

MORBIDITÉ, MORTALITÉ : problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective.

Colloque international de Sinaia (2-6 septembre 1996)



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

AIDELF

Santé et environnement, du collectif à la personne – Analyse de données québécoises et proposition théorique

Luc LOSLIER

Université du Québec, Montréal, Canada

Introduction

Les enquêtes sociales et de santé conduisent souvent à des conclusions portant sur de grands ensemble sociaux ou régionaux. On peut alors se demander si l'inférence d'une corrélation individuelle à partir d'une corrélation observée au niveau de telles entités est légitime. Les systèmes en jeu aux deux niveaux ne sont pas les mêmes et il pourrait se faire que des facteurs existant au niveau individuel soit se conjuguent à des facteurs socio-environnementaux, soit les annulent, le résultat étant une possibilité de faux négatifs ou de faux positifs. C'est ce que l'on appelle « l'erreur écologique » (*ecological fallacy*).

L'idée proposée ici est que si la recherche s'inscrit dans une démarche hypothético-déductive qui relie les deux niveaux sur un solide fondement théorique, il est possible, à partir d'observations au niveau du groupe et du milieu, d'inférer et de viser à l'explication de phénomènes individuels, une explication qui ne sera parfois possible, d'ailleurs, qu'en invoquant les caractéristiques du milieu.

La première partie de l'article résume une analyse basée sur les données d'une grande enquête sociale et de santé réalisée au Québec. Cette analyse mène à une typologie socio-régionale de « milieux-santé » qui se caractérisent par des profils particuliers de comportement, de santé psychologique et physique et de recours aux services (Pampalon, Loslier, Raymond et Provencher, 1995). Dans la deuxième partie de l'article on propose justement un modèle théorique qui veut faire le lien entre les niveaux individuel et social pour expliquer la typologie dérivée de l'enquête.

Un modèle des « milieux-santé » au Québec

La population visée par l'enquête est l'ensemble des ménages privés de toutes les régions socio-sanitaires du Québec, à l'exclusion des régions crie et inuite et des réserves indiennes. 97,5 % de la population québécoise est ainsi visée. Pour bien comprendre la nature des données, on nous permettra de citer un peu longuement le rapport d'enquête : « Avant la sélection de l'échantillon, les unités primaires d'échantillonnage (UPE) ont été regroupées en strates. Chaque strate est formée du croisement d'une région socio-sanitaire et d'une aire homogène. On dénombre douze aires homogènes, que l'on obtient en découpant d'abord le Québec en quatre zones distinctes, soit la région métropolitaine de Montréal, les capitales régionales, les agglomérations et villes, et le monde rural. Chaque zone est ensuite subdivisée en trois aires en fonction de conditions socio-économiques : une aire vulnérable, une aire intermédiaire, et une aire peu vulnérable ». (Santé Québec, 1994). On comprend la logique qu'il y a à se livrer à des analyses sur la base régionale, la gestion des programmes ayant lieu dans ce cadre; on comprend également la logique des aires : la réalité sociale, qui est déterminante pour la santé, n'obéit pas forcément à la logique administrative... Ce que ce modèle propose, c'est de croiser les deux approches dans l'analyse, ce qui donnera une série d'unités subrégionales reflétant différents milieux socio-géographiques. Certaines de ces unités comptant un échantillon trop petit, des impératifs de sécurité statistique ont forcé à les regrouper avec une unité voisine et ce que l'on a finalement, c'est une division du Québec en 37 unités socio-géographiques.

Dix indicateurs (exprimés sous forme de taux normalisés selon l'âge et le sexe), qui apparaissent dans le tableau 1, sont considérés dans l'étude. La matrice de données est donc de dimensions 37 x 10 et son traitement initial est une analyse factorielle en composantes principales, qui donne trois facteurs rendant compte de 67,2 % de la variance originale. Le premier facteur est unipolaire et il se définit par son opposition au tabagisme, au peu d'exercice physique, à l'excès de poids, à une perception négative de sa santé ainsi qu'à l'incapacité. Ce facteur a été appelé « Salubrité - Santé ». Le deuxième facteur est lié à l'insatisfaction de sa vie sociale, à la détresse psychologique, au recours aux services de professionnels de la santé et à la consommation de médicaments. Ce facteur a été appelé « Détresse - Recours ». Le troisième facteur, enfin, oppose la consommation d'alcool à l'excès de poids, laquelle reflète les habitudes alimentaires; on a appelé ce facteur « Boire - Manger ». Nous ne raisonnerons pour l'instant qu'à partir des deux premiers facteurs, « Salubrité - Santé » et « Détresse - Recours », qui, de toutes façons, structurent le plus fortement l'espace social québécois.

TABLEAU 1 - LES QUADRANTS FACTORIELS

Facteur	1	2	3
Concepts factoriels	Salubrité - Santé	Détresse - Recours	Boire - Manger
Fumeurs réguliers	-0,77	0,19	0,32
Personnes ayant pris 3 médicaments ou plus au cours des 2 jours précédant l'enquête	-0,27	0,68	0,18
Personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (quintile supérieur)	-0,24	0,71	-0,07
Personnes estimant leur santé moyenne ou mauvaise	-0,86	0,18	-0,13
Personnes non satisfaites de leur vie sociale	-0,00	0,90	0,15
Personnes avec un excès ou un surplus de poids	-0,56	-0,13	-0,61
Personnes ayant pratiqué des activités physiques de loisir 1 fois par mois ou moins au cours des 3 mois précédents	-0,73	-0,13	-0,10
Buveurs de 14 consommations et plus au cours des 7 jours précédant l'enquête	-0,14	0,11	0,87
Personnes signalant une limitation à long terme de leurs activités en raison d'un problème de santé	-0,59	0,30	0,33
Personnes ayant eu recours à un professionnel de la santé ou des services sociaux au cours des 2 semaines précédentes	0,35	0,70	0,15
Variance expliquée %	28,00	24,80	14,40

Chacune des unités subrégionales à l'étude a un score dans les deux facteurs; en utilisant ces scores comme coordonnées, on peut situer chaque unité dans un graphique bi-dimensionnel; comme les facteurs sont sans corrélation entre eux (la solution factorielle veut cela), on a des unités dans chacun des quadrants du graphique, tel qu'il apparaît dans la figure 1.

Chaque quadrant correspond à une situation socio-sanitaire particulière, mais aussi à des milieux géographiques définis. Pour en faire une description schématique, on peut dire que :

– Le quadrant 1 (Q1) correspond aux capitales régionales (Sherbrooke, Trois-Rivières, Hull) et aux zones non vulnérable des grandes villes Montréal et Québec (voir figure 2). Dans ce quadrant, le facteur Salubrité - Santé est élevé, mais le facteur Détresse - Recours l'est aussi.

FIGURE 1 - QUADRANT FACTORIEL

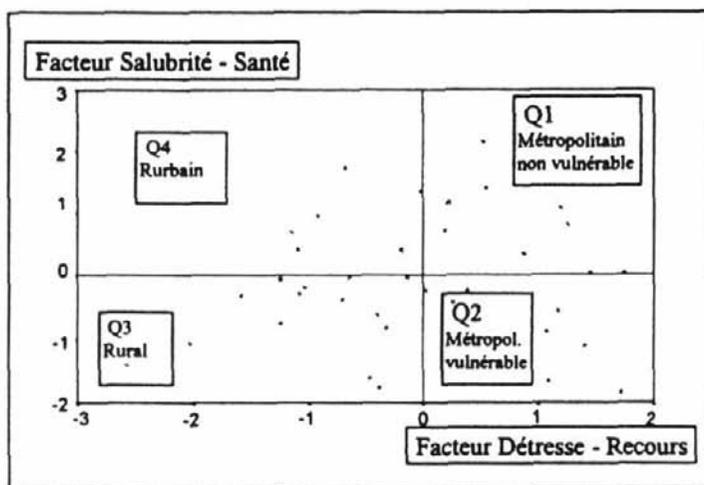
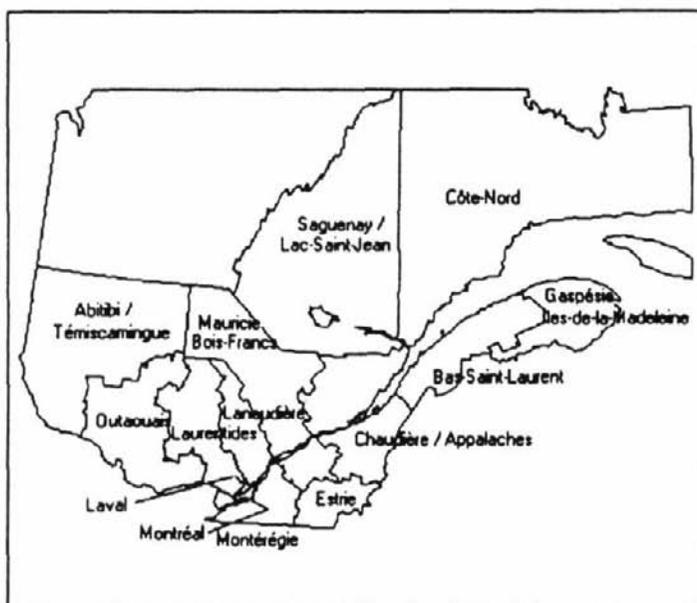


FIGURE 2 - QUÉBEC - LES RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES



– Le quadrant 2 (Q2) représente la situation la plus difficile, où détresse psychologique et recours aux médicaments et services de santé sont élevés, en même temps que des habitudes de vie déficientes sont prévalentes, que la perception négative de sa propre santé est fréquente, comme celle de l'incapacité. Les agglomérations des Laurentides et de l'Abitibi se trouvent dans ce quadrant, avec la partie rurale de la Côte Nord ainsi que (rassemblant la plus grande partie de la population de cet ensemble) les zones vulnérables de Montréal et de Québec.

- Le quadrant 3 (Q3) comprend presque toutes les subdivisions rurales du Québec; il se caractérise par de faibles scores en Salubrité - Santé et de faibles scores également en Détresse - Recours.
- Le quadrant 4 (Q4), enfin, représente théoriquement la situation idéale : le facteur Salubrité - Santé y est élevé, alors que le facteur Détresse - Recours y est faible. Les gens de ce milieu ont donc en général de saines habitudes de vie, ils ont tendance à s'estimer en bonne santé et souffrent peu d'incapacité, ils jouissent d'un support social satisfaisant, ils ont peu recours aux médicaments et aux services de professionnels de la santé. On trouve dans ce quadrant la Montérégie rurale, les agglomérations et la partie rurale de la région de Québec, les agglomérations du Bas-Saint-Laurent et la partie non vulnérable de Chicoutimi, capitale de la région Saguenay / Lac-Saint-Jean. Ce quadrant réunit donc des aires rurales centrales et des aires urbaines de petite ou moyenne taille.

Le modèle montre les faisceaux de relations qui existent entre les variables considérées et donne une description synthétique des milieux qui se caractérisent par une situation socio-sanitaire donnée au Québec. Jusqu'où peut-on tirer des éléments explicatifs de ce modèle ?

Problèmes d'inférence en géographie et erreur écologique

Tel qu'indiqué en introduction, l'un des principaux problèmes dans ce genre d'étude est la possibilité d'erreur écologique (*ecological fallacy*). J.P. Thouez (1988) analyse le problème de l'inférence statistique, qu'il dit inhérent à la plupart des données géographiques, et exprime la question soulevée par l'erreur écologique de la façon suivante : « est-il possible de déduire de la corrélation collective (corrélation sur des unités collectives) la corrélation individuelle ? (...). Il arrive par exemple, que l'exposition moyenne au niveau de tout un groupe ou d'une population d'une unité géographique disparaît lorsqu'on mesure l'exposition au niveau individuel. En effet, en opérant au niveau des unités géographiques se multiplient, par rapport aux études au niveau individuel, les facteurs potentiels de confusion bien souvent inconnus et même insoupçonnables ». Thouez ajoute cependant, en citant Boudon (1963), que celui-ci « montre que si on dépasse le formalisme statistique pour établir quelques hypothèses sur la réalité, les inférences au comportement individuel deviennent possibles ». Dans le cas exposé ci-dessus ici, est-il possible de trouver un lien logique solide entre les niveaux écologique et individuel ? Suivant le principe exprimé par Boudon, nous croyons que la réponse est oui et les « quelques hypothèses à propos de la réalité » à l'appui de cette affirmation sont exposées dans les pages qui suivent, rassemblées dans un modèle théorique appelé « ambiosystème », dont les concepts-clés sont « l'ambioostasie » et « l'ambiocontrôle ».

L'ambiosystème : un modèle pour l'analyse du rapport santé - environnement

Le lien environnement - santé a des racines anciennes, puisqu'il remonte à Hippocrate et même avant, mais il a été éclipsé par l'avènement de la théorie des germes, pour revenir notamment avec les travaux de Max Sorre, qui introduit en 1940 le concept de complexe pathogène (Sorre, 1971), puis ceux de J. May, qui propose en 1961 un modèle intégrant hôte humain, agent pathogène, environnement et culture (May, 1961; Picheral, 1984). Les travaux de R. Dubos ont ensuite beaucoup contribué à faire valoir la définition de la santé comme un état résultant de l'équilibre dynamique entre l'être humain et son environnement (Dubos, 1965). Plus récents, les travaux de Jacobs, Goodman et Armelagos (1981), proposent un modèle dans la même veine. Ces travaux ont entraîné bon nombre de recherches intégrant santé, écosystème, système éco-pathogène (Picheral, 1984), qui ont apporté des éléments importants à la problématique de la géographie médicale, mais on peut y mettre certaines réserves, exposées un peu plus loin.

D'un autre côté, on a assisté récemment au développement d'un corps de connaissances, en bonne partie apportées par la psychoneuroimmunologie, qui présente ici un double intérêt :

- Il permet de mieux comprendre la nature de certaines relations entre l'environnement, les comportements et la santé humaine, relations qui avaient été décrites et parfois fortement documentées en sciences sociales (géographie, sociologie, anthropologie), parfois de manière très critique du modèle biomédical, mais sans que soient apportées d'explications vraiment satisfaisantes sur les mécanismes et processus en cause.
- Il permet l'établissement d'un paradigme intégrant d'une part le sujet humain comme personne individuelle, avec ses systèmes et fonctionnement organiques, ses sentiments, ses comportements propres, son individualité circonscrite par son système immunitaire, dont une fonction primordiale est la distinction entre le soi et le non-soi, et d'autre part le groupe, la structure, les phénomènes sociaux, qui sont à l'évidence des facteurs capitaux de santé et de maladie. Traditionnellement, ces entités ont souvent été placées dans des perspectives irréconciliables, alors que là, elles se trouvent forcément réunies.

Limites du concept écologique

On comprend aisément l'intérêt des concepts d'écosystème et de système éco-pathogène, à cause de leur caractère holiste et dynamique, mais il demeure gênant que du point de vue de la santé humaine, ce soient des concepts empruntés, qui n'ont pas et n'ont jamais eu le sujet humain comme élément central. Le concept d'écosystème nous apparaît à vrai dire fondamentalement insuffisant pour rendre compte de la complexité de la situation humaine et de tous les facteurs affectant la santé de l'être humain. H. Isnard fait une critique du concept d'écosystème qui demeure appropriée ici : « (...) les mots de géosystème [qui est pour l'auteur l'entité résultant de la conjonction de l'espace et de la société] et d'écosystème n'ont pas le même contenu de rigueur et d'exigence. Celui-ci se rapporte à une réalité objective correspondant à des déterminations biochimiques; celui-là, à une réalité consciente qui relève de tout ce qui constitue la spécificité de la société humaine... » (Isnard, 1981). Brown et Inhorn (1990) indiquent différemment la limite du modèle écologique : « The ecological model is much more easily applied to diseases caused by infectious agents than the diseases of life-style that characterize modern affluent populations ». Le modèle n'est donc pas universel et pour nous, dans tous les cas, il demeure insuffisant, d'où la proposition d'un autre concept, défini ci-dessous, appelé *ambiosystème*.

L'ambiosystème - partie objectif, partie subjectif

L'ontogenèse et en particulier la santé de l'être humain sont déterminés par son environnement objectif, appartenant à l'univers externe (comprenant microbes, virus, malfaiteurs, aliments, machines, etc.), mais aussi par son environnement tel que conçu, appartenant à son univers interne et subjectif. Le sujet est situé dans son environnement objectif, mais il possède en lui son univers subjectif, représentation du monde dans son système nerveux central ainsi que, tel que mieux expliqué plus loin, à l'intérieur même de son système immunitaire. Ces deux mondes exercent sur lui leur effet (pensons par exemple aux effets *placebo* et *nocebo*, très réels, parfois très puissants, et qui ne tiennent qu'aux représentations du sujet). On peut rompre avec l'approche purement écosystémique en santé sans rejeter l'idée de système, puisque Ludwig Von Bertalanffy, lui-même, créateur de la théorie générale des systèmes, proposait dans un article de 1964 de rejeter le dualisme cartésien traditionnel et de concevoir « the psychophysical organism as an autonomously active system », dont l'étude devrait faire appel aux connaissances d'un éventail élargi de disciplines : « modern biology; developmental, introspective, and social psychology;

psychopathology and psychiatry; cultural anthropology; linguistics; history of culture, etc. » (Bertalanffy, 1964).

Nous donnerons cependant une place spéciale au système nerveux central et au système immunitaire, à cause de leurs fonctions capitales de commande et de médiation avec l'environnement. Cela nous fournit des pistes de réflexion consistantes conduisant à des explications dans le milieu de vie.

Le rôle central médiateur du cerveau et du système immunitaire

Le cerveau, appareil enregistreur analyste des événements extérieurs et siège des émotions, est évidemment « au courant » de ce qui se passe dans l'ambiosystème, il y est sensible, y réagit et, d'un autre côté, peut « parler » à l'organisme. Plus précisément, le cerveau peut communiquer directement avec le système immunitaire. On sait en effet maintenant que les cellules du système immunitaire contiennent des récepteurs pour les neurohormones, des neurotransmetteurs et des neuropeptides dont on a cru longtemps qu'ils ne se trouvaient que dans le système nerveux central. Le système immunitaire pourrait partager avec le cerveau le siège de la conscience—celle-ci ne serait donc pas localisée « dans la tête », malgré une idée occidentale bien ancrée départageant nettement le corps et l'esprit, suivant le dualisme cartésien évoqué précédemment. Des travaux récents en immunologie conduisent à la conclusion que « le réseau immunitaire prend place désormais aux côtés des réseaux neuronaux, comme source de modèles et d'explications pour les phénomènes cognitifs élémentaires (...). Si nous voulons rendre justice à l'importance centrale de l'autonomie du processus dans les deux réseaux biologiques, neuronal et immunitaire, ils peuvent nous apprendre comment nous pensons avec notre corps tout entier. » (Anspach et Varela, 1992).

Voilà un point de jonction clair entre le psychologique et le somatique qui contribue à faire comprendre le grand nombre de problèmes de santé et aussi la variété des maladies et réactions observées - en général (Cohen et Wills, 1985; Broadhead et al. 1983), ou dans le cas de plusieurs maladies spécifiques : hypertension artérielle et mortalité par accident cérébro-vasculaire (Neser et Cassel, 1971; James et Kleinbaum, 1976) maladies coronariennes (Marmot et Syme, 1976), dépression (Brown et Harris, 1978, Stein *et al.* 1991) cancer (Levy, 1984) résistance au SIDA chez des patients infectés par VIH-1 (Goodkin *et al.* 1992) - quand surviennent des périodes d'instabilité psycho-sociale. Cela fait également apparaître un contact capital entre le sujet et le groupe, entre le soi et le monde extérieur.

Ce qui précède nous conduit à proposer les deux concepts d'ambioostasie et d'ambiocontrôle, définis ci-dessous.

L'ambioostasie, ou équilibre ambiostatique

L'équilibre du monde interne de l'organisme, qui est stabilisé dans une dynamique, c'est l'homéostasie. Imaginons un concept parent, correspondant à l'équilibre de l'organisme dans son milieu—là encore, à une certaine stabilité dans une dynamique, celle d'un environnement physique et socio-culturel en évolution constante plus ou moins régulière, et parfois assez chaotique. Ce concept, nous le désignerons par l'expression *ambioostasie*. L'ambioostasie, donc, réfère à l'équilibre de l'individu humain dans l'ambiosystème. Cet équilibre, de nombreuses études récentes, dont quelques-unes citées ci-dessus, montrent qu'il est nécessaire au maintien de la santé; autrement dit, l'ambioostasie (équilibre constamment à refaire entre deux systèmes eux-mêmes en constante recherche d'équilibre) apparaît comme une condition nécessaire de l'homéostasie. Obéissant à deux systèmes de causalités distincts, homéostasie et ambioostasie se rejoignent dans une interaction dont l'équilibre détermine l'autonomie de l'organisme.

L'ambiocontrôle, ou contrôle ambiostatique

Contrairement à l'homéostasie, qui obéit à un mécanisme d'auto-régulation, le contrôle ambiostatique n'est pas automatique et doit être activement exercé par le sujet; il dépend donc des différents moyens de l'individu. Relativement dénué d'instincts, l'être humain doit apprendre, acquérir la plupart de ses habiletés, et le contrôle ambiostatique ne fait pas exception à cela.

Par contrôle, il faut entendre surveillance, vérification, et aussi maîtrise, commande, gouverne. Le contrôle ambiostatique - l'ambiocontôle - a trois présupposés : il implique en effet premièrement que le sujet dispose d'une information suffisante en quantité et en qualité sur l'environnement, deuxièmement qu'il ait une capacité d'analyse des données environnementales et troisièmement qu'il dispose de moyens d'action pour adapter son environnement à ses besoins. Ce sont les problèmes fondamentaux de l'autonomie et de la liberté, du savoir et du pouvoir, ou le problème du savoir-pouvoir, qui sont soulevés là, et ils sont plus près de celui de la santé que l'on ne le croit souvent.

L'ambiocontrôle et l'exigence d'un modèle du monde

Le processus analytique - décisionnel est continu : l'environnement est en effet en changement constant, aussi à chaque instant le cerveau enregistre et analyse-t-il les énormes quantités de données qui lui sont transmises par les sens. De ce foisonnement d'information, il doit extraire les « bruits » et construire un modèle du monde qui soit significatif. Une partie importante de la tâche du cortex cérébral est en fait de simplifier : ne conserver qu'une petite partie des stimuli qui nous atteignent, les organiser en références et expériences significatives utiles et les stocker suivant un système de références logique et cohérent.

Le cerveau a la tâche capitale de sélectionner, d'organiser et d'analyser l'information perçue dans l'environnement par le système sensoriel, de telle façon que la représentation finale du monde dont le sujet a besoin pour orienter son action en toutes circonstances sera aussi claire, stable et utile que possible. C'est cette stabilité de l'expérience qui donnera au sujet un sentiment de prévisibilité et de contrôle dans un environnement en changement continu.

Dans des travaux pionniers, ayant porté entre autres sur des survivantes de camps de concentration nazis, sur des groupes de femmes de différentes origines ethniques en Israël, Aaron Antonovsky a étudié l'effet de différents stressseurs sur la santé des sujets. Il a observé que cet effet variait d'abord suivant la représentation du monde que se faisait le sujet, suivant sa manière de percevoir stimuli et exigences lui parvenant du milieu. Ces observations sont à la base de ce qu'il a appelé le Sentiment de cohérence (*Sense of Coherence*-S.O.C.), qui se définit essentiellement par la conviction du sujet que ses « environnements interne et externe » ont un sens et une évolution prévisible. Si le S.O.C. est rompu, le monde apparaît inorganisé, les actions à entreprendre ne sont plus claires, ultimement, on arrive au conflit et à la confusion, ce qui peut avoir des effets majeurs sur la santé et sur la vie de la personne (Antonovsky, 1979, 1987).

L'ambiocontrôle comme condition d'un comportement salubre

Hypothèses à propos du monde, incessantes simplifications et interprétations, ces efforts du cerveau sont faits dans le but d'organiser les événements d'une manière cohérente, afin de pouvoir agir sur eux, de pouvoir exercer sur eux un contrôle et - ce qui est tout aussi important - d'avoir un sentiment de contrôle. Il est donc évident que ce qu'on peut appeler l'ambiocontrôle est nécessaire à l'ambioostasie - donc, à un deuxième degré, à l'homéostasie, à la santé, en permettant à l'individu de reconnaître et d'éviter ce qui est

dangereux pour lui dans l'environnement et d'adapter son comportement. De plus, au-delà de son aspect immédiatement pratique, la notion de contrôle apparaît en fait capitale, à tel point que le sentiment lui-même du contrôle est essentiel à la santé.

L'absence de contrôle mène à la confusion et à l'impossibilité d'action. Une telle inhibition de l'action salutaire, provoquée chez certains animaux (typiquement en les mettant dans une situation sans issue) mène à une passivité irréversible, c'est à dire qui demeure même quand la possibilité de contrôle est revenue. Chez les humains, on a observé un phénomène semblable, qui est à la base de la théorie du *learned helplessness* de Seligman (Seligman, Maier et Geer, 1968) et du L.H.S. (*learned helplessness syndrome*) (Laudenslager, 1983) - ce que l'on pourrait traduire par « syndrome d'incapacité acquise » (S.I.A.). Les études sur cette question montrent que les personnes qui sont généralement pessimistes et sentent qu'elles ont peu de prise sur leur vie ont davantage tendance à négliger leur santé et sont de moins en moins aptes à avoir des comportements salutaires. Plus elles ont de responsabilités face à elles-mêmes, plus elles deviennent anxieuses et incapables d'agir (Lowery, 1975). Toute une série de travaux dérivés de la théorie du « locus du contrôle » vont dans le même sens, montrant la relation entre le degré de contrôle des individus sur le cours de leur vie et leur santé (Benassi *et al.* 1988).

Ambiosystème, santé et pouvoir

On ne peut dissocier les idées parentes de contrôle et de pouvoir, et en particulier du pouvoir dans le contexte de ce qui est notre sujet premier : la santé. M. Foucault a fait une analyse du pouvoir qui a ici un intérêt particulier, car elle met l'accent sur la corporalité des sujets - sur le bio-pouvoir. « (...) le pouvoir disciplinaire prend en charge le corps singulier et le contrôle dans les lieux institutionnels que sont l'école, l'hôpital, l'usine, la prison, l'asile » (Marietti, 1985). C'est une idée forte chez Foucault, cette idée suivant laquelle non seulement la prison, mais aussi les institutions sociales mises en place pour assurer la santé et la connaissance sont des instruments du pouvoir normalisateur et disciplinaire : « A partir de l'aube de l'ère industrielle la civilisation occidentale colonise notre biologie : elle imagine une « anatomo-politique » (politique du corps) en relation avec une « bio-politique » (la régulation de la population). Des sciences humaines comme la psychologie, la médecine et la démographie s'emparent du corps « confessé » comme d'un objet de préoccupation sociale et de manipulation gouvernementale. Une fois de plus une alliance essentielle se noue entre pouvoir et savoir » (Merquior, 1986). D'autres chercheurs ont mené une réflexion critique intéressante sur l'appareil et les disciplines de la santé. Le rapport entre le savoir-discipline et le pouvoir a été particulièrement étudié en psychologie. Les travaux de Ronald D. Laing et d'autres qui ont suivi ont montré combien, telle que généralement pratiquée, psychologie et psychiatrie étaient les « disciplines de la normalité » : "La personne « normalement aliénée est considérée comme saine d'esprit en raison du fait qu'elle agit plus ou moins comme n'importe qui. Les autres formes d'aliénation, celles qui ne correspondent pas à l'état d'aliénation général, sont qualifiées de mauvaises ou de démentes par la majorité « normale »" (Laing, 1967). La nosologie des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie de 1987, le DSM-III-R, est la quatrième version de cette classification, créée en 1952; A.D. Gaines (1992) montre comme elle est plus un construit dépendant du contexte culturel américain que fonction du développement d'un savoir professionnel objectif. Néanmoins, le DSM fait maintenant autorité mondialement et est très généralement vu comme naturel et non biaisé. L'analyse de la médecine dans le contexte des relations de pouvoir a conduit à montrer qu'elle a parfois pour effet de masquer les vrais problèmes et leurs causes : sur la relation entre la médecine et la société, Rhodes écrit : « There are two aspects to this relationship. One is that health problems themselves may be socially caused (...). The other, related, aspect is

that medicine may function to conceal the social origins of sickness and to suppress the possibility of protest » (Rhodes, 1990).

Les paragraphes qui précèdent exposent certains éléments des mécanismes sociaux mettant en relation savoir et pouvoir qui, spécialement sur le plan de la santé et des comportements, déterminent la norme, sanctionnent et corrigent la déviance, balisent le contrôle des sujets. Ces mécanismes définissent les contextes où se manifestent les problèmes à l'étude et les causent ou les amplifient parfois. Paradoxalement, il apparaît que l'appareil mis en place (normes de santé physique, psychologique et sociale, système médico-hospitalier) pour maintenir la santé de la population puisse parfois avoir un effet contraire, au point que le sujet aurait souvent intérêt à s'en affranchir plutôt que de lui confier sa santé et son bien-être.

Conclusion

Le SIA (syndrome d'incapacité acquise), les observations ayant conduit au concept du S.O.C. - Sentiment de cohérence -, la théorie du locus du contrôle, certains acquis de la psychoneuroimmunologie montrent l'importance du rapport entre la santé et le contrôle et suggèrent des explications. Ce que nous voudrions souligner ici, c'est la place capitale du milieu de vie comme lieu et enjeu du contrôle, et conséquemment comme révélateur et champ d'action primordial en matière de santé.

Revenons finalement au modèle des « milieux-santé » exposé au début de ce texte, en particulier à la figure des quadrants factoriels, pour en refaire la lecture à la lumière des concepts proposés dans la deuxième partie. Nous interpréterons les différentes situations en termes de « complexité » du milieu d'une part et de « ressources » des sujets et des groupes d'autre part. Un milieu complexe rend évidemment plus difficile l'ambiocontrôle; les ressources, quant à elles, réfèrent au savoir, au pouvoir et aux ressources matérielles - l'avoir - en découlant.

Nous concluons rapidement (et, faute de place, sans tous les détails et nuances souhaitables) avec les quelques observations qui suivent :

- Le quadrant 1 comprend des capitales de régions et les parties « non vulnérables » des régions métropolitaines de Montréal et de Québec. Il correspond à une situation favorable quant au facteur « Salubrité - Santé », dû aux bonnes habitudes de vie de la population de ce genre de milieu mais le facteur « Détresse - Recours » indique des problèmes de santé psychologique, une consommation élevée de médicaments et de services de santé et une vie sociale insatisfaisante. Il s'agit d'une population en général aisée et instruite, qui a donc les ressources entraînant comportements salutaires et bonne santé, mais on se trouve en milieu urbain (et il s'agit de villes du sommet de la hiérarchie - il s'y trouve beaucoup de monde et toutes sortes de monde...) bien connu pour la faiblesse du tissu social. Ressources élevées, donc, mais complexité élevée aussi, d'où la situation de santé observée : comportements salubres, bonne santé physique, mais mauvaise santé psycho-sociale.

- Le quadrant 2 est celui qui pose le plus de difficultés de vie : problèmes de Salubrité - Santé et problèmes de Détresse - Recours. Les aires vulnérables des régions métropolitaines de Montréal et de Québec rassemblent l'essentiel de la population de ce groupe. Comme dans le groupe 1, on se trouve dans un milieu complexe, et même dans un environnement physique bien plus difficile, mais sans les ressources - de savoir, avoir et pouvoir - du quadrant 1. La complexité du milieu se conjuguant avec la faiblesse des ressources, on trouve dans ce quadrant la situation de santé la plus déplorable.

- Le quadrant 3 est caractérisé par une mauvaise situation quant au facteur Salubrité - Santé mais par une bonne situation quant au facteur Détresse - Recours. Les habitudes de vie y sont donc déficientes et le niveau de santé perçu est faible, mais le facteur Détresse -

Recours y montre également des scores faibles. Là aussi les caractéristiques du milieu peuvent expliquer la situation : l'essentiel du monde rural québécois se trouve dans ce quadrant. On le sait, le monde rural est plutôt traditionnel et homogène, la complexité y est donc faible, d'où un *ambiocontrôle* plus facile, mais les ressources sont également faibles - on le sait aussi, le monde rural est souvent pauvre (sauf la ressource du support social). Ce que l'on sait également, c'est que le tissu social est plus solide dans ce milieu que dans le milieu de la grande ville. Cela explique le sentiment de vie sociale satisfaisante et la santé psychologique observés dans ce milieu. Apportons une nuance : le recours aux médicaments et services sont faibles dans ce quadrant, mais il faut dire que l'offre y est faible aussi; deuxièmement, pour ce qui concerne la sédentarité... il ne faut peut-être pas s'étonner que la population rurale, surtout agricole, ne pratique pas d'activités physiques dans ses loisirs.

– Le quadrant 4 apparaît comme le « milieu-santé » idéal : la situation y est positive quant au facteur Salubrité - Santé, alors que la détresse psychologique ainsi que la consommation de médicaments et de services médicaux y sont également faibles. C'est un monde « rurbain » (il s'agit du rural de la Montérégie, en contact immédiat avec Montréal, et de celui de la région de Québec, qui jouxte la capitale québécoise) et de petites et moyennes agglomérations, auquel s'ajoute la partie « non vulnérable » de la capitale de la région Saguenay/Lac-Saint-Jean, Chicoutimi-Jonquière. Il s'agit en général d'une population relativement aisée, dont les ressources, donc, sont plus grandes que dans le quadrant précédent, mais vivant dans un milieu relativement peu complexe... c'est la situation où l'*ambiocontrôle* se réalise le plus facilement.

BIBLIOGRAPHIE

- ANSPACH M. et VARELA F. 1992. Le système immunitaire : un « soi » cognitif autonome. In ANDLER D. *Introduction aux sciences cognitives*. Paris, Gallimard (Coll. Folio, essais), pp. 489-508.
- BENASSI V.A. et al. 1988. Is there a Relation Between Locus of Control Orientation and Depression ? *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (3), pp. 357-367.
- BROWN P.J. et INHORN M.C. 1990. Disease, Ecology and Human Behavior. In JOHNSON T.M. et SARGENT C.F. eds, *Medical Anthropology, Contemporary Theory and Method*. New York, Praeger, pp. 187-214.
- FOUCAULT Michel 1976. *La volonté de savoir*. Paris, Gallimard, 203 p.
- GAINES A.D. 1992. From DSM-I to III-R; Voices of Self, Mastery and the Other : A Cultural Constructivist Reading of U.S. Psychiatric Classification. *Social Science and Medicine*, 35 (1), pp. 3-24.
- ISNARD H. et al. 1981. *Problématiques de la géographie*. Paris, PUF, 262 p.
- LAING R.D. 1967. *La politique de l'expérience*. Paris, Stock, 129 p.
- LAUDENSLAGER M.L. et al. 1983. Coping and Immunodepression : Inescapable Not Escapable Shock Suppresses Lymphocyte Proliferation. *Sciences*, 221, pp. 568-570.
- LOWERY Barbara et al. 1975. Relationship of Locus of Control to Preoperative Anxiety. *Psychological Reports*, 37, pp. 1115-1121.
- MARIETTI A.K. 1985. *Michel Foucault, Archéologie et généalogie*. Paris, Poche Biblio essais, 286 p.
- MERQUIOR J.G. 1986. *Foucault ou le nihilisme de la chaire*. Paris, PUF, 203 p.
- ORNSTEIN R. et SOBEL, D. 1988. *The Healing Brain*. New York, Simon and Schuster, 301 p.
- RHODES L.A. 1992. Studying biomedicine as a cultural system. In JOHNSON, T.M. et SARGENT C.F. eds, *Medical Anthropology, Contemporary Theory and Method*. New York, Praeger, pp. 159-173 .
- SANTÉ QUÉBEC, PAMPALON R., LOSLIER L., RAYMOND G. ET PROVENCHER P. Variations géographiques de la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- SANTÉ QUÉBEC, BELLEROSE C., LAVALLÉE C., CHÉNARD L., LEVASSEUR M. (sous la direction de) 1995. *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- SELIGMAN M.E.P. et al. 1968. The alleviation of learned helplessness in the dog. *Journal of Abnormal Psychology*, 78 (16), pp. 256-262.
- THOUÉZ, J.P. 1988. L'espace et le temps en géographie des maladies, éléments méthodologiques *Cahiers Géos*, 12, Nov. 1988, 25 p.
- VON BERTALANFFY L. 1967. The Mind-Body Problem : A New View. *Psychosomatic Medicine*, XXVI (1), pp. 29-45.