chroniques où sont interrogés des spécialistes de la santé ou des journalistes, ils animent des émissions culinaires et annoncent des produits amaigrissants dont ils font mention dans leur émission. Pendant ce temps, les vedettes invitées à divers programmes de variétés racontent leurs "écarts" alimentaires.

Les animateurs se font moralisateurs principalement face aux aliments à bannir. Certains diront: "On est dans une société où tout va trop vite...", "On passe trente heures par semaine à s'engraisser devant la télévision avec des chips et de la liqueur...". Lors d'un jeu télévisé, l'un d'entre eux semonce publiquement un participant qui dit consommer des boissons gazeuses et lui fait promettre qu'il n'en boira plus. Les pressions sont plus fortes pour les femmes enceintes et les enfants pour qui il semble encore plus important d'adopter les recommandations médicales en tout temps.

Ainsi positionnés entre les spécialistes de la santé et leur public, les animateurs et les vedettes signalent cependant le manque d'harmonie entre le discours médical et les réalités du quotidien. Un animateur raconte sauter le déjeuner pour pouvoir dîner afin de contrôler le nombre total de calories de la journée. Un autre manque de temps pour dîner. Une animatrice admet qu'aller à l'épicerie "le ventre plein", tel que suggéré par une spécialiste, est assurément une recommandation pertinente mais pas toujours pratique pour une femme qui travaille. De la même façon, certains disent "manger" leurs émotions en "tombant" dans le chocolat lorsqu'ils sont déprimés, l'aliment "défendu" acquérant alors des vertus thérapeutiques.

Cette divergence atteint son apogée dans les émissions culinaires où les animateurs présentent à la fois des recettes alléchantes et les méthodes pour les apprêter de manière à atteindre l'idéal santé. Il en résulte un contre-discours selon lequel la surveillance obsessionnelle de son alimentation devient aussi dommageable pour la santé que les "mauvais" aliments eux-mêmes. Il ne faudrait pas "tomber dans l'excès contraire et tout couper", de dire certains.

En plus de provoquer du stress, le contrôle obsessionnel de l'alimentation est à tel point complexe qu'il en découle un discours simplifié sur l'idée qu'un seul constituant alimentaire peut protéger contre la maladie: une animatrice dira que "...les fibres, c'est bon pour la digestion, c'est bon pour tout"; une autre mentionne que "...les fines herbes permettent d'assaisonner les aliments à la place du sel tout en conservant la santé"; "...une pomme par jour" c'est tout ce qu'il faut... On entend aussi dire qu'il serait pleinement justifié de payer plus cher pour les produits naturels ou allégés, meilleurs pour la santé en question.

L'alimentation, c'est aussi culturel. des souvenirs d'enfance et des pensées qui font saliver, des Québécois en Floride qui s'y font venir de la soupe aux pois, etc.... Les vedettes, pour leur part, avouent candidement ne pas toujours manger selon les règles et parlent de leurs "péchés de gourmandise" et de leurs "vices" alimentaires. C'est toujours la lutte entre le "bon au goût" et le "bon pour la santé". Une animatrice explique avoir "la dent sucrée" qu'elle tient de sa mère. Éliminer *tout* ce qui est bon au goût serait mauvais pour la santé, ce qui est bon pour la santé serait généralement mauvais au goût. Selon différents animateurs, "personne" n'aime le poulet sans peau, le pain brun, le

gruau, le poisson ou le tofu... Ces animateurs ont toutefois la responsabilité de transmettre à la mère-télespectatrice des "trucs" pour amener ses enfants, son mari, ses amis, à bien s'alimenter, par la ruse au besoin: on explique alors comment cacher du poisson dans une "poutine", du tofu dans d'autres recettes, etc.

Là où le contrôle de l'ingestion alimentaire n'est pas toujours possible, le régime amaigrissant permet d'effacer les traces visibles des abus. D'autant plus qu'il est quotidiennement fait mention des "problèmes" de poids des vedettes et des animateurs et les personnes obèses sont ouvertement ridiculisées en ondes. Ainsi, de fortes pressions incitent chacun à atteindre et à maintenir le poids "idéal" afin de ressembler aux «top modèles» ou aux athlètes qui, en parallèle, rendent compte d'une alimentation qui ne serait pas à recommander à tous.

M. et Mme Tout-le-monde

M. et Mme Tout-le-monde ont de nombreuses occasions de s'exprimer en ondes, soit par lettre (lue à haute voix par un animateur), lors de "lignes ouvertes", ou lorsqu'ils sont invités en studio avec un professionnel de la santé ou comme public à diverses émissions.

Ils servent principalement de faire-valoir à la médecine car la télévision présente généralement des témoignages de personnes repenties qui, après avoir été malades (de façon bénigne ou grave), expliquent suivre aujourd'hui les recommandations médicales et s'en porter beaucoup mieux. Ces témoignages associent l'alimentation aux habitudes de vie et à la santé psychologique. Une dame a fait "...le ménage dans sa vie en même temps que dans ses habitudes alimentaires", une autre s'alimente mieux après avoir vu le naturopathe et s'est ainsi sortie d'une dépression. M. et Mme Tout-le-monde, comme les animateurs et les vedettes, racontent aussi comment ils contrôlent leur poids avec des substituts de repas et "tombent" dans le chocolat lorsqu'ils se sentent déprimés.

Dans ce discours, l'homme est présenté comme le pourvoyeur alimentaire pour sa famille alors que la femme a la responsabilité de nourrir mari et enfants selon les recommandations médicales. L'une d'entre elles témoigne cependant avoir été battue par un mari qui trouvait à redire du repas qu'elle lui avait servi. Un tel témoignage met

en évidence des réalités liées aux pratiques alimentaires qui ont peu à voir avec la logique médicale.

Les personnages fictifs (téléromans)

Les téléromans exploitent l'anorexie ou la boulimie, sans juste milieu. Les personnages sont à la diète ou mangent trop... Les jeunes garçons se gavent de hamburger et de gâteau au chocolat, les jeunes filles se contentent de soupe et de salade. Tous sont malades: indigestion, anorexie, même la mort pour une dame âgée qui cesse de s'alimenter. Seuls les personnages des téléromans portant sur des époques passées mangent une nourriture abondante et riche, sans être malades, la nostalgie de l'avant-cholestérol se faisant sentir dans le parallèle entre ces images d'un temps passé et celles des téléromans d'aujourd'hui.

La femme des téléromans est, elle aussi, responsable de la saine alimentation de son mari et de ses enfants, lesquels contestent ouvertement et quittent la maison pour manger à leur goût chez des amis, au restaurant, lorsqu'ils sont insatisfaits du repas proposé ou servi. Une femme se fait battre lorsqu'elle renverse la soupe sur son mari, une autre se fait refuser de l'argent pour acheter l'épicerie car elle ne ferait pas du bon café le matin. L'homme des téléromans démontre la supériorité de son pouvoir d'achat en invitant les femmes au restaurant. Le restaurant sert de lieu de séduction, de réconciliation ou de rupture d'une relation alors que les repas à la maison se prennent dans un va-et-vient constant et fatigant. L'homme se met à la diète pour séduire s'il est seul, avec tous les produits substitués possibles (confiture Weight Watcher, etc.) mais sans trop de succès. Par contre, il refuse de se faire imposer la "diète" (la salade) de son épouse. Pendant ce temps, une jeune fille grasse séduit car elle est "pure" et sans risque pour le sida.

Les publicités de produits et services

Au cours de la période étudiée, nous avons recensé en moyenne trois publicités par heure reliées à l'alimentation (au total, 2700 publicités en trois semaines, soit 85% du total des publicités se

rapportant aux huit comportements étudiés)³. Elles regroupent celles des produits alimentaires, des marchés d'alimentation, des restaurants et des fiches-recettes. Pour leur part, les produits amaigrissants ne comptent qu'une soixantaine de publicités. Nous devons ajouter à cela les publicités intégrées aux émissions dont le commanditaire principal est un marché ou un produit alimentaire, diverses chroniques-santé et d'autres émissions où certains produits sont consommés ouvertement par les animateurs et chroniqueurs.

Il va de soi que les publicités exploitent les qualités des produits. leur bon goût, leur rapidité de préparation, ou leurs qualités nutritionnelles, selon le cas. La confusion risque cependant de s'installer lorsqu'une publicité pour le lait explique que le cholestérol est essentiel car il "...nourrit la vie", et que le boeuf de surlonge est moins gras que du poulet sans la peau.

Les publicités à but social

Le mois de la nutrition, en mars, coïncide avec la période de notre étude et des publicités sociales qui y sont reliées sont présentées, telles que celle du ministère de la Santé qui s'associe à la compagnie Kellogg pour promouvoir le petit déjeuner. Mais quel est le poids de ces quelques publicités sociales (au nombre total de 30), diluées dans les nombreuses publicités de produits et services préalablement mentionnées?

Que concluons-nous de cette observation?

Les différents genres télévisuels présentent au public des discours dans lesquels les responsabilités et les conséquences face à la santé diffèrent.

Les professionnels de la santé sont la voix de la raison médicale. Ils tentent de conscientiser chacun par un discours rationnel coupé du vécu, qui se fait souvent culpabilisant. Ils présentent l'alimentation comme une question de responsabilité individuelle et la mauvaise alimentation comme ayant des conséquences individuelles (médicales). Ce discours

³Par comparaison, environ 700 énoncés sur l'alimentation sont le fait des animateurs et des vedettes, 420 des personnages fictifs, 220 des professionnels de la santé, 160 des journalistes et des chroniqueurs, 135 de M. et Mme Tout-le-monde et 30 des publicités sociales.

est toutefois à la base de la médicalisation des comportements alimentaires et oblige les autres locuteurs télévisuels à se positionner par rapport à la rationalité médicale.

Les journalistes et les chroniqueurs sont la conscience sociale. Ils dénoncent les coûts sociaux des mauvais comportements alimentaires. Ils présentent aussi l'alimentation comme étant sous responsabilité individuelle, mais dénoncent l'individu non-raisonnable qui va jusqu'à menacer l'ordre social établi.

Les animateurs et les vedettes oscillent entre raison et passion. Les animateurs tentent d'éduquer tout en tenant compte des impératifs du quotidien. Les vedettes avouent leur culpabilité ("mal manger") mais sans remords (peut-être parce qu'ils sont généralement minces?). Si les conséquences d'une mauvaise alimentation sont individuelles, ce discours situe alors les causes au niveau social. La société, la culture, le travail, les impératifs du quotidien seraient les principaux déterminants des comportements alimentaires. C'est principalement la vie en société qui agresse l'individu et l'incite à déroger aux règles diététiques.

M. et Mme Tout-le-monde sont la voix du repentir et de la conversion. Ils témoignent se porter beaucoup mieux depuis leur soumission à la raison médicale. Sinon, ils ne sont pas invités à s'exprimer sur les ondes. Ainsi, pour ce public devenu vedette-d'un-jour, la mauvaise alimentation a des causes et des conséquences individuelles, à la manière du discours médical.

Les personnages fictifs sont la voix de la critique sociale. Ils démontrent les effets de la mauvaise alimentation sur l'individu, sur sa famille, sur son entourage... alors que les téléromans d'époque montrent à quel point la vie était agréable lorsque nul n'avait à se soucier de son alimentation. Dans ce discours nostalgique empreint d'interdits et de culpabilité, les personnages fictifs présentent la mauvaise alimentation comme ayant des causes sociales et des conséquences individuelles.

Les publicités de produits et services visent à vendre, et vendre encore. Elles exploitent le "bon pour la santé" ou le "bon au goût", selon les nécessités du moment. Le public est ainsi constamment invité à manger, et pas toujours en concordance avec les règles médicales, pendant qu'animateurs, vedettes, journalistes, personnages de téléromans etc. qui sont à la télévision parlent abondamment de

nourriture en ayant rarement des problèmes de poids. Dans ce lot, *les publicités sociales* ont bien peu de voix.

Bien que différents types de locuteurs contribuent à la médicalisation des comportements alimentaires, les publicités de produits et services comptent pour près des deux tiers (62%) du total des mentions se rapportant à l'alimentation au cours de la période étudiée, par comparaison aux mentions des animateurs et des vedettes (16%), des personnages fictifs (10%) et des autres locuteurs (5% ou moins chacun) (Dubois, 1994). Ainsi la médicalisation des habitudes alimentaires répond d'abord à la logique marchande, laquelle ne peut satisfaire pareillement les besoins de tous et crée en elle-même des inégalités sociales.

Les règles alimentaires s'appliquent différemment selon les groupes sociaux. Par exemple, les garçons sont boulimiques et les filles anorexiques. Les pouvoirs d'achats sont différents: la femme est responsable de la saine alimentation familiale alors que l'homme pourvoit aux besoins et invite au restaurant. L'obligation de la minceur est pour toutes les femmes mais seulement pour les hommes à la recherche d'une conjointe. Ou encore, entre les pauvres et les riches: la norme culturelle de la minceur nargue les plus démunis qui doivent s'estimer "heureux" de recevoir les surplus de nourriture qui n'ont pas trouvé preneur chez les plus riches. De même, il semble justifié de payer plus cher pour des produits plus "écologiques" ou plus "diététiques". Ce discours, comme celui de nombreuses publicités de produits alimentaires et de restaurants, oublie qu'il s'adresse aussi à des gens aux budgets restreints.

Si la médicalisation des habitudes alimentaires impose sa raison aux différents locuteurs télévisuels, ceux-ci y ajoutent d'autres dimensions culturelles et sociales qui, sans nier la raison médicale, la remettent en perspective par rapport aux réalités du quotidien. L'approche médicale côtoie un discours de sens commun où les causes et les conséquences des maladies sont tantôt individuelles, tantôt sociales. Par la teneur de son discours social, la télévision permet l'accès à la fois au savoir d'expert vulgarisé et au savoir de sens commun sur l'alimentation. Le discours des professionnels de la santé, comme celui des journalistes et des chroniqueurs, est basé sur le savoir des experts. La saine alimentation est alors une responsabilité individuelle. Mais l'individu dans le discours médical et la société dans le discours

journalistique, subissent les conséquences de mauvais choix nutritionnels.

Les animateurs, les vedettes et les personnages fictifs témoignent d'une autre logique basée sur le savoir de sens commun. Les causes de la mauvaise alimentation sont alors intégrées à la vie en société et l'individu en subit les conséquences dans son quotidien. Plutôt que de positionner le discours nutritionnels télévisés en "bons" ou "mauvais" messages de santé, du point de vue médical, l'analyse de la teneur de l'ensemble de ces discours permet d'entrevoir divers éléments qui contribuent à la représentation de la santé dans une société donnée et permet d'évaluer l'étendue de la médicalisation des comportements du quotidien. Toutefois, bien que ni la médecine, ni le contrôle des modes de vie ne semblent les plus aptes à garantir la santé de la population, ils sont les plus exploités par la télévision. Les déterminants sociaux de la santé sont pour leur part peu abordés dans ce monde du spectacle. Comment les différents groupes sociaux perçoivent-ils ce discours qui, en voulant s'adresser à tous, leur rappelle que la prévention a un prix qui devient alors un signe distinctif de statut social?

Les médias de masse s'inscrivent entre les politiques de santé et le public, donnant voix alternativement aux professionnels de la santé et aux spécialistes des médias. De ce fait, non seulement la télévision est au service de la médicalisation des comportements alimentaires en permettant aux professionnels de la santé de s'y exprimer nombreux, mais la médicalisation des comportements alimentaires sert bien les intérêts financiers de la télévision en lui attirant un large public et de nombreux commanditaires. Cependant, au-delà de la médecine et des médias, le public, à son tour, interprète ces informations et ces images de style de vie en les adaptant à son vécu quotidien. Le contexte social dans lequel s'inscrivent à la fois les médias et ce vécu quotidien est alors le véritable déterminant de la santé des individus.

Références bibliographiques

- Dubois, L. (1994). *La représentation sociale de la santé à la télévision québécoise: entre science et fiction*. Thèse de doctorat, Faculté des Études supérieures, Université Laval, Québec.

- Gerbner, G., Morgan, N., et Signorielli, N. (1982). Programming health portrals: what viewers see, say and do. In *Television and behavior: ten years of scientific progress and implication for the eighties* (vol. 1 et 2), Washington DC: U.S. Government Printing Office.
- Karpf, A. (1990). *Doctoring the media. The reporting of health and medicine*, London: Routledge.
- Langlois, S., Baillargeon, J.P. et al (1990). *La société québécoise en tendances. 1960-1990*, Québec: IQRC.
- Williams, R. (1992). *Television: technology and cultural form*, Hanover and London: Univ. Press of New-England.

Pierre-Gerlier Forest

MÉDICALISATION ET CHOIX PUBLICS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

QUELQUE PART DANS SES *LEÇONS SUR L'ESTHÉTIQUE*, WITTGENSTEIN dit qu'une explication, comme un pont, "ne doit pas s'effondrer" (Wittgenstein 1971, 59). Or il me semble bien que le concept de médicalisation, appliqué au domaine de l'action gouvernementale, risque de s'effondrer au premier coup de vent. L'influence de la médecine ou des médecins n'atteint pas toujours les décideurs, que ce soit directement, en dominant les choix publics, ou indirectement, en imposant idéologies ou systèmes de valeurs à l'organisation sociale. L'action des gouvernements démocratiques consiste essentiellement à formuler et à imposer des règles de conduite pour les individus, les groupes ou les organisations ou à fournir des services en lieu et place du marché, quand ce dernier ne peut en garantir la qualité ou le volume (Trebilcock et al., 1982). On conviendra que dans les deux cas, l'explication par la médicalisation ne peut rendre justice à la complexité et à la variété des politiques publiques, qu'il s'agisse de leurs déterminants, de leurs cibles, de leurs instruments ou de leurs effets. De toute manière, comme l'avait déjà souligné Canguilhem, la correction par la puissance publique des problèmes et des désordres sociaux ne peut se comparer à la démarche médicale, faute d'une définition acceptable et acceptée de l'état social normal auquel il faudrait revenir: "C'est du bien social qu'on discute dans la société, ce qui fait que les uns tiennent précisément pour le mal ce que d'autres recherchent comme devant être la santé (Canguilhem 1966, 192-193) !

Même quand on se limite au domaine de la santé, dans lequel l'intervention sociale de la médecine et des autres professions de santé est la plus évidente, sinon la plus légitime, la raison économique, la raison politique ou la raison administrative passent bien avant la *raison médicale* — la construction du monde selon l'opposition du normal et du pathologique. Pour dire les choses autrement, l'emprise des médecins sur les politiques publiques en santé n'est pas négligeable, mais comme celle de toutes les autres catégories d'experts, elle ne peut se développer sans la médiation de l'économie, des institutions et des organisations d'une société. Une portion importante de ce texte vise d'ailleurs à explorer l'une des voies principales de cette médiation, en tentant de montrer comment les connaissances des uns et des autres sont utilisées pour définir les choix publics.

Ce qui ne veut pas dire qu'il n'existe pas un *problème public* de médicalisation, au sens où l'État doit souvent redéfinir les frontières du système de santé pour répondre à de nouvelles demandes d'intervention. Le problème se manifeste de deux manières. D'une part, on observe que les organisations de santé se sont chargées de mandats qui ne figuraient pas dans le contrat fondateur du système de santé. Chacun connaît des infirmières qui se consacrent au tri des réfugiés et des CLSC qui font de l'éducation civique, des unités de santé publique qui s'aventurent sur le terrain de l'action politique et des médecins qui se lancent dans l'information scientifique. Toutefois, ces activités représentent une toute petite fraction des ressources propres au système de santé, en comparaison avec le secteur médico-hospitalier, et il n'est pas sûr qu'elles soient toutes là pour rester. D'autre part, on ne peut nier que des efforts importants sont aujourd'hui consentis — dans ce même secteur médico-hospitalier — pour réduire l'écart entre les caractères propres à un individu donné, à certains moments de sa vie, et telle norme organique ou psychologique paraissant adaptée aux exigences du "bon" fonctionnement social. Ce phénomène n'est pas nouveau, mais il est vrai que la marge de tolérance s'est considérablement réduite. Parmi tous les exemples possibles, qu'il suffise de penser au récent plaidoyer du docteur Peter D. Kramer en faveur de l'usage généralisé de la fluoxétine (Prozac) pour réduire l'inconfort psychologique de situations telles que le célibat, l'insomnie ou l'évaluation par les pairs (Kramer 1993)...

Ce qui est frappant dans tous ces phénomènes, ce n'est pas que

l'État se mêle d'édicter de nouvelles règles ou de fournir de nouveaux services. Comme nous l'avons dit, c'est ce que nos sociétés attendent de lui, dans tous les domaines de l'activité humaine. Il faut plutôt s'étonner de voir ce problème de médicalisation parmi les principales questions pour lesquelles la puissance publique sollicite l'avis des experts et des groupes d'intéressés, avec des thèmes tels que la dérive technique ou l'augmentation des coûts. Dans son inventaire critique des difficultés qui assaillent les systèmes de santé des pays développés, Mark Field (1989) a d'ailleurs montré qu'une large proportion de ces difficultés trouvent précisément leur origine dans l'obligation qui est faite à l'État d'atteindre des objectifs qui vont au-delà de la lutte contre la maladie et qui supposent rien moins que la paix sociale et la prospérité. Les soins et les services de santé sont au cœur d'un projet politique — le *Welfare State* annoncé par le rapport Beveridge de 1942 — et la légitimité de l'État risque d'être ébranlée chaque fois qu'un trouble ou qu'un conflit perturbe les systèmes dont ils dépendent.

La demande de connaissances

Quelles sont les contraintes qui s'exercent sur la puissance publique quand elle tente de maîtriser ou de résoudre le problème des frontières du système de santé ? Sur un plan théorique, c'est peut-être Rudolf Klein (1989) qui a le mieux répondu à cette question, en mettant en évidence l'antithèse entre la nécessité de contenir la demande des consommateurs des soins et des services de santé, d'une part, et le rôle d'organisateur, de fédérateur, des exigences posées par les producteurs de ces soins et de ces services. L'État ne se trouve pas à l'hypothétique point de rencontre entre l'offre et la demande, comme on le représente parfois dans les modèles économiques; situé dans une position oblique relativement aux mécanismes d'ajustement, il doit canaliser des besoins qu'il ne détermine pas vers des organisations et des personnes dont les décisions échappent à son contrôle. Il va donc distinguer dans le champ scientifique, dans le champ professionnel, dans l'arène sanitaire, ceux qui semblent détenir un savoir — ou qui ont une pratique — qui lui donnent espoir de remplir convenablement, c'est-à-dire *politiquement*, ces deux grandes fonctions. Comme nous le savons bien, un des arguments qui permet aux médecins d'orienter le système de soins dans une direction qui leur est favorable réside précisément dans leur

✓ prétention à connaître tout à la fois la nature exacte des besoins de santé et la gamme des interventions qui peuvent les satisfaire.

Mais à ce niveau de décision, la mobilisation des savoirs ne se fait pas spontanément ; toute une série de *courtiers*, plus ou moins permanents et plus ou moins établis, servent d'entremetteurs afin que les options de politiques soient formulées et connues : commissions d'enquête, comités consultatifs, groupes de travail, unités de recherche et d'analyse, etc. Ces courtiers ont un important pouvoir "négatif", c'est-à-dire le pouvoir de rejeter une recommandation ou de repousser un projet, s'ils pensent que cette recommandation ou ce projet mettent en péril les équilibres politiques, économiques ou administratifs sur lesquels l'État se fonde pour gouverner. Par surcroît, comme l'avait montré Ben L. Martin (1973), ils n'hésiteront pas à jouer les experts les uns contre les autres, en se réservant le privilège de désigner un vainqueur quand le choix d'une politique est arrêté. Celui ou celle qui postule une place d'expert doit alors s'attendre à ce que l'État s'intéresse moins à ses idées qu'à l'autorité et au prestige que lui confère sa position dans le monde scientifique ou professionnel.

Dans tous les cas, c'est par le biais de leur participation à l'effort collectif de définition et de résolution des problèmes que les groupes font admettre leur vision des choses : les concepts, les techniques, les prénotions, etc. La demande de connaissances s'incorpore ainsi au processus de décision, de la même façon que la demande du marché doit entrer dans les calculs d'un entrepreneur pour s'inscrire dans la réalité économique (Penrose 1959, 81). Les travaux récents de Paul Sabatier sur la théorie des coalitions et les politiques publiques, notamment dans le domaine de l'environnement, ont même montré qu'il existait un fort lien de nature causale entre la transformation des valeurs et des connaissances qui servent à définir un problème public et le succès d'une coalition qui tente d'imposer ses solutions à l'État (Sabatier 1991 ; Sabatier et Jenkins-Smith 1993). En fait, comme on le répète souvent dans les manuels de recherche évaluative, une politique publique n'est rien d'autre qu'une hypothèse sur le changement social, une proposition sur les moyens de transformer les comportements ou le milieu dans le sens du bien social : qui maîtrise la théorie contrôle l'action.

Les savoirs disponibles

Le champ des connaissances sur l'organisation et les fonctions du système de santé se trouve ainsi à l'intersection de deux processus. L'un procède de l'action des groupes qui œuvrent pour établir leur réputation dans ce domaine et qui imposent, en même temps qu'une hiérarchie des problèmes et des applications, une hiérarchie des savoirs. L'autre lui amène les exigences posées par les transformations du système lui-même, au fil des événements et des crises. Le diagramme suivant donne un premier aperçu des savoirs disponibles (figure n° 1).

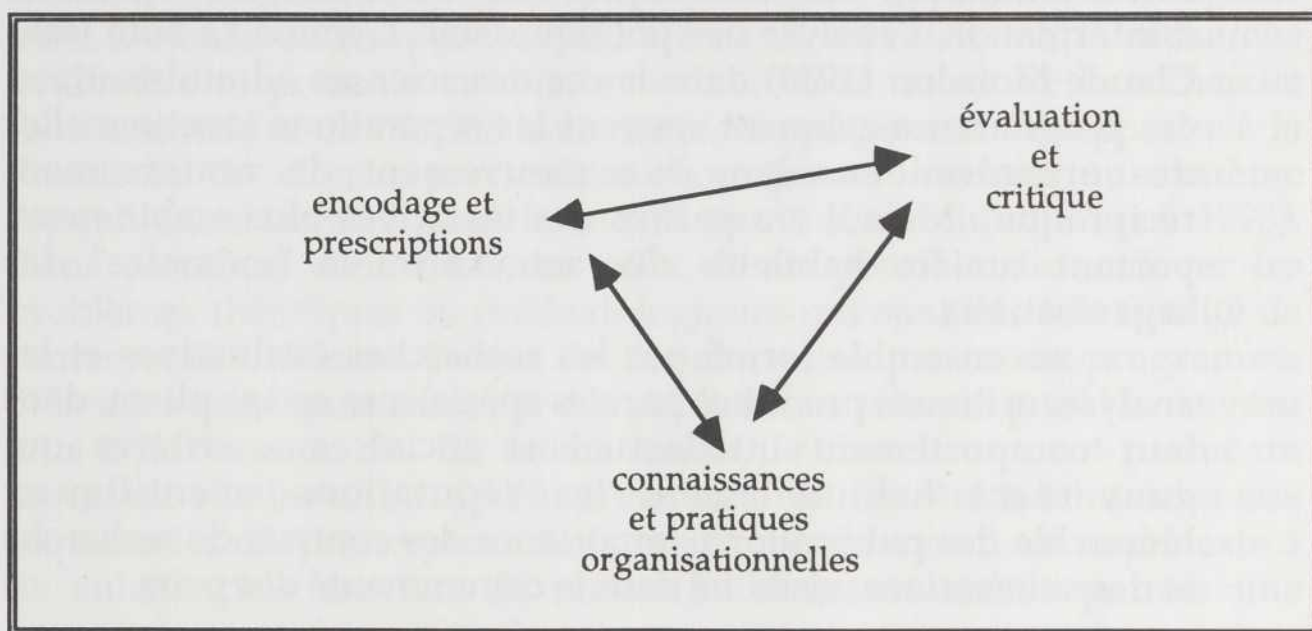


FIGURE 1. Les savoirs en administration de la santé

On y remarque trois ensembles distincts, reliés entre eux par des interactions fréquentes:

a. un ensemble formé par les connaissances — et les savoirs orientés vers la pratique — qui sont propres au milieu des organisations de santé. Pour emprunter une distinction qui appartient aux psychologues cognitivistes, cet ensemble comprend à la fois des savoirs "froids": règles bureaucratiques, normes professionnelles, procédures administratives et juridiques, etc.; et des savoirs "chauds": habiletés, savoir tacite, *habitus*, etc. Les acteurs de haut rang et de longue expérience

maîtrisent normalement les deux registres et mieux encore, l'indicible dosage qu'il faut en faire pour conduire une organisation ou un système.

b. un ensemble formé par les enseignements dispensés en vue de la certification des acteurs du domaine sanitaire. En règle générale, il s'agit de prescriptions fondées sur une définition opérationnelle de ce que doit être une bonne pratique. On se contente alors d'un encodage du savoir "froid", dans chaque domaine de spécialisation: la clinique, la comptabilité, la gestion des achats et des stocks, la gestion du personnel, la communication, les techniques de contrôle, les systèmes d'information, l'analyse des politiques, etc. Comme l'a noté Jean-Claude Moisdon (1984) dans le cas des sciences administratives, ces programmes calquent souvent les séparations fonctionnelles des organisations, dans "un mouvement de renforcement réciproque". Mais il y a parfois des tentatives plus ambitieuses, portant sur les habiletés des acteurs ou la "mémoire" des organisations.

c. un ensemble formé par les recherches évaluatives et les analyses critiques produites par des spécialistes qui se plient, dans leur comportement intellectuel et social, aux critères qui gouvernent habituellement les réputations scientifiques: hiérarchie des publications, importance des contrats de recherche et des subventions, visibilité dans la communauté des pairs.

À ces remarques générales, il faut toutefois ajouter des nuances qui se rapportent directement à la production du savoir. Les gestionnaires hospitaliers sont tantôt des médecins, qui ne maîtrisent pas toujours très bien les techniques modernes de gestion, tantôt des administrateurs professionnels, auxquels les questions sanitaires — et médicales en particulier — restent étrangères. La faible intégration des travaux et la forte demande de connaissances, de politiques et de solutions de toutes sortes concourent pour orienter les savoirs dans le sens de la pratique, au détriment de visées plus abstraites. Certains s'accommodent bien de cet ancrage dans les applications et se félicitent même de la prépondérance de l'expert — qui s'attaque aux problèmes collectifs — sur le chercheur, qui poursuit des objectifs strictement scientifiques (Blendon 1984). Mais d'autres s'interrogent sur une

évolution qui pourrait menacer la médecine scientifique et ses méthodes, au profit d'acteurs dont l'emprise sur le domaine sanitaire se résout davantage dans l'idéologie et la politique que dans l'avancée du savoir ou l'amélioration de la santé des populations (Kervasdoué 1979; Strong 1979 et 1984).

Une communauté de décision

Le développement de la recherche évaluative en santé sert bien cette équivoque, en fusionnant la science et le service public dans une même démarche. Contrairement à la recherche appliquée, sur laquelle pèse toujours un soupçon de facilité ou de dévoiement, la recherche évaluative se présente en effet avec le double visage de la recherche fondamentale et de l'utilité immédiate, ce qui permet de répondre à la demande de clients particuliers sans porter atteinte au système réputationnel caractérisant la communauté scientifique (Forest 1993). Dans certaines conditions, en effet, il est possible de soulever les problèmes théoriques ou méthodologiques qui sont liés à la finalité de l'intervention faisant l'objet de l'étude; cette partie du programme débouche subséquemment sur des publications scientifiques d'un niveau tout à fait acceptable. En même temps, le chercheur peut porter un jugement sur les effets de l'intervention, de manière à faire écho aux inquiétudes du prescripteur de la recherche; ce travail est le prétexte à de substantiels contrats de recherche et assure même parfois une certaine notoriété aux chercheurs.

On dit aussi que la recherche évaluative aurait en propre "une fonction charnière entre la recherche sur les états de santé et la recherche sur les interventions en santé" (Battista et al. 1989, 1158). En clair, il s'agit d'achever un remembrement du domaine sanitaire, un remembrement dans lequel l'évaluation devrait coiffer toutes les recherches échappant au *dominion* de la biologie, de l'épidémiologie clinique à la science politique. À ce remembrement s'associeront naturellement tous les clients des anciens champs de recherche, des médecins aux administrateurs publics — *cujus regio, cujus religio*.

L'autre phénomène qui permet de cimenter l'alliance de ceux qui s'intéressent à l'orientation du système de santé, c'est leur insertion dans ce que les spécialistes anglo-saxons des politiques publiques ont appelé une *policy community* — ce qu'on pourrait peut-être traduire

par "communauté de décision" (Hogwood 1987 ; Rhodes 1988 ; Mény 1989). Dans l'État providence, en effet, l'initiative politique appartient habituellement à des réseaux alliant de manière stable les fonctionnaires des organismes centraux, les experts et les producteurs de services. La dynamique interne de ces réseaux explique mieux l'orientation des programmes gouvernementaux dans les secteurs d'activité où ils prévalent que tout autre facteur politique — influence des partis, mouvements de l'opinion, pressions des groupes d'intéressés. Le domaine sanitaire a sans doute toujours été gouverné par une coalition de cette espèce, dans laquelle les médecins et la bureaucratie centrale trouvaient l'occasion de réaliser à leur avantage l'équilibre délicat des ressources et des services, tout en limitant l'immixtion du tout-venant dans le processus d'élaboration des politiques. Mais à leur tour, les nouveaux spécialistes ont cherché à s'introduire dans la communauté de décision, pour mettre la puissance de l'État au service de leur conception des services et du système de santé.

Le mouvement a réussi partout où les nouveaux acteurs ont fait la démonstration d'une capacité supérieure dans la régulation des conflits, dans la gestion des ressources et dans le contrôle du débat public. Le cas le plus intéressant est sans aucun doute celui des DRG, une méthode de classement des séjours hospitaliers développée aux États-Unis dans la première moitié des années soixante-dix (Pouvourville 1989 et 1990). Pour concevoir un instrument qui mesure la performance des hôpitaux et, par ce biais, celle des médecins qui y travaillent, il fallait déjà une association tout à fait originale entre les administrateurs et les spécialistes de l'organisation des soins, la logique des uns s'appuyant en quelque sorte sur le savoir des autres (Marone et Dunham, 1984). Mais pour imposer cet instrument aux acteurs du système de santé, il fallait aussi persuader une coalition plus large, en le façonnant d'après les problèmes pratiques des membres du réseau de décision. Le contrôle des ressources hospitalières fut ainsi progressivement identifié au contrôle des dépenses de santé, malgré le changement d'échelle et de réalité.

En fait, s'il faut en croire Gary Filerman, qui fut longtemps l'influent président de l'Association des programmes universitaires en administration de la santé (AUPHA), on assisterait en ce moment à "la quatrième révolution dans les services de santé, après l'anesthésie, [le rapport] Flexner [sur la formation médicale] et les antibiotiques"

(Filerman 1989, 2). Rien de moins. Mais alors qu'on sait bien contre qui ou contre quoi furent dirigées les trois révolutions précédentes, la quatrième — celle des *organiseurs*, comme on écrivait naguère — ne semble pas avoir de cible. Certes, il est bien question de lutter contre la mauvaise qualité des soins, ou l'irrépressible croissance des coûts de santé, ou la mauvaise allocation des ressources, ou la bureaucratisation des services, mais toutes ces choses suscitent la réprobation unanime des acteurs du système de santé et ne distinguent pas les nouveaux spécialistes de la gestion ou du *medical care* des autres groupes d'intéressés.

Dans ce cas, faut-il vraiment croire que leur stratégie est une stratégie sans visée ? Au contraire: toutes sortes d'indices et de travaux montrent que les administrateurs et leurs alliés universitaires convoitent la place des médecins dans le système de santé (Strong 1984 ; Döhler 1989 ; Rocher 1990). Cela ne veut pas dire qu'ils entretiennent des sentiments hostiles à l'endroit des médecins, mais que la position dominante de la médecine les intéresse. À ce titre, comme d'autres "rénovateurs" avant eux, ils pourraient donc finir leur course dans une sorte de symbiose avec ceux dont ils contestent maintenant le monopole. Pourquoi le médecin-gestionnaire détonnerait-il davantage que le médecin scientifique ? Déjà certaines tendances qui s'expriment dans l'évolution du système de santé viennent étayer cette interprétation.

Médicalisation et système de santé

Il faut en effet replacer ces phénomènes dans le cadre d'un système de santé dont l'intégrité est menacée, pour des raisons qui tiennent autant à son mouvement propre qu'à l'évolution générale de l'État providence. On peut voir maintenant que le débat sur la médicalisation y recouvre en vérité deux clivages distincts: à un *premier niveau*, il s'agit de savoir si le secteur médico-hospitalier doit continuer d'être le point d'ancrage principal du système de santé, en même temps que la base de pouvoir de la coalition dominante; à un *second niveau*, il s'agit de savoir si la médecine maintient sa position privilégiée dans la production et la validation des connaissances sur la santé.

Dans le premier cas, même si les choses changent moins vite et moins radicalement que ne le souhaitent certains réformateurs, il est

probable que la part de l'hôpital et de la médecine hospitalière dans le système de santé va continuer de décroître, au bénéfice de nouvelles organisations et de nouvelles pratiques. La plupart des options de politiques qui s'imposent au fil des réformes visent cet objectif, au nom de la vérité des coûts, de la morale sanitaire ou de l'approche intersectorielle des problèmes de santé.

Dans le second cas, en revanche, comme on y a insisté, l'évolution du champ scientifique valorise encore les traits qui ont assuré à la médecine sa puissance et sa gloire: par exemple, la spécialisation des activités ou le primat des méthodes objectives dans la résolution des problèmes. Il me semble donc que les choix publics vont continuer à s'inscrire dans la logique d'expertise sanitaire que nous connaissons depuis un siècle. Ce ne sont pas nécessairement les médecins qui y gagnent, mais tous ceux parmi les acteurs sociaux qui partagent les mêmes valeurs d'optimisme technique et de changement planifié.

Le phénomène n'est peut-être pas sans analogies avec celui de la fusion entre l'aristocratie et la bourgeoisie industrielle en Angleterre depuis le XIX^e siècle. La communauté de décision qui décide de la forme du système de santé pourrait se renouveler sans abandonner ses coutumes et ses privilèges, à condition de faire une place dans la coalition au pouvoir pour les "parvenus" qui viennent des autres sciences de la santé. Sur le plan des politiques scientifiques, les priorités de développement d'un organisme comme le Fonds de recherche en santé du Québec me paraissent aller dans ce sens, en intégrant des "méthodologies" comme la recherche évaluative ou la recherche organisationnelle et en situant les sciences sociales appliquées à la santé parmi les disciplines montantes (FRSQ 1994). Il y a désormais une place pour les Ph. D. en sociologie, en administration et en science politique dans les cénacles où les "vrais" docteurs veillent sur le développement et la diffusion du savoir...

Plus sérieusement, disons que cette évolution doit nous inciter à utiliser le concept de médicalisation avec beaucoup de prudence, tout au moins dans l'analyse des choix publics. C'était sans doute une manière commode d'identifier les programmes des vastes coalitions qui s'affrontaient et s'affrontent encore autour des institutions centrales du système de santé: *pour* ou *contre* la médicalisation (Renaud 1981). Mais ce vocabulaire cache d'autres réalités, faites de proximité sociale et de proximité intellectuelle confondues, et qui participent de la même

recherche d'influence auprès de l'État et de ses appareils. Dans ces conditions, il paraît difficile de faire l'économie d'une réflexion sur la compétence scientifique et la mobilisation des savoirs, en quête d'un éclairage sur les stratégies disciplinaires dans le champ de la santé.

Références bibliographiques

- Battista, R.N. et al., (1989). An Integrative Framework for Health-Related Research. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42, 1155-1160.
- Blendon, R.J., (1984). *Health Services Research: Future Trends and New Directions*, Washington DC.: Association for Health Services Research.
- Canguilhem, G. (1966). *Le Normal et le Pathologique*, Paris: PUF.
- Döhler, M. (1989). Physicians' Professional Autonomy in the Welfare State: Endangered or Preserved? In Freddi, G. et Björkman, J.W.(dir): *Controlling Medical Professionals: The Comparative Politics of Health Governance*. Beverly Hills CA: Sage.
- Field, M.G. (1989). Introduction. In M.G. Field (dir): *Success and Crisis in National Health Systems: A Comparative Approach*. Londres: Routledge.
- Filerman, G. (1989). *The Administration of Health Services in the Twenty-First Century*, Edmonton: Department of Health Services Administration, University of Alberta.
- [FRSQ], (1994). Des programmes plus diversifiés et mieux adaptés aux besoins de la communauté scientifique, *Recherche en santé*, n° 3 (février), 12-22.
- Forest, P.G.(1993). L'Idée fixe... Réflexions sur l'usage public de l'évaluation. In Légaré, J. et Demers, A. (dir): *L'Évaluation sociale: Savoirs, Éthique, Méthodes*. Laval: Méridien.
- Hogwood, B.W. (1987). *From Crisis to Complacency? Shaping Public Policy in Britain*. Oxford: Oxford UP.
- Kervasdoué, J. de, (1979). Les politiques de santé sont-elles adaptées à la pratique de la médecine? *Sociologie du Travail*, 21, 250-273.
- Klein, R. (1989). *The Politics of the National Health Service*, 2^e éd., Londres: Longman.
- Kramer, P.D. (1993). *Listening to Prozac*, New York: Viking.
- Marmor, T.R., Bridges, A. et Hoffman, W.L. (1983). Comparative Politics and Health Politics: Notes on Benefits, Costs, and Limits. In Marmor, T.R. (dir): *Political Analysis and American Medical Care*, Cambridge: Cambridge UP.
- Marone, J. et Dunham, A.B. (1984). The Waning of Professional Dominance: DRGs and the Hospitals. *Health Affairs*, 3, 73-86.
- Martin, B.L. (1973). Experts in Policy Process: A Contemporary Perspective. *Polity*, 6, 149-173.

- Mény, Y. (1989). The National and International Context of French Policy Communities. *Political Studies*, 37, 387-399.
- Moisdon, J.C. (1984). Recherche en gestion et intervention. *Revue française de gestion*, 47/48, 61-73.
- Penrose, E.T. (1959). *The Theory of the Growth of the Firm*. Oxford: Blackwell.
- Pouvourville, G. de (1989). Hospital Case-Mix Management Methods: An Illustration of the Manager's Approach in Health Care Controversies. *Social Science and Medicine*, 29, 341-349.
- Pouvourville, G. de (1990). La régulation financière de l'hôpital par les DRG: enjeux, principes et faisabilité, *Sciences sociales et Santé*, 8, 2, 33-65.
- Renaud, M. (1981). Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État narcissique. In Bozzini, L. et coll. (dir): *Médecine et Société — Les Années 80*. Montréal: Saint-Martin.
- Rhodes, RAW. (1988). *Beyond Westminster and Whitehall: The Sub-Central Governments of Britain*. Londres: Unwin Hyman.
- Rocher, G. (1990). Y a-t-il des normes d'allocation des équipements coûteux en milieu hospitalier ?. *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, 20, 219-229.
- Sabatier, P. (1991). Toward Better Theories of the Policy Process. *PS: Political Science & Politics*, 24, 147-156.
- Sabatier, P. et Jenkins-Smith, H.C. (1993). *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Boulder: Westview.
- Strong, P.M. (1979). Sociological Imperialism and the Profession of Medicine: A Critical Examination of the Thesis of Medical Imperialism. *Social Science and Medicine*, 13-A, 199-215.
- Strong, P.M. (1984). Viewpoint: The Academic Encirclement of Medicine ? *Sociology of Health and Illness*, 6, 339-358.
- Trebilcock, M.J. et al. (1982). *The Choice of Governing Instruments*. Ottawa: Conseil économique du Canada.
- Wittgenstein, L. (1971). *Leçons et Conversations sur l'esthétique, la psychologie et la croyance religieuse*. Paris: Gallimard.

Norbert Rodrigue

LA NÉCESSAIRE TRANSFORMATION DU REGARD CLINIQUE

MON INTENTION ICI EST DE TRAITER DE TROIS QUESTIONS qui reflètent les préoccupations du Conseil de la santé et du bien-être¹: Pourquoi les médecins devraient-ils transformer leur regard clinique? Jusqu'où devrait se transformer le regard clinique médical? Quels facteurs faciliteraient cette nécessaire transformation du regard clinique? Pour vous indiquer où je loge, je me permets de citer Edgar Morin (1993), qui fait la critique de la pensée sectorielle: "L'identité de l'homme... a été occultée et trahie... par le développement spécialisé/compartimenté des sciences. Les caractères biologiques de l'homme ont été ventilés dans les département de biologie et les enseignements de médecine; les caractères psychologiques, culturels et sociaux ont été morcelés et installés dans les divers départements de sciences humaines, en sorte que la sociologie a été incapable de voir l'individu, que la psychologie a été incapable de voir la société, que l'histoire fait bande à part, et que l'économie a extrait d'*Homo sapiens demens* le résidu exsangue d'*Homo economicus*." Morin plaide donc pour le "remembrement des disciplines citées,... et ce remembrement

¹ Le mandat du CSBE est de conseiller le Ministre de la Santé et des Services Sociaux sur les meilleurs moyens d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population, à partir des constats qui seront faits sur l'évolution des problèmes, leurs causes et les groupes les plus concernés. Il doit de plus, en association avec le ministère, se préoccuper de l'implantation de la *Politique de santé et du bien-être*.

nécessite le passage de la pensée réductrice, mutilante, isolante, cataloguante, abstractifiante à la pensée complexe" (pp. 67-68).

Dès leur première rencontre en 1993, les membres du Conseil ont formulé trois préoccupations principales.

1) Le Ministère de la santé et des services sociaux et le Gouvernement envisagent un ensemble de mesures pour réduire les coûts du système de services de santé. Dans l'avis qu'il prépare sur le sujet, le Conseil marque ses réserves concernant les mesures qui visent le consommateur, pour se centrer sur des pistes d'amélioration de l'efficacité et de l'efficience du système. Le rôle que les médecins pourraient jouer ici est immense.

2) Les recherches sur les déterminants de la santé permettent de saisir l'intérêt du système de santé à favoriser les interventions multidisciplinaires et harmoniser les différents programmes gouvernementaux ciblant les conditions de vie des personnes. Certains médecins, surtout en santé publique, s'impliquent déjà dans des pratiques multidisciplinaires et des stratégies multisectorielles. Pourrait-on aller beaucoup plus loin dans cette direction?

3) Un aspect innovateur de la Politique de santé et de bien-être rendue publique en 1992 est qu'elle intègre des objectifs précis qui font appel à des stratégies de convergence des ressources (personnelles, communautaires, institutionnelles, techniques, scientifiques) et qui ont été validés par les connaissances actuelles en sciences médicales et sociales. Qu'en est-il maintenant, sur le terrain, de la participation des médecins à la mise en oeuvre et à la révision de cette politique?

Je reprends ces préoccupations et les questions générales formulées à l'égard du rôle possible des médecins.

L'efficience et l'efficacité du système

L'amélioration de l'efficience/efficacité du système ne peut être le fait de la seule contribution des médecins, mais il est indéniable qu'elle en dépend largement. Il faut simplement penser aux coûts entraînés par la rémunération des médecins et par le fonctionnement des hôpitaux de courte durée, que les médecins déterminent largement: en 1991-92, pour ces deux postes budgétaires, ces coûts étaient de 7,5 milliards sur les 12,3 milliards consacrés au domaine de la santé et des services sociaux. Il serait donc absurde de croire à une amélioration tangible de

l'efficience/efficacité du système sans l'implication majeure des médecins, sans une modification de leur regard clinique. Les médecins doivent transformer le regard clinique de l'intérieur ou le faire déborder sur des considérations qui appartiennent à d'autres logiques, qu'elles soient administratives ou sociologiques.

Voici quelques exemples de cette nécessaire transformation. Il faut reconnaître, comme le dit le Rapport Hould sur la rémunération des professionnels de la santé (1980), qu'"il y a incompatibilité entre les objectifs du système de soins et les façons actuelles de payer les professionnels". Il faut s'ouvrir aux recommandations de la Commission Rochon (Rapport d'enquête, 1988) qui proposait d'identifier des actes médicaux exclusifs plutôt que des champs exclusifs de pratique. Il faut développer des protocoles de pratique pour réduire les variations coûteuses et inefficaces des pratiques médicales et pour améliorer les modalités de prescription des médicaments. Finalement, il faut encourager la prise en charge de leur santé par les patients eux-mêmes.

Les déterminants de la santé

Les connaissances scientifiques les plus à jour permettent de saisir qu'il existe un lien entre l'environnement social et la santé. Elles permettent également d'entrevoir comment pourrait se faire le passage des facteurs sociaux négatifs aux symptômes cliniques et à la maladie (Renaud et Bouchard, 1994). Il est à souhaiter que cette meilleure compréhension de la réalité, qui vient du dialogue entre les disciplines, renforcera les stratégies multidisciplinaires et intersectorielles que nous avons évoquées plus haut.

Multidisciplinarité et multisectorialité

Pour Gilles Dussault (1990), la multidisciplinarité est un "mouvement qui a été particulièrement important dans les secteurs où les problèmes dominants sont de nature chronique... Ces secteurs ont des caractéristiques qui en font des champs particulièrement appropriés à l'intervention de disciplines multiples: les problèmes ont habituellement une causalité multiple; on retrouve souvent, de façon concomitante, plusieurs pathologies chez un même individu;

habituellement les problèmes ont plusieurs dimensions (physiques, mentales, sociales)... L'hypothèse implicite derrière l'idée de multidisciplinarité est que la combinaison des apports de plusieurs disciplines produira un effet bénéfique supérieur à celui des modes traditionnels de prise en charge " (p.3)

De son côté, l'intersectorialité implique la contribution convergente de secteurs d'activité autres que le système de santé, mais en conjonction avec celui-ci, visant un objectif d'amélioration de la santé et du bien-être d'une communauté. Les intervenants en santé communautaire ou en santé publique ont développé des initiatives en ce sens, et il est à souhaiter que leur plus grande intégration à l'intérieur du système de services aura une influence grandissante.

La politique de santé et de bien-être

Un document officiel existe mais il ne suffit pas à assurer l'application et l'adaptation continue de la Politique de santé et de bien-être. Or, jusqu'à maintenant, hormis quelques exceptions, la profession médicale a peu utilisé l'opportunité que représente cette Politique. Des informations me viennent des régions, où est en cours actuellement une opération d'actualisation de la Politique, selon lesquelles les objectifs sociaux, liés au mal-vivre, apparaissent davantage prioritaires que les objectifs de santé physique. Cette tendance contribuera-t-elle à accroître le fossé entre la profession médicale et les autres professionnels de la santé, ou fournira-t-elle l'occasion d'une interaction créatrice entre ces deux ensembles?

Les formes possibles de la transformation du regard clinique

S'il est vrai que le regard clinique doit se transformer ou s'enrichir, jusqu'où cette altération doit-elle ou peut-elle aller? Voici trois directions possibles.

Dé-cliniquer

Au-delà de la démedicalisation, un enjeu majeur de la transformation des pratiques est celui de la dé-clinication. En termes simples, ce n'est pas en rajoutant des médecins ou des travailleurs

sociaux que l'on améliorera sensiblement la santé et le bien-être de la population. C'est au moyen d'interventions sur les populations et de changements des politiques ayant des impacts sur les déterminants de la santé et du bien-être que nous pouvons espérer atteindre cet objectif.

Greffer une logique de résultats sur une logique de moyens.

Le médecin a l'obligation de prendre tous les moyens, même les plus coûteux, pour réduire la souffrance de son patient ou le guérir. Il n'a cependant pas l'obligation du résultat: on ne le jugera pas sur le fait qu'il a guéri ou non, seulement sur le fait qu'il a pris les moyens médicalement requis. Forcément, l'hôpital reste déterminé par la même logique. Il faut greffer une logique de résultats à la logique de moyens. Cette nouvelle logique ne doit pas chercher à chasser la première, sinon il y aura rejet. Elle doit alimenter la première et la transformer de l'intérieur, à la manière d'un nouveau cœur irriguant de façon efficace l'ensemble du corps.

Développer un système de santé

On s'est doté au cours des années 1960 et 1970 d'un système de soins. Il nous reste à nous doter d'un système de santé. C'est peut-être beaucoup demander au premier que de générer le second. Chose certaine, il doit y contribuer. C'est d'ailleurs ce qu'on demande aux médecins quand on leur suggère de transformer leur regard clinique pour intervenir sur les déterminants de la santé. En d'autres mots, l'élargissement du regard clinique constitue une invitation à faire cohabiter et s'inter-féconder des pratiques et des logiques différentes de celles qui fondent le regard clinique – qui s'imposera d'ailleurs toujours avec une nécessité irréductible. Cependant, un système construit autour du regard clinique, dominé par une logique de moyens et légitimé par une loi de l'assurance-maladie devra se transformer en profondeur s'il arrive à se décliniquer, à interioriser une logique de résultats ou à se transformer en un système de santé.

J'insiste sur une condition essentielle pour que cette transformation puisse advenir? Ce n'est pas en cherchant à développer un nouveau rapport de force, favorable au "social" sur la "santé", ou au "préventif" sur le "curatif", que l'équilibre souhaité adviendra. Ce n'est pas en

délégitimant une profession ou un système, mais plutôt en autorisant d'autres légitimités et d'autres pratiques que le système se transformera. Cela sera possible si se réalise une intuition heureuse de la réforme : la volonté de développer un partenariat médico-administratif.

Les incertitudes actuelles

Je soulignerai trois zones d'incertitudes desquelles pourraient advenir de possibles changements dans la transformation du regard clinique au sein de la profession médicale.

Quel rôle pour la santé publique?

L'intégration des départements de santé communautaire aux régies régionales ne se fait pas sans tension. On ne sait pas encore si ce processus aboutira à un durcissement des positions ou à un enrichissement des pratiques administratives et professionnelles. À mes yeux, cette innovation comporte un potentiel énorme de transformation de la pratique médicale, d'ajustement des pratiques administratives et de développement de stratégies multidisciplinaires et intersectorielles – le tout menant à une efficacité/efficience améliorée du système.

Comment finira la crise financière et politique actuelle?

La crise que nous vivons actuellement risque d'ébranler profondément le système de services de santé. Jusqu'à maintenant, la crise a peu touché les privilèges et les habitudes de la profession médicale, mais cela ne saurait durer. Il reste à voir si la réaction aux contraintes financières provoquera une dislocation ou plutôt une réinvention des manières de faire.

Comment finiront les réformes de décentralisation et de "communautarisation"?

La conjugaison d'un mouvement politico-administratif de décentralisation et d'un mouvement social de prise en charge communautaire, peut conduire professionnels et établissements à

transformer de l'intérieur les identités et appartenances actuelles. C'est là un horizon encore incertain. Il dépend pour beaucoup du leadership qu'exerceront les régies régionales et de la place que prendront les citoyens dans ces nouvelles structures.

Voilà le message que je voulais vous livrer. Essentiellement, ceci : les préoccupations du CSBE le confrontent de façon incontournable au rôle des médecins dans le système de soins, jusque dans l'intimité de leur regard clinique. Les médecins doivent entendre cette interpellation comme une invitation à travailler avec nous ces préoccupations et, surtout, nous aider à reconstruire le système sans le nier. Des facteurs d'incertitude existent, et en prenant le pari de les orienter ensemble, il est réaliste d'espérer une issue positive aux problèmes que nous vivons actuellement.

Références bibliographiques

- Dussault, G. (1990). Les déterminants de l'efficacité de la multidisciplinarité. *Le Gérontophile*, 12(2), 3-6
- Morin, E. (1990). *Terre-Patrie*. Paris: Seuil.
- Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec: Publications du Québec.
- Comité sur la rémunération des professionnels de la santé (1980). *Le système des honoraires modulés. Rapport du Comité*. Québec: Ministère des Affaires sociales.
- Renaud, M. et Bouchard, L. (1994). Expliquer l'inexpliqué: l'environnement social comme facteur clé de la santé. *Interface*, 15(2), 14-25.

Marc Renaud

LE CONCEPT DE MÉDICALISATION A-T-IL TOUJOURS LA MÊME PERTINENCE?

PARLER DE "MÉDICALISATION", C'EST PARLER D'UN FAIT SOCIAL, celui de la place de plus en plus grande de la médecine et des sciences biomédicales dans les sociétés contemporaines.

Cependant, si l'on se fie aux présentations du présent colloque, parler de "médicalisation", c'est également parler des nouveaux moyens de contrôle social dont se seraient dotées nos sociétés, en remplacement partiel de la religion, du droit et d'autres sources traditionnelles d'ordre social comme la force brute et l'autorité institutionnalisée. Par ces moyens, plusieurs événements normaux dans nos vies -- vieillir, s'alimenter, se reproduire -- et plusieurs comportements potentiellement déviants -- fumer, boire de l'alcool, avoir des difficultés d'adaptation -- auraient, au cours des 30 ou 40 dernières années, été de plus en plus définis, traités, voire même régulés, comme des problèmes médicaux. Ce processus de médicalisation a certes permis à un grand nombre de personnes de bénéficier du développement des connaissances biomédicales, mais, en même temps, il a donné à la médecine et au système médico-hospitalier qui l'entoure, un pouvoir de coercition et de légitimation qui est tout à fait inédit dans l'histoire humaine. Ce pouvoir -- comme tout pouvoir -- a des effets non-souhaités que se sont attardés à documenter la plupart des conférenciers d'aujourd'hui.

Quand nos arrière-petits-enfants regarderont le XXe siècle, il est fort probable qu'ils diront de ce processus de médicalisation qu'il aura été un des changements les plus fondamentaux de la seconde moitié du XXe siècle. C'est à ce moment en effet que la dichotomie "malade-non-malade" aura remplacé la dichotomie "bon-mauvais", comme la plus structurante de nos mentalités, de nos jugements, de nos manières d'être, de penser et de faire. Nos rituels, nos règles de conduite, nos valeurs en auront été métamorphosés. Nos institutions en auront été bouleversées, les médecins remplaçant les curés comme aidants et comme guides moraux, l'hôpital devenant la cathédrale du XXe siècle.

Ce concept de médicalisation fut également un des principaux concepts fondateurs de la sociologie de la santé contemporaine. Quand j'étais étudiant aux États-Unis, au début des années 1970, ce concept faisait l'objet d'interminables mais passionnantes discussions entre étudiants gradués, en raison des recherches d'Elliott Freidson, Erving Goffman et Irving Zola, comme des essais de Barbara Ehrenreich, Thomas Szasz ou Ivan Illich, ou encore des visions réformistes de Franco Basaglia et des collectifs de femmes (notamment des auteures de *Notre corps, nous-mêmes*). C'était l'époque où le mouvement féministe et le mouvement antipsychiatrique étaient à leur apogée et dénonçaient avec véhémence le contrôle social que la médecine exerçait sur le corps des femmes et la prise en charge biomédicale de la déviance. Cette nouvelle littérature nous donnait un outil pour plaider en faveur de la "démédicalisation" d'une série de situations, comme elle nous donnait l'opportunité de nous affirmer devant des professeurs trop exclusivement préoccupés, à nos yeux, du "rôle de malade" et d'interaction patient-médecin. Plutôt qu'une sociologie de la médecine, nous voulions une véritable sociologie de la santé, certes préoccupée du malade et du médecin, mais dans le contexte d'ensemble de l'évolution de l'institution médicale et des découvertes en matière d'étiologie sociale de la maladie.

Cri de ralliement d'une génération de sociologues, aux États-Unis du moins, le concept de médicalisation a certes permis, grâce aux innombrables mémoires, thèses, articles et livres qu'il a généré, une meilleure compréhension de la médecine comme source d'ordre social (ou de désordre, selon le point de vue) dans les sociétés contemporaines. De ce fait, ce concept a donné une voix, souvent efficace, à ceux et celles qui voulaient transformer l'institution psychiatrique, contester les

rapports des médecins avec les femmes, décriminaliser certaines situations (ex.: l'homosexualité), dénoncer l'hyper-médication et l'hyper-technologisation, ou qui voulaient explorer des alternatives à la médicalisation (que ce soit en termes de médecines douces ou en termes d'un nouveau pouvoir pour la communauté, pour les associations de malades, etc.).

La question qui se pose aujourd'hui, à mon avis, est celle de l'avenir des recherches qui prennent ce concept pour assise fondamentale. Faut-il poursuivre avec la même ténacité que dans les années '70 et '80 l'examen du processus de médicalisation dans les sociétés contemporaines? S'il faut certes conserver un regard critique à l'égard de la médecine et continuer de dénoncer les effets pervers sur lequel débouche son énorme pouvoir, faut-il pour autant conserver la "médicalisation" comme axe central de recherche?

Je ne crois pas et je voudrais expliquer pourquoi.

La médicalisation au sein des sociétés contemporaines n'est pas le résultat de l'impérialisme médical ou d'un quelconque complot du complexe médico-industriel. Elle résulte tout autant de l'évolution de la médecine que des attentes de la population et des systèmes de croyances qui guident les comportements des individus tout comme les politiques de l'État. C'est un processus interactif, le résultat, pour prendre le jargon de la sociologie politique, d'une conjoncture particulière de forces sociales.

Or, cette conjoncture a profondément changé depuis l'époque des années '50 où la médecine triomphait avec les antibiotiques et les vaccins, où les sociétés occidentales s'enrichissaient à un rythme inégalé dans l'histoire et où le statut, les pouvoirs et les privilèges des médecins devenaient sans égal par rapport aux autres professions.

Premièrement, les limites de la médecine sont de mieux en mieux documentées par les études des variations géographiques de la pratique médicale, par les analyses coûts-bénéfices, comme par les enquêtes épidémiologiques. Bien que les sciences biomédicales continuent de progresser, on sait maintenant qu'elles sont dans une situation de rendements décroissants, c'est-à-dire qu'il en coûte de plus en plus cher pour en arriver à un gain tangible d'amélioration de la santé.

Il est maintenant devenu évident que la santé, ce ne sont pas les soins de santé. Pour produire la santé, une société doit produire autre chose que des soins. Elle doit produire de la richesse, de l'emploi, de

l'éducation et ainsi de suite. Tous les marqueurs d'état de santé que nous ayons (espérance de vie, taille, mortalité infantile, etc.) ont augmenté indépendamment du degré de médicalisation d'une société et indépendamment des dépenses dites de santé, comme des développements technologiques en médecine. Enfin, il est de plus en plus clair que l'amitié, l'entraide, le "caring" auprès des enfants ou des parents âgés, sont des soins de santé au moins aussi importants que les soins médicaux.

Bref, dans nos sociétés, il y a moins de place qu'avant pour la médicalisation de la déviance et des problèmes sociaux. On ne croit plus qu'il y a une réponse médicale à tout problème, à tout malheur ou à tout sentiment de mécontentement.

Deuxièmement, l'économie politique de la santé s'est considérablement modifiée. Les soins médicaux constituent aujourd'hui la plus grosse industrie des pays développés: au Canada, c'est plus de 10% de la richesse (14% aux USA; 9% en France, etc.) et 10% de la main d'oeuvre qui y sont investis. On commence à comprendre que chaque dollar placé dans le médico-hospitalier n'est pas disponible pour d'autres secteurs dont on connaît par ailleurs l'importance déterminante pour la santé d'une population, que ce soit le soutien aux enfants et aux parents, l'école, la création d'emplois d'utilité communautaire, le recyclage de main d'oeuvre, l'amélioration de l'environnement physique, ou les programmes de lutte à la pauvreté et de lutte à la culture de la dépendance.

En raison du fardeau de la dette publique et de ce qui semble être un appauvrissement collectif, la "tarte" rapetisse, ou tout au moins ne s'élargit pas. En raison du fait que nous vivons une croissance économique sans création d'emplois et sans amélioration de l'environnement social, les taux de pauvreté (et donc éventuellement de maladies) ont atteint des niveaux sans parallèle dans notre histoire. Pour la première fois, les perspectives populationnelles sur la santé entrent en conflit avec les perspectives cliniques sur la maladie. Il n'y a plus assez d'argent pour satisfaire les deux à la fois. Pour la première fois, on commence à se dire qu'à force de surinvestir dans les soins médicaux, on désinvestit la santé de la population. Pour la première fois, à moins de refiler la facture aux individus (par des tickets modérateurs, des tarifs, de la désassurance, ou autre forme de privatisation), l'État doit vraiment arbitrer entre le préventif et le

curatif, le social et le médical, le développement du système de soins et les interventions sur les autres déterminants de la santé. Bref, il y a moins de place qu'avant pour que s'approfondisse encore plus le processus de médicalisation. Le contrôle social par la médecine ne suffit plus.

Troisièmement, avec une clientèle plus instruite et plus revendicatrice, des gestionnaires qui se mêlent de plus en plus des décisions médicales, le pouvoir social des médecins ne pourra pas se maintenir au niveau où il était depuis la deuxième guerre mondiale. De surcroît, la pratique médicale se métamorphose.

Les soins médicaux reposent de plus en plus sur la révolution informatique. On fait aujourd'hui des chirurgies à distance par robots interposés. Les procédures diagnostiques sont de plus en plus automatisées. Les tests médicaux sont de plus en plus commercialisés et faciles d'usage. Les protocoles de pratique définissent de mieux en mieux les alternatives de traitement. Bientôt, médecins, infirmières, hôpitaux et manufacturiers seront reliés par des réseaux d'ordinateurs, de téléphones, de fibres optiques et de satellites, auxquels les patients pourront se greffer. Dans ce contexte, l'hôpital cessera d'être la cathédrale que l'on a connu depuis 50 ans. Les jours des médecins comme des diagnostiqueurs et comme des prescripteurs de pilules sophistiquées semblent aussi comptés.

En divisant le corps en systèmes et en sous-systèmes, les médecins ont rendu possible l'automatisation de la médecine spécialisée, ce qui pourrait avoir comme effet, dans un avenir rapproché, de reléguer les tâches médicales techniques (et encore aujourd'hui très rémunératrices) à un nouveau type d'ouvriers certes spécialisés, mais des ouvriers malgré tout. Pour que les médecins aient un rôle au prochain siècle, ils devront retrouver le sens de la relation d'aide et réhabiliter l'empathie entre le guérisseur et le soigné comme méthode thérapeutique. Bref, même du point de vue du "pouvoir médical", la médicalisation ne pourra continuer à s'approfondir au même rythme que par le passé.

Avec ces changements dans le statut du médecin et de la médecine, avec les paramètres radicalement nouveaux de l'économie politique de la santé et compte tenu du développement des connaissances sur l'importance de l'environnement social, économique et culturel pour la santé de la population, il me semble nécessaire de revoir quelque peu l'agenda de recherche en sociologie de la santé.

La médicalisation restera une question importante. Après tout, comme plusieurs conférenciers l'ont montré, il y aura toujours des "cures" qui se chercheront des malades, et des "malades" qui se chercheront des cures. La société continuera à vouloir se réguler en se drapant dans le discours scientifique de la médecine. Mais, dans le contexte actuel, cet enjeu est, à mon avis, devenu secondaire à celui de l'étude des organisations, des communautés ou des sociétés qui sont les plus productrices de santé.

En se braquant trop exclusivement sur le processus de médicalisation, le sociologue risque d'oublier que le monde change. Lewis Thomas, un fameux oncologue américain aujourd'hui décédé, a bien saisi ce changement quand il a écrit:

"Le réel danger qui menace le devenir de notre pays, c'est de créer un peuple d'hypocondriaques en santé, vivant avec moult précautions, inquiets d'eux-mêmes comme des semi-mourants... (La santé est maintenant) le prétexte qui nous autorise à monter nous allonger dans notre chambre, à chasser les microbes, à vaporiser la pièce de désodorisant, alors que de l'autre côté de la fenêtre, la société toute entière se défait." (L. Thomas, 1979, pp.47-50)

De nouveaux choix sociaux s'imposent. Comment assurer des services médicaux de haute qualité mais à un coût moindre que maintenant, sans prendre les faux-fuyants de la privatisation ou des limitations autoritaires au panier de services assurés? Comment réduire les écarts de santé qui semblent aller en s'élargissant entre classes sociales? Comment réorienter l'allocation des ressources vers des secteurs créateurs de santé par opposition à des secteurs qui pénalisent l'enrichissement de la nation, comme les soins médicaux? Comment répondre aux aspirations légitimes de ceux et celles qui veulent s'instruire mais qui n'y arrivent pas faute d'argent et de disponibilité? Et que dire de ceux et celles qui veulent avoir un emploi mais qui n'en trouvent pas? Comment assurer à nos enfants les meilleures conditions possibles de développement et d'épanouissement, même si plus de 20% de la population dépend complètement de l'État pour son revenu?

Une partie des réponses à ces questions passent par un nouvel équilibre de nos investissements entre la maladie et la médecine d'une part, la santé et les innovations sociales d'autre part. La sociologie a, me semble-t-il, un rôle central dans ce débat.

Pour y participer, la sociologie devrait se décentrer du concept de "médicalisation" pour investiguer celui des "déterminants de la santé", comme axe de base de ses recherches dans l'univers de la maladie, de la thérapie et de la santé. Autant le concept de "médicalisation", par la critique sociale qu'il a véhiculée, a permis des changements importants au cours des dernières décennies, autant celui de "déterminants de la santé", pour les mêmes raisons, devrait permettre des choix sociaux nouveaux dans l'avenir. Étudier les "déterminants de la santé" signifie non seulement comprendre l'étiologie de la maladie à la manière des épidémiologues mais aussi, principalement, comprendre les dynamiques sociales autour de la maladie et de la santé.

Référence bibliographique

THOMAS, Lewis (1979). *The Medusa and the Snail*. New York: Viking.

Achevé d'imprimer en décembre 1995 chez



VEILLEUX
IMPRESSION À DEMANDE INC.

à Boucherville, Québec

***Les cahiers scientifiques de l'Acfas
sont publiés avec l'aide financière du:***

Ministère de l'Industrie, du Commerce, de la Science
et de la Technologie (MICST)

Programme Sciences et Culture Canada
du gouvernement du Canada

Conseil de recherches en sciences humaines
du Canada (CRSH)

Conseil de recherches en sciences naturelles
et en génie du Canada (CRSNG)

Conseil de recherches médicales du Canada (CRM)

Données de catalogage avant publication (Canada)

Vedette principale au titre :

Médicalisation et contrôle social : actes du colloque tenu le 17 mai
1994 à L'Université du Québec à Montréal dans le cadre du 62^e Congrès
de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences

(Les cahiers scientifiques de l'Acfas ; 84)

Publ. en collab. avec : Groupe de recherche sur les aspects sociaux de
la santé et de la prévention.

ISBN 2-89245-139-6

1. Santé, Services de - Québec (Province) - Congrès. 2. Politique
sanitaire - Québec (Province) - Congrès. 3. Santé publique - Québec
(Province) - Congrès. 4. Santé mentale - Politique gouvernementale
- Québec (Province) - Congrès. 5. Promotion de la santé - Québec
(Province) - Congrès. 6. Contrôle social - Québec (Province) -
Congrès. I. Bouchard, Louise, 1955 - . II. Cohen, David, 1954
- . III Université de Montréal. Groupe de recherche sur les
aspects sociaux de la santé et de la prévention. IV. Association
canadienne-française pour l'avancement des sciences. V. Congrès de
l'Acfas (62^e : 1994 : UQAM). VI. Collection: Les Cahiers de l'Acfas ;
84.

RA450.Q8M42 1995

362.1'09714

C95-941663-3

Médicalisation et contrôle social

La médicalisation est l'application de concepts et technologies médicales à la compréhension et la régulation de conduites individuelles ou de phénomènes sociaux. Ce courant de recherche s'est surtout penché sur les processus de médicalisation de la déviance et de divers aspects de la vie des femmes. Récemment, la médicalisation s'est élargie à des phénomènes plus «normaux» (obésité, tabagisme, ménopause, problèmes scolaires, épuisement professionnel, etc.). Il y a aussi la dialectique contraire de «démédicalisation» ou de «socialisation» de certains problèmes où l'action médicale fait maintenant place à une action plus directe de la communauté.

Il existe très peu d'ouvrages généraux en français sur la médicalisation. Pourtant, le sujet suscite un énorme intérêt auprès des étudiants, des chercheurs, des professionnels de la santé et de l'intervention sociale et des médias. Cet ouvrage apporte une réflexion sur la pertinence actuelle du concept de médicalisation en discutant de son application dans des domaines nouveaux ou encore peu étudiés.

Ont collaboré à cet ouvrage :

Louise Bouchard, David Cohen, Peter Conrad, Maria De Koninck, Hélène David, Andrée Demers, Lise Dubois, Pierre-Gerlier Forest, Paul Morin, Marc Renaud, Marie-Claude Roberge, Norbert Rodrigue et Deena White.



9 782892 451399



ISBN 2-89245-139-6