Marc-Adélarde Tremblay (1922 -)

Anthropologue, retraité, Université Laval

(1983)

“Une perspective holistique dans l'étude de la santé / A Holistic Approach in the Study of Health”

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

Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

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

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

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

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

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

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

Marc-Adéland Tremblay (1922 -)

"Une perspective holistique dans l'étude de la santé / A Holistic Approach in the Study of Health". Mémoires de la société royale du Canada, série 4, tome 21, 1983, pp. 3-19. Allocution présidentielle. Ottawa : Société royale du Canada.

M Marc-Adéland Tremblay, anthropologue, retraité de l'enseignement de l'Université Laval, nous a accordé le 4 janvier 2004 son autorisation de diffuser électroniquement toutes ses oeuvres.

Courriel : matrem@microtec.net ou matremgt@globetrotter.net

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

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

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

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

Édition numérique réalisée le 23 mai 2006 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

Marc-Adéland Tremblay (1983)

“Une perspective holistique dans l'étude de la santé /
A Holistic Approach in the Study of Health”

Mémoires de la société royale du Canada, série 4, tome 21, 1983, pp. 3-19.
Allocution présidentielle. Ottawa : Société royale du Canada.

Table des matières

[Introduction](#)

[The biomedical model](#)

[Contemporary medical thought](#) (modern model)

[The impact of humanistic conceptions of health and illness](#)

[On the crisis of civilization and the limits of the welfare state](#)

[Health in the perspective of the human sciences](#)

[The competition of value systems in a society in transition](#)

[Health as a philosophy](#)

[A systemic model of health](#)

[Adaptation](#)

[Growth](#)

[Equilibrium](#)

[The optimal level of health](#)

[Une réforme différente du système de santé](#)

[Références et bibliographie](#)

Marc-Adéland Tremblay (1922 -), S.R.C.

*"Une perspective holistique dans l'étude de la santé /
A Holistic Approach in the Study of Health".*

Mémoires de la société royale du Canada, série 4, tome 21, 1983, pp. 3-19.
Allocution présidentielle. Ottawa : Société royale du Canada.

Introduction

[Retour à la table des matières](#)

L'idée de choisir la santé pour en faire l'objet de cette présentation m'est venue d'une double constatation. La première renvoie aux nouvelles représentations individuelles et collectives de la santé tandis que la seconde se rapporte aux récents développements théoriques dans l'univers des sciences humaines de la santé où la perspective holiste occupe, à mon sens, une place de choix ¹. Les sociétés technologiques et bureaucratiques dans lesquelles nous sommes des acteurs sociaux sont principalement gouvernées par des impératifs de rationalité, d'efficacité et de productivité. Dans ces genres de civilisation, le « vivre en santé » représente à la fois l'expression d'une ultime finalité et d'une valeur existentielle d'une importance primordiale qui acquiert

¹ Nous avons défini ailleurs, d'une façon plus substantielle, la perspective holiste ou systémique de la santé. Voir Tremblay 1983a et 1983b. Essentiellement, il s'agit d'une perspective globalisante qui cherche à intégrer dans une visée unique les perspectives théoriques de la biologie (anthropologie somatique), de la psychologie (le champ de la personnalité et des rapports nature-culture) et de l'ethnologie [les traditions et les patrons culturels).

de plus en plus de profondeur au fur et à mesure que se déploient des technologies qui sont à la fine pointe de la recherche expérimentale en bio-médecine et qui soutiennent une idéologie progressiste de la médecine ². Vous me rétorquerez, à juste titre d'ailleurs, que cette idéation est presque aussi ancienne que les premières civilisations humaines, Toutefois le contenu, les significations ainsi que les attentes associées à cette philosophie millénaire évoluent au rythme de l'avancement des connaissances scientifiques sur l'Homme et des savoirs généraux sur la très grande diversité des contextes socio-culturels dans lesquels les individus construisent la trame de leur existence.

Personne niera l'action déterminante des sciences expérimentales et naturelles sur l'évolution du savoir médical et des pratiques cliniques. L'influence des sciences humaines, par contre, est plus récente, moins connue et, certes, moins évidente. Pourtant depuis au moins un demi-siècle les sciences humaines s'intéressent à la santé-maladie ³ en tant que fait social et patron de culture et mettent de l'avant la proposition que les systèmes de santé de l'Occident doivent être réformés pour mieux tenir compte de la psychologie et des modes de vie des patients ⁴. La notion de « santé », comme l'a affirmé l'Organisation Mondiale de la Santé, ne peut plus se définir comme étant l'absence de maladie ⁵ ou comme étant la résultante de processus organiques et physiologiques « anormaux ». Le recours exclusif aux facteurs organiques pour expliquer le déclenchement du processus pathologique demeure insuffisant dans la mesure où celui-ci découle aussi de dynamismes qui ont une filiation aux divers états psychologiques de

² Voir Thomas 1978.

³ Nous concevons le concept « santé-maladie » non pas comme les versants d'une même réalité, mais plutôt comme les expressions d'une réalité variable qui acquiert différentes valeurs sur un continuum constitué de divers états de santé et de différents degrés de gravité de la maladie. Sur ce continuum la santé « optimale » représente le pôle positif et la mort, le pôle négatif.

⁴ Ne peut-on pas prétendre, comme l'a fait C. Lasch, que la « sensibilité politique » des années soixante en Amérique du Nord a été remplacée par une « sensibilité thérapeutique » accordant ainsi à la « santé » une position idéologique dominante ?

⁵ Une définition à caractère résiduaire qu'utilisa la médecine durant plusieurs décennies.

l'individu, aux différentes conditions environnementales ⁶ et à une kyrielle de facteurs socio-culturels ⁷. Qui plus est, la santé ou la maladie ne peut plus se concevoir comme étant un phénomène strictement individuel qui apparaît en dehors des réalités sociales plus vastes. La nature collective de ces phénomènes se traduit tout autant par le caractère épidémique de certaines maladies et par l'importance relative des conditions de vie dans la production d'états pathogènes que par la participation du public à la conception du système de santé et la collectivisation des besoins de santé. Certaines spécialités médicales émergentes tiennent justement compte de ces perspectives nouvelles sur la santé et la maladie. Nous pensons, en particulier, à la médecine so-

⁶ Nous adoptons la définition que les rédacteurs de *Médecine et société : les années 80* (Bozzini et al. 1981) ont utilisé pour définir l'environnement dans l'article de Thomas McKeown (note 1, page 173) : « L'ensemble des conditions naturelles et culturelles susceptibles d'agir sur les organismes vivants et les activités humaines ».

⁷ « Toutes les civilisations du monde ont développé des conceptions de la maladie, ont élaboré des systèmes de dispensation des soins et ont mandaté des spécialistes pour traiter les malades et les aider à restaurer les équilibres physiologiques, psychosomatiques et socio-culturels rompus. Conceptions de la maladie, élaboration des méthodes prophylactiques, apprentissage des guérisseurs, application des thérapeutiques constituent autant d'éléments du système de santé qui sont influencés par les visions du monde, les systèmes de pensée et les modes de vie » (Tremblay 1983b : 77). L'anthropologie culturelle a documenté, dans ses monographies, ces divers éléments du système de santé de plusieurs civilisations différentes. Ces études ont pris une telle importance durant le dernier quart de siècle et ce champ d'étude a acquis une telle spécificité qu'une nouvelle sous-discipline est apparue, l'anthropologie de la santé ou anthropologie médicale. Trois traditions ethnologiques sont à l'origine de cette sous-discipline : (a) les observations détaillées de l'ethnographie traditionnelle sur les « médecines primitives » et les maladies des peuples sans écriture (Clements 1932) ; (b) les nombreuses monographies transculturelles, dans le champ de la culture et de la personnalité, portant sur l'apprentissage et la transmission culturelle, des années trente (Hallowell 1934) et quarante (Mead 1949) ; et (c) les traditions naissantes des programmes internationaux de santé publique mis sur pied depuis la Seconde Guerre Mondiale par les grandes agences internationales publiques ou privées. Nos propres sociétés et leurs systèmes médicaux ont fait l'objet d'observations systématiques dans les perspectives des sciences humaines. Nous avons récemment, pour l'anthropologie, décrit l'historique de cette sous-discipline au Québec (Tremblay 1983c) et dressé un bilan critique de l'ensemble des études qui ont été effectuées au Québec.

cial et préventive, à la médecine familiale, à la psychiatrie sociale ou communautaire et à la gériatrie sociale. Quelques-unes de ces orientations nouvelles résultent de l'évolution des sciences bio-médicales (expérimentations sur l'infiniment petit à l'aide de méthodologies, de techniques et d'instruments novateurs), mais d'autres proviennent des résultats inattendus des sciences humaines de la santé. En dépit du fait que l'évolution de ces dernières disciplines ait été plutôt lente et ait suivi une trajectoire capricieuse, si on la compare à celle des sciences expérimentales, la variété des grilles d'analyse ⁸ ainsi que la richesse du corpus des connaissances sur « la réalité sociale » évoluent rapidement conférant ainsi aux notions de santé et de pathologie, aux phénomènes sanitaires et morbides des dimensions conceptuelles ⁹ complètement ignorées ou laissées dans l'ombre, étant donné le paradigme disciplinaire en cours en bio-médecine ¹⁰. Je me suis donné la tâche, peu facile et assez ambitieuse, il faut bien l'avouer, de révéler certaines de ces dimensions qui font l'objet de nombreuses publications dans nos disciplines dans des perspectives comparatives tant au niveau des conduites individuelles qu'à celui des cadres institutionnels ¹¹. Deux principaux paramètres nourriront mon propos tout le

⁸ Les principales grilles d'analyse en anthropologie de la santé découlent de schémas fonctionnels (T. Parsons et F. Steudler), écologiques (Armelagos 1978), épidémiologiques (Dunn 1968), systémiques (Pelletier 1980) ainsi que des paradigmes du matérialisme historique (Navarro 1978 ; Polack 1971 ; Waitzkin et Waterman 1974 ; ainsi que Zola 1977). L'émergence du paradigme sémiotique a suscité toute une série d'études sur le discours médical (les thérapeutes) et les représentations de la maladie (l'ensemble des soignés et des clients éventuels). Les conceptualisations qui particularisent chacune de ces perspectives théoriques sont multiples et les concepts généraux utilisés ici sont habituellement ceux qui recouvrent les différentes sous-variétés conceptuelles.

⁹ L'opérationnalisation des perspectives théoriques dans les sciences humaines s'effectue par le biais de l'analyse conceptuelle. Celle-ci prend un concept, le décompose dans ses principales dimensions et trouve pour chacune de celles-ci des indicateurs qui permettent d'observer directement la réalité.

¹⁰ Voir, en particulier, Engel 1977.

¹¹ La littérature des sciences humaines de la santé est abondante et des dizaines de revues scientifiques ont préparé, ces dernières années, des numéros spéciaux ayant pour thématique la santé. Nous nous bornerons, ici, à référer le lecteur intéressé à deux ouvrages récents (une revue et ou ouvrage collectif) qui examinent l'ensemble des rapports entre les sciences humaines, d'une part,

long de son déroulement. Ils serviront, en quelque sorte, de fil conducteur aux pré-requis nécessaires à une présentation schématique de la perspective systémique ¹², telle que celle-ci est utilisée dans l'étude de la santé-maladie. Ce sont les concepts de « système de santé » et de « production culturelle de la maladie ». Le système de santé est conçu comme étant un système social adaptatif élaboré dans le but de résoudre les phénomènes de morbidité ¹³. Dans le sens ethnologique du terme, la maladie est un fait de culture. En tant que tel, l'anthropologie culturelle et certaines autres disciplines sociales cherchent à déterminer l'importance relative des facteurs culturels dans l'apparition d'états pathogènes individuels comme collectifs.

Dans un premier temps, nous effectuerons une comparaison entre les composantes du modèle médical classique et celles du modèle médical moderne. Nous ferons ressortir, par après, les conséquences de ces perspectives sociales sur la santé-maladie tout en tenant compte de l'évolution des systèmes sociaux et des mentalités individuelles, principalement en Occident. Nous présenterons, en dernier, un modèle holiste de la santé à l'intérieur duquel les concepts d'adaptation, de croissance et d'équilibre sont utilisés pour intégrer dans une vue unifiante les niveaux biologique, psychologique et culturel de la personne humaine.

The biomedical model

[Retour à la table des matières](#)

What is exactly the conception of illness according to the biomedical model ? Medical thought, on the aetiology and therapy of illness, can be reproduced in a framework that we shall refer to as 'classic' (Roy 1975). Essentially, this paradigm can be represented by three main elements : (1) all illness corresponds to an identifiable lesion

et les sciences bio-médicales, de l'autre : McGracken 1979 ; Eisenberg et Kleinman 1981.

¹² Voir Bertalanffy 1968a et 1968b ; Dubos 1965 ; et Lazlo 1972.

¹³ Voir Foster et Anderson 1978, principalement le chapitre qui traite des systèmes médicaux en tant que systèmes sociaux adaptatifs aux pages 33-47.

(for example, ulcers, tumours, growths, inflammation, malformation, torsional stiffness, oedema, ecchymosis, embolism, thrombosis) ; (2) the causal process is intrinsic to the subject and exclusively of a biological or organic nature - one can identify three types of lesions corresponding to three diagnostic approaches : macroscopic lesions, microscopic lesions, and biochemical lesions (at the level of molecules and enzymes) ; and (3) treatment consists of eliminating the causal agent through types of intervention that correspond to the type of lesion : surgical intervention removes the diseased organ, whereas biomedical deficiencies are treated by medicines that correct metabolic shortcomings (in effect, the microbes are killed with antibiotics). In the final analysis, the concept of health is residual in the instance where there is an absence of illness. Moreover, the latter is essentially viewed as the result of biological processes. The biomedical model is reductive and simplified to the extent that it depends on an organic causality, lacking the impact of perceptions and emotions as well as the constraints and prescriptions of culture patterns.

*Contemporary medical thought
(modern model)*

[Retour à la table des matières](#)

In comparison, contemporary medical thought includes complex conceptions of illness and more varied paths of therapy. In other words, the modern medical model leans heavily on the social sciences of health where the conceptions of pathologies and therapies reflect more refined views of the processes involved. The contemporary model can be examined through the same three elements : (1) illness can be a global phenomenon, a non-localized disequilibrium, an existential modality ; (2) the causal process is diffuse, multifactorial, and socio-cultural - at the same time, it is endogenous and exogenous, interior (biological and psychological) and exterior (perceptual and motivational, influenced by culture patterns) ; and (3) the treatment involves both the modification of life conditions of the afflicted and the modification of the society in which an individual lives by eliminating a slum, modifying work conditions, reducing the number and intensity of conflicts, and transforming perspective. As a result, treatment can

only be and must be related to all dimensions of illness. The main task of the new medicine consists in re-establishing the 'existential equilibrium.'

*The impact of humanistic conceptions
of health and illness*

[Retour à la table des matières](#)

As we have seen, the modern ill-health model is influenced by the social sciences. Repercussions for health systems and medical practice are spectacular from many perspectives. Permit me to enumerate briefly some of these repercussions. First, they require a new conception of the health system, which would be translated into a system of services and relevant care facilities. They also require a new conception of professional practice where the sick (those being looked after) are at the heart of the therapeutic relationship that implies the humanization of care, where the sick are perceived and understood in terms of their identities and affiliations as well as their own beliefs regarding illness and therapy. This new understanding places medical technology in a subsidiary and supportive position, where it is no longer central. It also displaces technocratic structures from a position of centrality to a position of support and places the social and medical professions in a situation of interdependence rather than endowing the former with an exclusive status. Lastly, the repercussions of knowledge from the social sciences of health are decisive to the extent that they require the construction of a new philosophy of life that consists not only of avoiding illness but also of maintaining health of individuals and collectivities of individuals. This philosophy, to mention only a few of its fundamentals, is addressed to the health requirements of life such as adequate nutrition (Gariné 1979), physical exercise, work conditions where the health and security of workers are a priority, the use of free time for constructive ends. These are also pertinent to the organization of communities and social life inasmuch as they reduce stress (Selye 1975) and destabilization, and contribute to the conception of public institutions that are of service to men. Placed in a real world context, these normative principles acquire a preventive thrust

in that they incorporate a reduction of the risk of illness while favouring the full development of individuals.

*On the crisis of civilization
and the limits of the welfare state*

[Retour à la table des matières](#)

It cannot be denied that Western democracies are largely inspired by philosophical principles that advocate the socialization of risk and the collectivization of need, including those that relate to health. Until now the Welfare State has eliminated, at least in principle, the economic constraints of risk of illness by transferring the financial burden to the government. There is a hitch. The Welfare State can go no further and is forced to implement unpopular legislation that reduces the benefits to which citizens have become accustomed in the last two decades. In this phase of devolution, or at least this period of economic stability, the financial resources that are required are no longer available to service collective needs. What can be done ? Undoubtedly, this is a contemporary question! The usual solution is to find new financial resources, even if this leads to a considerable increase in the collective debt and heavily mortgages generations to come. A more difficult solution, although innovative in many ways, is to reduce our dependence on these financial resources through a reduction of our needs even if the present economic system has made us accustomed to the idea of progressive prosperity within which our needs are indefinitely expandable. This implies, of course, a philosophy of voluntary restrictions, better use of existing human resources, principally those for which there is no monetary compensation, such as charity and volunteer work. The monitoring of this solution presupposes an improved state of health for both the individual and the collectivity, this being defined in the widest possible manner.

Health in the perspective of the human sciences

[Retour à la table des matières](#)

How, then, do the human sciences define health ? A definition that incorporates the principal theoretical currents would look at health as a global phenomenon, that is one which incorporates a biology, a psychology, and a culture, three autonomous systems which are interdependent and which must function in an optimal state. This holistic approach, which takes into account all dimensions of human nature, relates to the kinds of relationships that the individual has with his natural environment (ecological ties) and with the social environment (the many forms of solidarity and consent). In these two contexts, the individual and the collectivity must find the set of material and human resources that are required by organic, social, and symbolic needs, to use Malinowski's concepts in his theory of culture (Malinowski 1944). This utilization of resources is not haphazard, nor does it follow the dictates of the random actions of individuals. It conforms to a philosophy that specifies the structures within which decisions are made and provides the options that are followed in a free consensual approach.

The competition of value systems in a society in transition

I am not a historian, but the revolutionary transformations that came about through existential philosophy in Western societies appear to me to be unique in human history. In particular, the last twenty years have represented for us a period of social reform. These changes are the consequence of new conceptions and, in particular, new social conceptions of the role of the state and its intervention in the everyday life of citizens. The result has been entirely new institutions, new elites, the development of new solidarities, and, in brief, new life-styles. The transformation of old traditions produces problems of redefinitions. These difficulties relate to the pluralism within value systems that introduces a competition between needs that must be satisfied and

even in the conventional approaches to these needs. We have seen the appearance in all domains, including that of health, of diverging philosophical conceptions : materialist, spiritual, humanist, existential, exotic, ecological, to mention the pre-eminent ones. All these philosophies, whether old or new, undertake to free the individual from harmful constraints of industrial and technological society so that he or she can be more adept in constructing a life-style that is more authentic, more fraternal, warmer, that is on a human scale that respects the mental ecology of man as understood by Gregory Bateson (1980).

Health as a philosophy

[Retour à la table des matières](#)

In effect, health has in itself become a new philosophy. It is the outcome not only of counter-cultures, but of new social segments that are more and more visible. Three elements constitute the armature of the collective representations of health viewed as a philosophy : longevity, pleasure, and happiness. Longevity stems from the desire to maintain health as long as possible and to live as long as possible in an active physical and mental state. As for happiness, this implies a state of well-being that corresponds to the fact that an individual has a positive self-image and that he appreciates the set of experiences that permit him to act and exist according to his sets of aspirations. As for pleasure, this refers to corporeal joy, that of the heart, the spirit, and the soul. This somewhat idyllic conception of life can be understood in the context of threats and risks of all sorts that are everywhere associated with modern life.

A systemic model of health

Even if a systemic model of health does not contain all the elements that would allow for the attainment of the ideals put forth by the new existential philosophies, each with its recipes and rituals, it leads to new understanding of health and, as a consequence, to conceiving new strategies for social intervention and to avoiding some of the traps to which I referred earlier. A systemic conceptual frame of

reference accounts for the development of scientific understanding in individuals and societies in a cross-cultural perspective. It excites new understanding of man, his body, his emotions, and his social roles. It also assimilates understanding of the limits of economic progress and technological revolution. There are three central concepts which will serve to articulate the three principal axes of the paradigm (the biological, the psychological, and the socio-cultural) : adaptation, growth, and equilibrium.

Before attempting to demonstrate that these fundamental notions are capable of incorporating the three basic dimensions of the concept of health, it is imperative to define health in its broadest perspective : 'It is the ability of an individual to function harmoniously, to develop continuously during a life span.' Within any particular society, a collectivity will prescribe general systems of adaptation, normative patterns of growth, and states of dynamic equilibrium. Through the filters of their life experiences and critical reflection, individuals, given their genetic baggage and biological constitution, achieve a certain degree of adaptation, growth, and equilibrium that corresponds to their state of health. Returning now to each of the terms of this definition, the holistic approach emerges more clearly.

The 'ability to function harmoniously' takes as a fact that the society in which individuals live has invented viable solutions to the problems of existence. These solutions are translated into institutions which, in assuring the survival of the collectivity, are also equipped to satisfy the health needs of the individual. In this sense, all health systems are the result of a social strategy of adaptation in order to ensure the maintenance of the group. The cultural traditions of each civilization in the world represent as many satisfactory responses in a wide variety of contexts, all of which ensure the stability of social institutions through models of behaviour that they provide to individuals. The healthy individuals are persons who, by their socialization and accumulation of experience, have succeeded in understanding the content and significance of each of these traditions. In this way they acquire particular competences for the fulfilment of their biological, relational, and symbolic needs. All of these are methods of adapting to the physical and social environment, while exercising caution with respect to social conventions. Individuals must satisfy their own ambi-

tions and aspirations during this process of acquiring technical competence, and, at the same time, they must respect the requirements of the group within which they live. They must also assume many functions which permit them to better fulfil individual and collective responsibilities. In this way, culture becomes for individuals a primordial instrument of adaptation and control of their environment. This action of man, within a given environment, is a dynamic one in the sense that the transformations of the environment will have repercussions in turn on the physical characteristics of members of society and on their behaviour.

'Harmonious functioning' is also related to organic aspects such as physical well-being, to psychological equilibrium, and to social integration. The two last concepts require special attention in order to spell out some of their most crucial dimensions. Psychological equilibrium can be defined as being 'the maintenance of the essential psychic condition,' as defined in the Leightonian frame of reference ¹⁴ (Leighton 1959). The individual in equilibrium feels well within his skin ; he exudes a sensation of general satisfaction in terms of relationships with self, and in interpersonal relationships within which he is engaged, and finally in terms of the conditions and experiences of life. Individual motivations provide direction to behaviour ; a set of needs is satisfied in an adequate manner and future plans become attainable given the level of individual competence and available resources in the environment.

'Social integration' is another positive notion that assists us in understanding and evaluating the state of individual health. This is because the individual is able to assume a set of relegated roles, while at the same time conforming to cultural norms and respecting the expectations of others. An individual is capable of integrating socially to the extent that the role models proposed for him carry with them shared definitions of acceptable behaviour. They become 'abnormal' when they stray away from these customary definitions. In those societies that have a unitary ideology, all social actors are inspired by the same

¹⁴ Consulter le développement théorique sur la condition psychique essentielle dans l'ouvrage classique *My Name Is Legion* établissant les fondements en vue d'une théorie de l'Homme dans ses rapports à la culture (pages 138-141).

role models and fulfil them in a prescribed manner. It is easy then to identify deviant behaviour, that which does not conform to prescriptions. In technological societies, such as our own, ideologies are pluralist and, consequentially, cultural prescriptions emerge from competitive normative systems. In these contexts, there are many 'normal' ways of behaving that are recognized by the normative system which operates in the reference group of the actor. In these types of societies, it is more difficult to disclose 'abnormality' or an inappropriate adaptation. Furthermore, deviant patterns demonstrate the ephemeral character of reality and its instability.

In the context of these considerations of role fulfilment in pluralist societies, it is hardly surprising that individuals experience difficulties in the choice of pertinent normative definitions, in the exteriorization of forms of behaviour that correspond to the expectations of societal members. The choices are not always rational and behaviour is not always the logical outcome of choices. Because individuals do not live in a hermetically sealed environment, they are called upon to resolve these ambiguities and reduce conflicts, thereby lowering the level of anxiety and avoiding rejection by society. The result is an expanded effort to permit individuals to maintain group status and to merit the confidence of group members. Individuals' needs to be loved and accepted are among the manifold social needs of the individual which can only be resolved with strategies that must be constantly restored and renewed. We must emphasize that the state of individual health is being constantly questioned by external phenomena, by life's experiences that continually modify the universe of perceptions and emotions, and by the development of personality.

'Continued growth' implies, as we just stated, a dynamic development of personality (Bock 1981). Essentially, this is an awareness on the part of individuals which translates itself into a positive image of self and knowledge of real possibilities. It is the capacity to examine one's own behaviour and to judge it in a critical manner. Moreover, it is also the ability to evaluate the behaviour of others. The individual must be capable of considerable subtlety to be able to question himself so that he may adapt to the situations within which he finds himself. His life-style, replete with liberal respect for others, reflects a larger autonomy and cultural expression.

The notion of 'life span' introduces a temporal aspect into the profile of an individual's existence, the continuity that the individual establishes within his various experiences by according them a common significance. The successive adaptation of individuals to successive chronological ages is also a phenomenon of dynamic adaptation. Finally, the individual has the ability to renew himself and to surpass earlier objectives. Through this function we can emphasize that socialization is an ongoing process that only ends with death in healthy individuals.

With this definition of health, we can now deal with the concepts of adaptation, growth, and equilibrium and demonstrate their integrating function in association with their respective biological, psychological, and cultural dimensions.

Adaptation

[Retour à la table des matières](#)

The concept of adaptation is as central to ethnology and ecology as it is to biocultural research on account of the unique way in which it links biological, psychological, and cultural contexts. Survival is one of the minimal conditions of adaptation of the human organism to its ecosystem. It is the satisfaction of a set of organic needs that leads to a good comprehension of the use of resources in the surrounding environment in a normal and regular functioning of all organs and biological systems. Psychological adaptation (Lévy-Leboyer 1980) relates to the state of consciousness of an individual, or individuals, and their capacity to deepen their critical abilities to understand and appreciate the nature of the relationships they have with others and to find within themselves and outside themselves the necessary ingredients for valued and worthwhile activities. This consciousness-raising leads both to a positive self-image and to a self-acceptance and realistic knowledge of the possibilities of putting forward ideas that reflect a wider maturity in the representation of others and in interpersonal relations. Socio-cultural adaptation can be understood as the ability of individuals both to assume responsibilities that correspond to their social

position and to integrate themselves in a wider collectivity in a manner that contributes to its objectives and favours its growth and development. The integration of members of a collectivity (Rivière 1972) Presupposes an understanding of the cultural constraints which result from frameworks of thought, emotion, and action and from adherence to a world-view and the fundamental values that support it.

Growth

[Retour à la table des matières](#)

The concept of growth is an important means of appreciating a given individual's style of life, the manner in which he evaluates his own experiences and those of others in the maintenance and development of his reference group (psychological and cultural identity), his manner of understanding reaction and the choices that these generate and of following on these choices. Through this concept it is possible to follow the path of his involvement more intelligently and to better understand the nature of his personal contribution to the advancement of the collectivity. Growth is an essential concept in a dynamic theory of personality in that it is tied to the universe of experience and to behavioural patterns (Bronfenbrenner 1979). The paradigm that underlies this conception of personality postulates that early childhood experiences are not the prime force determining personality development. This line of thinking contradicts Freudian psychoanalytic theory and sends us back to the phenomenology of daily life and to the weight of all aspects of experience in the processes of individual maturation, the search for autonomy, knowledge, abilities, freedom of decision, and originality of action.

The many phases of chronological aging constitute, in a child, a series of developmental stages that despite variation tend toward uniformity. The particular rhythms of growth in adults, even elements that nourish growth, follow distinct paths. This is because individuals are transformed as a result of the accumulation of experience and of learning that emerges from that experience, the changing of motivations as filtered by experience, as well by aspirations and actions. Growth is built upon these individual experiences and the meaning

they carry with them. Growth is not a uniquely individual process : it is still possible on account of group traditions that emerge and are transformed by innovation and other dynamics of change. This is what is referred to as social progress, which, as we know, often results from an opening on the outside that makes possible a linkage with universal social trends.

The healthy individual is arguably not fixed in his maturation, assuming that social evolution is not predetermined either, because he profits from all of his experiences that enrich the stock of knowledge and thereby learns to better understand and appreciate those with whom he enters into contact and to better identify goals to be sought. The notion of dynamic equilibrium refers precisely to these successive states that an individual goes through in the phases of growth and self-fulfilment.

Equilibrium

[Retour à la table des matières](#)

The notion of physical equilibrium signifies the absence of illness and pain or the presence of a general physical well-being (Ardell 1978) that permits individuals to mobilize their energy and to centre their efforts on the set of tasks that have been assigned to them and which come out of their responsibilities. It is then incumbent upon individuals to manage things in an efficient way. in the same manner, an individual who is not the focus of tensions and who does not suffer anxiety, or who is not the object of conflicts or the target of hostile expressions, using some of the elements that are conducive to psychological disequilibrium as examples, and who at the same time feels a physical wellbeing, demonstrates a feeling of self-satisfaction and psychic well-being. Cultural equilibrium is a more difficult concept to define in our pluralist society during a process of rapid social change. There are minimal and optimal conditions that must be met in order that social elements can participate in a collective effort and receive benefits proportional to their efforts, their needs, and their rights. Elements that establish the rules of intergroup relations and the mechanisms for stepping beyond the will and expectations of individuals

in a search for a common good include the sharing of resources, the pulling together of individual and collective wealth, adherence to strategies and forms of collaboration, and participation in the making of decisions that are tied to the life of the collectivity. These matters constitute the finality of a group, and it is with these factors in mind that people will choose a type of leadership, invent systems of government and administrative practice to legitimize state action.

The optimal level of health

[Retour à la table des matières](#)

The lines of development proposed here come out of a heuristic scheme wherein adaptation, growth, and equilibrium, at the individual or on the social level, do not occur without the individual or society encountering a number of obstacles and difficulties that act to slow their growth. These constraints may also lead to 'bad' choices with respect to objects and actions that would normally bring certain satisfactions. In this growth and transformation, the individual is capable of stability and renewal, of continuity and disruption, of advancement or decline. Processes of adaptation, growth, and equilibrium cannot be looked at during any particular moment of their expression because they are part of a trajectory that must be understood as a whole in relation to a number of criteria that can be used to gauge direction and quality. Within this model, there is no unilinear relation that presupposes precedence of one element over another. On the contrary, we can think of these as belonging to a circular universe within which they occupy positions that change from one moment to another. Our concern is with the interaction between these elements, their subsequent interrelationships and self-corrections which produce an optimal state of health.

Une réforme différente du système de santé

[Retour à la table des matières](#)

Dans quelle mesure les gouvernements sont-ils prêts à réformer à nouveau le système de santé, c'est-à-dire les établissements de dispensation des soins, les pratiques cliniques et les cadres de la réinsertion sociale des patients en étant plus soucieux cette fois de s'inspirer des acquis des sciences humaines sur les systèmes sociaux dont le système de santé est un des éléments, de ceux sur les pratiques professionnelles, dont les pratiques cliniques ne représentent qu'un aspect particulier et de ceux sur l'enculturation dont la re-socialisation et la réinsertion sociale du soigné dépendent ? Dans quelle mesure, également, les professionnels de la santé sont-ils disposés à accepter une division des tâches encore plus fine et la venue de nouveaux spécialistes « sociaux » - eux qu'on appelle dérisoirement les « lologues » - ne va pas justement créer des brouillages sémantiques dans le réseau des interactions complexes associées aux pratiques cliniques en milieu hospitalier ? Ne vont-ils pas aussi provoquer une autre escalade des coûts de la santé en ajoutant de nouvelles unités de production dans le processus thérapeutique défini d'une manière extensive ?

Voilà autant de questions tendancieuses dont les réponses sont évidentes. Les gouvernements d'ici sont étouffés par les coûts croissants de la santé. Ils cherchent à maximiser les rendements des unités de production des soins et à exercer un contrôle de plus en plus rigoureux sur les dépenses du régime de santé. On met en question l'accessibilité universelle et la gratuité des soins en certains milieux gouvernementaux ! Les spécialistes de la santé, pour leur part, appartiennent à des professions qui possèdent une longue tradition de contrôle hégémonique de la santé. Ils sont prêts à s'ouvrir aux connaissances nouvelles, à les approprier et à les intégrer dans leurs pratiques. Mais ils voient d'un mauvais œil l'admission de professions étrangères dans leur champ traditionnellement exclusif de compétence. Quant aux gestionnaires de la santé, ils affirment qu'ils sont dans l'obligation de gérer la décroissance économique et d'administrer avec des ressources finan-

cières insuffisantes. Ils n'entrevoient, certes, pas comment il leur serait possible d'élargir les équipes multidisciplinaires de santé déjà existantes. À l'occasion, ils se posent la question-tabou : « Disposons-nous vraiment des ressources nécessaires pour se payer une médecine de luxe ? »

Sans être nécessairement remise aux calendes grecques, une réforme du système de santé qui découlerait d'une perspective systémique n'est pas pour demain. Sans m'aventurer dans la prospective, nous risquerions intuitivement d'affirmer qu'il faudra probablement attendre un demi-siècle avant que sa nécessité soit reconnue et mise en pratique par les décideurs publics. On a longtemps reproché aux sciences humaines leur hermétisme théorique et leur dilettantisme ou encore leur manque d'intérêt à mettre en pratique leurs connaissances. C'est un reproche qui est aujourd'hui tombé en désuétude. Les phénomènes sanitaires et morbides nous apparaissent comme étant des types de faits sociaux qui se prêtent particulièrement bien à l'analyse comme à l'application. Les contributions des sciences humaines nous apparaissent comme étant particulièrement importantes, sous deux angles différents. L'avancement des connaissances interdisciplinaires sur la santé pourrait résulter d'une interaction mieux soutenue entre les sciences expérimentales, les sciences cliniques et les sciences humaines : voilà un premier point. De plus, nous croyons qu'une collaboration étroite entre ces disciplines pourrait donner lieu à des expérimentations sociales inédites, susceptibles d'humaniser le système de santé au moment où le mégaconcept de « virage technologique » est à bâtir de nouveaux rapports entre les humains et à inventer en quelque sorte une cité nouvelle.

Références et bibliographie

[Retour à la table des matières](#)

Ackerknecht, E. H. 1971. *Medicine and Ethnology : Selected Essays*. Baltimore : The Johns Hopkins Press.

Adler, N.E. et G.C. Stone. 1980. « Social Sciences Perspectives on the Health System ». Dans *Health Psychology : A Handbook*, éd. N.

E. Adler, F. Cohen et G. C. Stone. San Francisco : Jasssey-Bass Publishers.

Alland, A. Jr. 1966. « Medical Anthropology and the Study of Biological and Cultural Adaptation », *American Anthropologist*, 68.

Ardell, D.B. 1978. *High Level Wellness : An Alternative to Doctors, Drugs and Diseases*. Emmaus, PA : The Rodale Press.

Armelagos, G.J. et al. 1978. « The Ecological Perspective in Disease ». Dans *Health and the Human Condition*, éd. M. Logan et E. Hunt, 71-84. North Scituate : Dubury Press.

Bakal, D. 1979. *Psychology and Medicine : Psychobiological Dimensions of Health and Illness*. New York : Springer Publishing Company.

Balis, G.H. et al. 1978. *The Behavioral and Social Sciences and the Practice of Medicine*. Boston : Butterworth.

Barrett, F.A. 1980. *Canadian Studies in Medical Geography*. Geographical Monographs, no. 8.

Bateson, G. 1980. *Vers une écologie de l'esprit*. Paris : Seuil.

Benoist, J. 1981. « Sur la contribution des sciences humaines à l'explication médicale », *Anthropologie et Sociétés*, 5 (no. 2) : 5-15.

Berlinguer, G. 1981. « Life-Styles and Health : Alternative Patterns », *International Journal of Health Sciences*, 2 (no. 1) : 53-62.

Bertalanffy, Ludvig Von. 1968a. *General Systems Theory*. New York : Braziller.

- 1968b. « General Theory of Systems : Application to Psychology ». Dans *Les Sciences sociales : problèmes et orientations*, 309-319. Paris : Mouton/ UNESCO.

Bibeau, G. 1979. « De la maladie à la guérison : essai d'analyse systémique de la médecine des Angbandi au Zaïre ». Thèse de doctorat, Université Laval.

Bieliauskas, L.A. 1981. *Stress and Its Relationships to Health and Illness*. Boulder : West Books.

Bock, K. 1981. *Human Nature and History : A Response to Sociobiology*. New York : Columbia University Press.

Boltanski, L. 1981. « La Maladie en représentation », *Autrement*, no. 30 : 88-94.

Bozzini, L. et al. 1981. *Médecine et société : les années 80*. Montréal : Les Éditions Coopératives Saint-Martin.

Brenner, M. et al. (éds.). 1980. *Assessing the Contributions of the Social Sciences to Health*. Boulder : Westview Press.

Bronfenbrenner, U. 1979. *The Ecology of Human Development*. Cambridge : Harvard University Press.

Charles, E.D. et J.J. Kronenfeld (éds.). 1980. *Social and Economic Impact of Coronary Artery Disease*, Lexington, Mass. : Lexington Books.

Chauvenet, A. 1972. « Professions hospitalières et division du travail », *Sociologie du travail*, no. 2 : 145-163.

Chrisman, N. et T. W. Maretzki (éds.). 1981. *Clinically Applied Anthropology*. Boston : D. Reidel Publishing Company.

Clements, F.E. 1932. « Primitive Concepts of Disease ». *University of California Publication in American Archeology and Ethnology*, 32 (no. 2) : 185-252.

Coburn, D. et al. (éds.) 1979. *Health and Canadian Society : Sociological Perspectives*. Pickering, Ont. : Fitzhenry & Whiteside Limited.

Cooke, D. J. 1981. « Life Events and Syndromes of Depression in General Profession », *Social Psychiatry*, 16 (no. 4) : 181-186.

Corin, E. 1976. « Une Psychothérapie communautaire en milieu urbain », *Psychopathologie Africaine*, 12 (no. 3) : 349-390.

Cornillot, P. 1976. « The Ambiguity of the Health Concept in Industrialized Societies », *Health Services*, 9 : 4-17.

Dabrowski, R. 1978. *Les Maladies de civilisation*. Paris : Éditions du Rocher.

Davidson, P. et S. H. Davidson (éds.) 1979. *Behavioural Medicine : Changing Health Life-Styles*. New York : Brunner/Mazel.

Dekoninck, M. et al. 1981. *Essai sur la santé des femmes*. Québec : Conseil du Statut de la Femme.

Devereux, G. 1980. *Basic Problems of Ethnopsychiatry*. Chicago : University of Chicago Press.

D'Houtaud, A. 1977. « Ce que les gens attendent du médecin et de la médecine au sujet de leur santé », *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, 17 (no. 3) : 89-96.

Dohrenwend, B. et B. Dohrenwend. 1974. *Stressful Life Events*. New York : Wiley.

Dubos, R. 1965. *Man Adapting*. New Haven, Conn. : Yale University Press.

Dunn, F.L. 1968. « Epidemiological Factors : Health and Disease in HuntersGatherers ». Dans *Man the Hunter*, éd. R. B. Lee et I. DeVore. Chicago : Aldine Publishing Company.

Eisenberg, L. et A. Kleinman (éds). 1981. *The Relevance of Social Science for Medicine*. Boston : D. Reidel Publishing Company.

Engel, G.L. 1960. « A Unified Concept of Health and Disease », *Perspective in Biology and Medicine*, 3 : 459-485.

- 1977. « The Need for a New Medical Model : A Challenge for Bio-Medicine », *Science*, 196 (no. 4286) : 129-136.

Fabrega, H. Jr. 1977a. « Culture, Behavior and the Nervous System », *Annual Review of Anthropology*, 6 : 419-456.

- 1977b. « The Scope of Ethnomedical Science », *Culture, Medicine and Psychiatry*, I (no. 2) : 201-228.

Foster, G. et B.G. Anderson. 1978. *Medical Anthropology*. New York : John Wiley and Sons.

Friedson, E. 1970. *The Profession of Medicine : A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York : Dood-Mead.

Frisancho, R. A. 198 1. *Human Adaptation : A Functional Interpretation*. Ann Arbor, Mich. : University of Michigan Press.

Garine, I. 1979. « Culture et nutrition », *Communication*, no. 31 : 70-86.

Genest, S. 1978. « Introduction à l'ethnomédecine : essai de synthèse », *Anthropologie et Sociétés*, 2 (no. 3) : 5-28.

Godelier, M. 1974. « Anthropologie et biologie : vers une coopération nouvelle », *Revue Internationale des Sciences Sociales*, 26 (no. 4) : 666-690.

Guyot, J.-C. 1978. « Besoins de santé et phénomènes de socialisation ». Dans *Santé, Médecine et Sociologie*, 125-130. Paris : CNRS/INSERM.

Hallowell, A.I., 1934. « Culture and Mental Disorder », *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 29 : 1-9.

Hand, W. D. 1981. *Magical Medicine : The Folkloric Component of Medicine in the Folk Belief, Custom and Ritual of the Peoples of Europe and America*. Berkeley : University of California Press.

Henry, J. 1949. « Anthropology and Psychosomatics », *Psychosomatic Medicine*, 2 : 216-222.

Herzlich, C. (éd.). 1970. *Médecine, maladie, société*. Paris : Mouton.

Illich, I. 1975. *Némésis médicale : l'expropriation de la santé*. Paris : Seuil.

Jerome, N.W. et al. 1980. *Nutritional and Contemporary Approaches to Diet and Culture*. New York : Redgrave Publishing Company.

Joshi, P. et G.-R. de Grâce (éds.). 1983. *Conceptions contemporaines de la santé mentale*. Montréal : Décarie éditeur.

Kay, M. 1978. « Clinical Anthropology ». Dans *The Anthropology of Health*, éd. E.E. Bauwens, 3-11. Saint Louis : Mosby Company.

Kelman, S. 1976. « The Social Nature of the Definition Problem in Health », *International Journal of Health Services*, 5 (no. 4) : 625-642.

Kleinman, A. 1976. *Patients and Healers in the Context of Culture : An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley : University of California Press.

La Violette, P.E. (éd.). 1981. *Ludvig Von Bertalanfft*. Boulder : Westview Press.

Lazlo, E. 1972. *The Relevance of General Systems Theory*. New York : Braziller.

Leighton, A. H. 1959. *My Name Is Legion : Foundations for a Theory of Man in Relation to Culture*. New York : Basic Books, Inc.

Lévy-Leboyer, C. 1980. *Psychologie et environnement*. Paris : Presses Universitaires de France.

Loux, F. 1978. « Santé et maladie dans les représentations populaires françaises ». Dans *Santé, Médecine et Sociologie*, 311-315. Paris : CRNS/INSERM.

Malinowski, B. 1944. *A Scientific Theory of Culture and Other Essays*. Chapel Hill, N.C. : The University of North Carolina Press.

McGraken, R.D. (éd.). 1979. « The Future of Medical Anthropology ». Dans *Medical Anthropology : Cross-cultural Studies in Health and Illness*, vol. 3, no. 3. Pleasantville, N.Y. : Redgrave Pub. Co.

Mead, M. 1949. « Age Patterning in Personality Development ». Dans *Personal Character and Cultural Milieu*, éd. D.G. Haring. Syracuse : Syracuse University Press.

Mechanic, D. 1978. ((The Growth of Medical Technology and Bureaucracy : Implications for Medical Care ». Dans *Santé, Médecine et Sociologie*, 21-34. Paris : CNRS/.

INSERM

- 1979. *Future Issues in Health Care : Social Policy and the Rationing of Health Services*. New York : The Free Press.

Meting, Otto Von et L. Kasdan (éds.). 1970. *Anthropology and the Behavioral and Health Sciences*. Pittsburgh : University of Pittsburgh Press.

Mirkin, G. et M. Hoffman. 1981. *La Médecine sportive*. Montréal : Les Editions de l'Homme.

Morton, N.E. et C.S. Chung (éds). 1978. *Genetic Epidemiology*. New York : Academic Press.

Murdock, G.P. et al. 1978. « World Distribution of Theories of Illness », *Ethnology*, 18 (no.4) : 449-470.

Myers, J. 1981. « The Social Context of Occupational Disease : Asbestos and South Africa », *International Journal of Health Sciences*, 2 (no. 2) : 227-246.

Navarro, V. 1978. *Medicine under Capitalism*. New York : Prodist.

Pampalon, R. 1980. *Environnement et santé : éléments d'une problématique québécoise*. Québec : Ministère des Affaires Sociales.

Parsons, T. 1951. *The Social System*. Glencoe, Ill. : The Free Press.

Pelletier, K.R. 1980. *Mind as Healer, Mind as Slayer : A Holistic Approach to Preventing Stress Disorders*. New York : Delta Books.

Polack, J.C. 1971. *La Médecine du capital*. Paris : Maspéro.

Polgar, S. 1962. « Health and Human Behavior : Areas of Interest Common to the Social and Medical Sciences », *Current Anthropology*, 3 : 159-205.

Rivière, C. 1972. « Réflexions sur le concept d'intégration sociale en psychologie des peuples », *Ethnopsychologie*, 27 (no. 4) : 379-401.

Rodin, M. et al. 1978. « Systems Theory in Anthropology », *Current Anthropology*, 19 (no. 4) : 747-762.

Rodriguez-Sibaya, R. 1973. « Le nouveau modèle médical et ses implications », *Temps Moderne*, 321 : 1827-1842.

Roy, J.-Y. 1975. « Médecine, crise et définition », *Recherches Sociographiques*, 16 (no. 1) : 43-67.

Salloway, J.-C. 1982. *Introduction to Social Epidemiology*. Boulder : Westview Books.

Selye, H. 1975. *Le Stress de la vie : le problème de l'adaptation*. Paris : Gallimard.

Sontag, S. 1979. *La Maladie comme métaphore*. Paris : Seuil.

Steudler, F. 1977. « Crise des institutions et pouvoir médical », *Autrement*, 9 : 136-149.

Thomas, L. 1978. « La Médecine moderne est-elle dangereuse ? », *Dialogue*, 9 (no. 1).

Tremblay, M.-A. 1982. « La Santé en tant que représentation ». Dans *Imaginaire social et représentations collectives*, éd. F. Dumont et Y. Martin, 253-273. Québec : Presses de l'Université Laval.

- 1983a. « La Santé en tant que phénomène global ». Dans *Conceptions contemporaines de la santé mentale*, éd. P. Joshi et G.-R. de Grâce, 48-89. Montréal : Décarie.

- 1983b. « La Santé des Québécois : le discours d'un anthropologue ». Manuscrit.

- 1983c. « L'Anthropologie de la santé : une réponse aux innovations dans le système médical québécois », *Santé, Culture / Health*. Bulletin du Groupe Interuniversitaire de Recherche en Anthropologie Médicale et Ethnopsychiatrie (G.I.R.A.M.E.), no. 2 : 14-21.

Waitzkin, H. et B. Waterman. 1974. *The Exploitation of Illness in Capitalist Society*. Indianapolis : Bobbs-Merrill.

Zimmerman, M. 1980. *Foundations of Medical Anthropology, Anatomy, Physiology, Biochemistry, Pathology in Cultural Context*. New York : Holt, Rinehart and Winston.

Zola, I. K. 1977. « Healthism and Disabling Medicalization ». Dans *Disabling Professions*, éd. I. Illich et al., 41-67. London : Marion Boyars Publications Limited.

Fin du texte