

APO^RRIA

LA REVUE EN SCIENCES INFIRMIÈRES • THE NURSING JOURNAL

Sommaire/Content

Vol.2, Numéro 4/Vol.2, Issue 4

Éditorial/Editorial

6

ARTICLE 1

P OBYRNE & J WATTS
THEORY AND PRACTICE:
EXAMINING PHAC'S STI GUIDELINES USING
SEXUAL SCRIPT THEORY

19

ARTICLE 2

N VONARX
DE BRONISLAW MALINOWSKI À VIRGINIA
HENDERSON : RÉVÉLATION SUR L'ORIGINE
ANTHROPOLOGIQUE D'UN MODÈLE DE SOINS
INFIRMIERS

28

ARTICLE 3

P CLOOS
LA RACIALISATION, ENTRE POUVOIRS ET
SAVOIRS : UNE LECTURE POSTCOLONIALE
DE LA SANTÉ PUBLIQUE COMME PRATIQUE
DISCURSIVE

36

ARTICLE 4

J COLLIN & D HUGHES
HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET HABITUDES
DE VIE DANS LES JOURNAUX QUÉBÉCOIS :
DÉSOCIATION, RESPONSABILISATION INDI-
VIDUELLE ET RÉPROBATION MORALE

Qui ne reconnaissait pas, dans le modèle des quatorze besoins fondamentaux de Virginia Henderson, l'influence de la psychologie, de la théorie du développement d'Erikson et de la célèbre hiérarchisation des besoins proposée par le psychologue Abraham Maslow en 1943? L'article de Nicolas Vonarx suggère que cette pionnière et théoricienne des sciences infirmières a eu une autre source d'inspiration. Difficile de ne pas reconnaître, à partir de la démonstration de Vonarx, que le modèle d'Henderson n'ait pas été inspiré du travail d'un des pères fondateurs de l'anthropologie, Bronislaw Malinowski.

Est-ce un sacrilège que Virginia Henderson ait pu puiser généreusement à l'aune des savoirs anthropologiques pour développer son modèle qui visait deux grands objectifs : s'assurer que les infirmières offrent des soins optimaux aux personnes souffrantes et contribuer au développement d'une conception de la discipline infirmière. Le problème, ce n'est pas Virginia Henderson. Le problème relève de toutes ces personnes, en position d'autorité, qui tentent de faire adopter des modèles sans révéler leurs origines polyphoniques. Il est reconnu que le savoir infirmier emprunte au savoir médical, à la psychologie, aux savoirs issus de la santé publique et de l'écologie. Dans une moindre mesure, on reconnaît les apports importants des sciences sociales et tout particulièrement de l'anthropologie. Mais pourquoi cette frilosité?

Marie-Françoise Collière dont je partage, comme tant d'autres membres de la profession infirmière, certaines idées, croyait important que soient enseignés, par des infirmières, les grands préceptes de l'approche anthropologique. Loin d'elle était l'idée d'initier ces préceptes par l'imposition de modèles dont elle dénonçait les enseignements. Combien d'infirmières se sont tournées vers l'anthropologie pour mieux comprendre, pour développer leur art de soigner. Songeons à Madeleine Leininger, Marie-Françoise Collière, Françoise Loux et, plus près de nous, à Francine Saillant. Probablement, qu'à cette liste, nous pourrions ajouter aujourd'hui, Virginia Henderson.

Dans l'acte soignant, ce qui importe ce ne sont pas les intérêts corporatistes ou une quelconque appartenance à un courant épistémologique et paradigmatique. Ce qui importe c'est la personne qui souffre, cette personne qui espère et nécessite des soins engagés. Un engagement à comprendre au-delà des apparences, à saisir le sens profond de la souffrance afin de parvenir à soigner. Y-a-t-il une chimie, une physique, une biologie, une biochimie, une génétique particulière aux infirmières? Non et pourtant les infirmières incluent (emprunte!) dans leurs savoirs tous ces concepts émanant de sciences qui, pourtant, leur sont, en principe,

extérieures. Des savoirs périphériques pouvant également être reconnus pour leur position de force, pour ne pas dire dominante, dans l'univers des sciences. Et, à mes yeux, cela ne pose pas de problème. En fait, ce n'est pas tout à fait juste! Cela pose problème lorsque les milieux infirmiers se laissent totalement phagocyter par les dimensions biologiques et physiologiques, par un discours relevant davantage, du technicisme, de la médecine, de la pharmacologie et qui, du coup, ont peine à reconnaître les apports des sciences humaines et sociales dans le développement des savoirs infirmiers.

Le soin est un phénomène multidimensionnel. Il est complexe et nécessite l'élaboration d'un horizon épistémologique ouvert et inspiré. Il doit puiser à de multiples sources de savoirs et, bien sûr, en premier lieu, dans celui des soignantes elles-mêmes. L'œuvre de Virginia Henderson, comme celles de bien d'autres théoriciennes des soins infirmiers, révèle une attitude d'ouverture bien ancrée dans la pratique des personnes soignantes. Bref, ce qui, à mes yeux, caractérise nombre de théoriciennes infirmières qui sont enseignées, c'est leur ouverture sur la polyphonie des champs scientifiques sans oublier les savoirs expérimentiels des soignants et des personnes souffrantes. Cette ouverture doit être enseignée à celles et ceux que nous éduquons en sciences infirmières.

Après un passage, au collégial, en philosophie entrecoupée de militantisme, comme tant d'autres, je suis devenu infirmier, dans le but de m'inscrire dans une profession de soin. Une profession permettant d'aller vers nos semblables en situation de souffrance, ici ou ailleurs dans le monde. Au cours de ma carrière d'infirmier qui s'est tout spécialement déroulée en région éloignée, j'ai eu l'occasion de rencontrer des centaines d'infirmières qui partageaient ce type de valeurs. À mes yeux, celles qui innovaient le plus, se démarquaient par leurs initiatives et leurs engagements envers les personnes souffrantes, démontraient de l'ouverture et étaient profondément agacées par les discours identitaires épiscopaux. Ces personnes faisaient preuve d'ouverture et de curiosité pour nourrir leur passion de soigner. Et cette nourriture ils la trouvaient dans leur expérience comme dans celles des gens qu'ils soignaient ainsi que dans l'histoire, la sociologie, l'anthropologie, la philosophie, la politique, dans l'actualité et dans une littérature émanant d'infirmières partageant ces valeurs d'ouverture. Malheureusement, nombre de ces infirmières ont, au sein de la profession infirmière, ressenti de l'exclusion et plusieurs ont quitté les rangs.

Comment, ne pas penser aux apports de Francine Saillant qui ont concouru à une meilleure compréhension du soin et des pratiques qui l'entourent. Pendant de nombreuses

années, elle a participé, en collaboration avec des anthropologues, des infirmières de même qu'avec des historiennes, à la reconstitution des pratiques de santé et de soins. Pendant plusieurs années avec d'autres personnes, elle a mené des réflexions sur les rapports de l'anthropologie avec les soins et les soins infirmiers. Elle était tout particulièrement interpellée par le projet de construire des ponts disciplinaires entre sciences infirmières et anthropologie. À les construire et à convaincre les acteurs des deux rives à franchir ces ponts.

Du point de vue de cette chercheuse (point de vue que je partage) l'anthropologie pouvait contribuer à l'émancipation infirmière (et du soin) en participant, avec les sciences infirmières, à l'étude systématique et rigoureuse des actions de soins, ces actions qui apportent soutien et aide à la vie tout en évitant de les idéaliser ou de les réduire aux seuls soins professionnels. Tout comme Saillant, je défends l'idée de développer une interdisciplinarité ancrée dans les soins qui tient compte, dès le départ, de la perspective des soins et des soignantes. Ce qui importe c'est que les milieux scientifiques infirmiers assument leur rôle de leadership dans toutes les dimensions concernant le soin et qu'ils acceptent, du coup, le fait que le soin est d'abord et avant tout un phénomène social total interpellant une pluralité de disciplines. Le soin concentre en lui la totalité des dimensions du réel, chacune pouvant donner lieu à des travaux disciplinaires ou interdisciplinaires.

Anthropologie et sciences infirmières sont de filiation très proches. Elles ne sont, surtout pas, des sœurs ennemies. Toutes deux demandent d'être proches des personnes, de laisser venir à soi ce que l'on peut saisir et apprendre à partir des récits émanant des personnes qui souffrent. Toutes deux demandent de porter le regard au loin, de se distancer de ce que l'on sait à priori. Toutes deux demandent de découvrir le sens de la souffrance, de découvrir ce qui structure le récit de la souffrance, d'établir des liens entre le récit singulier et l'environnement dans lequel il prend racine. Toutes deux considèrent la personne comme étant la source première de la connaissance des souffrances expérimentées, vécues. Vraisemblablement, Virginia Henderson avait compris cela.

Bernard Roy
Professeur agrégé
Faculté des sciences infirmières
Université Laval
Québec, Canada



Abstract

Across Canada, the rates of many sexually transmitted infections (STI), including HIV, continue to fluctuate, with the numbers of new infections increasing within many subpopulations. This warrants an evaluation of the Public Health Agency of Canada's clinical guidelines for STI management. To accomplish this, Gagnon and Simon's work on sexual scripts has been used to explore the structure of current STI clinical practice. This theoretical analysis reveals some of the shortcomings of PHAC's guidelines, and identifies how they reduce patients to vectors of illness and disease.

Key Words assessment, HIV, nursing, sexual health, sexual script theory, sexually transmitted infections

Theory and Practice: Examining PHAC's STI Assessment Guidelines Using Sexual Script Theory

**PATRICK O'BYRNE
& JESSICA WATTS**

Introduction

In light of recent research which indicates that front-line, often nursing-based, sexually transmitted infection (STI) and HIV clinical practice rarely has any effect on STI/HIV transmission (for example, in Canada, the rates of many STIs/HIV have increased over the last several years, despite an increase in resource expenditure in this field), a thorough evaluation of the Public Health Agency of Canada's (PHAC) clinical guidelines for evaluating a patient's need for STI/HIV testing is warranted.[1-7] Problematically, the current state-of-affairs in STI/HIV management is that while PHAC's STI/

HIV assessment guidelines arise from rigorously undertaken research, discussions about the meaning and significance of these findings within the clinical domain rarely occur. To initiate a discussion of this topic, this paper will present the findings of an analysis of the PHAC's national guidelines for the clinical management of STIs/HIV[8] that employed Gagnon and Simon's[9,10] sexual script theory. An overview of this theory, what it reveals about the PHAC guidelines, and some clinical implications that arise from such an analysis are presented below.

A theoretical framework about human sexuality: sexual script theory

In contemporary society, most conceptualizations of human sexuality are based on biological (evolutionary) theories of species propagation and psychoanalytic ideations about desire and pleasure.[11-13] While these approaches are often accepted without critique, some authors have voiced their opposition. Simon and Gagnon,[9] as one example, describe sexuality as a learned behaviour that is embedded

in a complex set of social scripts which are specific to particular socio-political cultures and histories. Their analyses of sexuality suggest that, while “what we conventionally describe as sexual behaviour is rooted in biological capacities and processes, ...the sexual area may be precisely that realm wherein the superordinate position of the sociocultural over the biological level is most complete”. [9 p15] Here, Gagnon and Simon [9] clearly identify that one can deny neither the biological, nor the social aspects of human sexuality. Instead, sexuality should be understood as a scripted practice which arises as a result of numerous interactions between an array of sociocultural factors and biological conditions.

Other authors who share Gagnon and Simon's rejection of conventional biologically-based ideations about human sexual behaviour are Judith Butler and Erving Goffman. Indeed, similar to Gagnon and Simons' dramatic metaphor is Butler's work on performativity and Goffman's ideas about the performance of self in everyday life. In both of these cases, of which the latter preceded Gagnon and Simon's work, these two authors argue that human behaviour is a performed activity, a script to be followed one could say. What is important about Goffman and Butler's work in this context is that it clearly articulates how performativity should be interpreted: it does not signify that behaviour is always consciously intentionally acted, but rather, that sexual behaviours are not innate or natural. [14,15] They are not expressions of underlying biological predispositions, that is. Performativity and the performative nature of human behaviour, as Butler and Goffman conceptualize it, thus suggests that human behaviour is learned and executed within specific contexts. It is also within these contexts that this behaviour is interpreted and understood. For Butler specifically, this means that gender cannot be thought of as a role that portrays an inner self; it is an act which portrays the social falseness of the psychological interior that is publicly regulated in social situations. [14] Gender cannot be real or fake from this perspective. This aligns with both Goffman's work and Gagnon and Simon's ideas, wherein, first, the individual's identity is constructed based on the context and, second, roles are exchanged depending on the social situation. [15] Where Gagnon and Simon's work excels in relation to these other two authors, however, is in their clear and simple use of the dramatic metaphor.

The dramatic metaphor

Gagnon and Simon [16] use a dramatic metaphor to explain the complexity of human sexual activities (performance), and their work in this situation outlines a clear structure

for understanding the social nature of sexual behaviour. To explain further, Gagnon and Simon construct a metaphor, which gives script theory its name, and it comprises the following components – Act (the activity), Scene (the context of the activity), Actor (the one who performed the act), Performance (how it was done), and Motivation (why it was done). It also seeks to emphasize that sexual encounters are multilayered performances that include the actual sexual practices undertaken, the people and places involved, and the reasons for which the performance was enacted. The purpose of this metaphor is to provide an easily understood framework for discussing human sexuality. As an example of this process, the act could be oral, anal, or vaginal sex; the scene could be a swinger party, circuit part, or a quiet room; the actors could be a male-female, male-male, female-female, trans-trans couple, or any other combination thereof; the performance might include which individuals performed which sexual roles; and motivation would encompass the purpose of the sexual encounter – pleasure, conception, rule breaking, fantasy, etc. As can be seen in this example, Gagnon and Simons' [165] dramatic metaphor can be satisfactorily used to guide in-depth analyses of human sexuality in ways that align with Butler and Goffman's ideas that behaviour is performative.

What are sexual scripts?

What is particularly beneficial about Gagnon and Simon's work (particularly in comparison to other writings that conceptualize human behaviour as performative, such as, Butler, Goffman, and Foucault), is that Gagnon and Simon [9] use sexual scripts to explain in a very practical manner why some situations culminate in sexual activity, while others do not. This, Gagnon and Simon argue is the case because sexual scripts “are involved in learning the meaning of internal states, organizing the sequences of specifically sexual acts, decoding novel situations, setting the limits on sexual responses and linking meanings from non-sexual aspects of life to specifically sexual experience”. [9 p17] In other words, sexual scripts are cognitive schemata that individuals (who can be considered actors) use to organize and give meaning to a variety of otherwise ambiguous situations. These scripts thus determine whether social interactions (performances, that is) have the potential to yield sexual outcomes.

The term script is thus appropriate because, for a situation to become (or be perceived as) sexual, a series of sequenced events must occur in the proper order (the script), in the correct place (the stage), and involve the appropriate people (the actors). In fact, the environment in which a social

interaction takes place often influences if it will become a sexual encounter – for example, the interpretation of mouth-to-mouth, or mouth-to-skin contact will vary depending on whether it occurs in sexualized environments (e.g., bathhouses, swingers clubs, circuit parties), or in non-sexualized, settings. Thus, for Gagnon and Simon, place is an important attribute in any sexual encounter because individuals must ascribe a sexual nature to a milieu for it to play a role in culminating a sexual situation.

Moreover, when at least two people encounter one another in a place that they evaluate as an acceptable sexual locale, a requisite series of preceding factors (a designated set of indicators) must occur, and be recognized, to produce a communal interpretation that a given event has the potential to become sexual. Furthermore, the actors involved must interpret these signals both as sexual and desirable: that is, in a given situation, everyone's interpretation must correspond – all must perceive the situation as sexual and each actor must be able and willing to properly continue the sequence (the script) to ensure a sexual outcome. If this script is not followed, Gagnon and Simon[9] propose that the likelihood of a consensual sexual interaction greatly diminishes.

For the above reasons, Gagnon[17] argues that sexual conduct is a product of context and internal negotiation, rather than an instinctive drive as interpreted by Freudian tradition. That is, sexual script theory maintains that sexuality is internally negotiated, and based on social norms; it is a force that is partially under individual control and regulation, and partially the outcome of social dictates. For example, while sexual contact is internally negotiated before it is undertaken (excluding situations of sexual assault), beliefs about what constitutes normal sex are based on social values and assumptions. It is the social construction of a subjective reality, Foucault might argue.[18,19] This signals that people do not become sexually active without thinking about it, internally negotiating the act, and applying the correct script within the pre-established parameters and context of their culture and history. This category of thinking, however, should not be interpreted as a rational, cognitive process. Instead, this process is a visceral level analysis that evaluates if social dictates correspond with personal feelings about a given sexual practice, an assessment made within the individual's own mind, wherein s/he acts as a fantasist by taking cultural norms and modifying them to form new ways of looking at cultural scenarios and interactions.[17] Thus this aspect of Gagnon and Simon's[16,20] work explains much of the individually based variation that occurs in relation to prevailing socio-cultural sexual norms.

The underlying principles of sex script theory

With the foregoing understanding in hand, we will now review the fundamentals of sexual script theory. The theoretical assumptions are as follows:

1. Sexuality is not a constant or universal phenomenon that is independent of culture and historical period. Instead, it is expressed differently depending on the era and culture in which it occurs. Therefore, the social and cultural aspects that surround sexuality are not simply responses to biological and developmental sexual imperatives; they are the outcomes and outputs of culturally based ideations of normality, acceptability, and humanity.[17]

2. The meaning associated with sexual conduct differs across cultures and historical periods. Despite the fact that there are often only a limited number of sexual practices being undertaken, the meanings associated with these activities vary greatly. As a result, cross-cultural comparisons must always be approached with caution.[17] One cannot assume that just because the sexual practices of a culture are similar to those within another culture, the meanings embedded within these sexual practices are identical. Thus, one must be cautious when either comparing or contrasting the sexual practices of different cultures and different time periods – particularly if the goal is to establish or determine which factors differ or remain constant between different groups.

3. Science, including its techniques of data collection and paradigms of inquiry, is a product of the culture and historical period in which it exists. Therefore, it is impossible for science to be completely objective.[17] In relation to human sexuality, scientific inquiry is a mechanism, which often does little more than replicate already established ideations about human sexuality. In other words, science simply identifies different aspects of sexual scripts, while remaining a component of these scripts, and without challenging their basic assumptions.

4. Individuals learn how to be sexual, including the movements that define sexual expression, within the confines, rules, and regulations of a specific culture. Every aspect of one's sexuality, from arousal to pleasure to climax, is, therefore, a learned process.[21,22]

5. In most societies, both sexual and gender conduct, are, to some degree, linked. The result is that men and women may express their sexualities differently – including associating different experiences and emotions with sexual conduct. However, these differences are often referred to as biological in origin – Sigmund Freud. Gagnon[17] cautions

that examining gender differences as “natural differences” in relation to sexual conduct is erroneous.[17] Gender and sexuality are both learned social practices, and as such, cannot be understood without an appreciation of the culture within which they occur.[23,24]

Levels of sexual scripts

Building on the above assumptions, Gagnon and Simon [16,20] argue that there are three components to sexual scripts (cultural, interpersonal, and intrapsychic), and that it is the interaction of these levels that creates specific sexual encounters in different circumstances.

The cultural level

The cultural component of sexual script theory comprises highly abstract, group level sexual norms. Here, scripts are elementary “instruction manuals” that provide rough guidelines for what constitutes appropriate sexual behaviour within groups.[9] Sexual scripts are thus impersonal, and do not describe the actions or beliefs of any specific individual.[9,10] Instead, cultural level scripts outline the general properties of different groups’ sexual standards, such as, what constitutes generally acceptable dating practices, or more specifically, who may penetrate which orifices when and how. The outcome of these sexual scripts is that cultures can be identified based on them[25] and such identification helps the members of these groups to interpret the actions and practices of the people whom they consider as group members.

However, the cultural level aspects of sexual scripts are not formally codified. Rather, cultural sexual scripts are often transmitted orally from person-to-person during conversations with intimates. Therefore, an outsider might experience difficulty in identifying the sexual scripts of a given culture because they are usually not publicly discussed. Nevertheless, over the last few decades, key pieces of research have been developed, which overview the cultural norms of diverse sexual groups; for example, Humphreys’[26] exploration of the Tearoom Trade, or Holmes’ and colleagues[27-30] investigations of gay men who attend bathhouses.

The interpersonal level

At the interpersonal level, Gagnon and Simon[16,20] posit that abstract cultural rules affect person-to-person dealings as a result of self-observation. These authors propose that individuals ensure that they behave according to the dictates of their cultural sex scripts by scrutinizing their own

behaviour, and observing and evaluating themselves in the same way that they watch and appraise others. It is an active “I” examination of the passive “me”, which occurs at the level of social interaction. Goffman[31] wrote *The Presentation of Self in Everyday Life*, describing how individuals self-monitor their behaviour to ensure that it corresponds with what they feel is context appropriate. From a Foucauldian[18,19] perspective, this is the ethics of self that occurs within an overarching cultural environment.

Regardless of specific theoretical perspective, however, it is safe to say that in a dyadic interaction there are two evaluators scrutinizing the behaviour of each other, with each using that which they deem appropriate sexual behaviour as the benchmark for evaluating both themselves and the other. This signifies that people often allow their conduct to be determined by the expectations of their social group, and will modify their behaviour if they feel that their sexual practices are dissimilar to the sexual conduct and sexual expectations of other group members.[16,20] For example, if an individual perceives that the majority (or an influential minority) of his/her social group engages in a specific form of sexual activity (e.g., unprotected oral sex), in many cases this individual will become more likely to engage in the same type of sexual practices to ensure compliance with group normative behaviour.[9,10,32]

The intrapsychic level

While Gagnon and Simon[16,20] argue that individuals structure their behaviour according to cultural norms, they do not suggest that people are unable to act autonomously. Instead, they suggest that, despite the influence of social norms, people remain capable of intrapsychically evaluating potential actions before engaging in them. Thus, when people evaluate cultural mores, they produce individualized sexual scripts that closely, but not exactly, resemble cultural sexual norms. As part of this interaction between individual thoughts and overarching cultural norms, each person performs the roles of audience, critic, and reviser of cultural scenarios; thus, individuals internalize cultural level sex scripts, analyze them according to personal beliefs and perceptions, and then change these scripts to make them congruent with personal beliefs.[17] This third level is often non-existent in other theories. Gagnon and Simon recognize the importance of the individual, and consequently include it within their sexual script theory.

The outcome of this inclusion is that Gagnon and Simon insist that individuals simultaneously act out sexual scripts according to social standards and modify them in relation

to their personal values. This can occur both before and after an actual sexual encounter. For example, individuals may idealize a sexual experience when reflecting back on it, transforming it into a romantic, steamy, or well-executed experience. Unfortunate aspects of this experience, such as pain, clumsiness, alcohol consumption, or personal deviations from cultural norms may be deleted from memory and idealized feelings of closeness and love, raw sexuality and pleasure, or personal skill and sexual proficiency may be all that remain. This continual editing process explains how, despite the existence of cultural norms, individuals have varying preferences for, and perceptions of, sexual contact.

Another aspect of sexual scripts at the intrapsychic level is their wide range of completion – from brief memories or fragments of desires to well ordered and completely outlined plans. In fact, the closer an individual moves towards putting a script into action, the more complete the script becomes. Thus, the most complete scripts are those that individuals intend/desire to enact; time and energy has already been invested in their conceptualization. When individuals engage in this precise mental scripting process, they perform what Gagnon and Simon[16,20] call the role of playwright. As part of this, individuals interpret their cultural-level scripts based on their personal ideologies, produce pre-scripted ideas about how they would like specific sexual encounters to unfold, and attempt to perform their sexual activities in accordance with their personally-modified, culturally-based scripts.[16,20] It is important to remember, however, that the actual execution of these scripts is always modified by interpersonal interaction.

Interaction of the three levels of script

While, so far, the three levels of sexual script theory have been presented as discrete, they are actually intricately intertwined. Through the interpersonal and intrapsychic levels of scripting, individuals form narratives that compose conduct into a series of events. If these events occur on a regular basis, individuals become better able to recognize them, and draw on the appropriate script when they occur. Theoretically, this means that the more experience one has, the more one should be able to navigate sexual scripts successfully and skilfully. Furthermore, from cultural level scripting, the individual acquires a set of narratives, which establish the degrees of appropriateness of given sexual practices. If the cultural values change, then the set of instructions for conduct also change, including the instructions for good and bad sexual conduct. It is important to remember that from the social constructivist perspective within which this theoretical

approach is situated, all social behaviour, including sexual practices, is created. Consequently, sexuality is more than merely individual behaviour; it is a reflection of culture.[17]

Evaluating the PHAC guidelines using sexual script theory

As part of a sexual health assessment, health care professionals typically ask their patients a series of questions. As directed by the PHAC STI/HIV assessment guidelines,[8] these questions can be grouped into six main categories: relationship status, sexual risk behaviour, STI history, reproductive health history, substance use history, and psychosocial history. In this section, sexual script theory will be used to examine the first three of these assessment categories: relationship status, sexual risk behaviour, and STI history.

Category 1: relationship status

In the first category of the PHAC[8] guidelines, clinicians are instructed to collect information about the status of their patients' relationship(s). This includes questions about regular sexual partners, the duration of this/these relationship(s), and if any concerns exist regarding this/these relationship(s) (e.g., violence, concurrent partnerships, etc.). The assumption underpinning these questions seems to be that individuals who are in stable, long-term relationships are less likely to acquire either an STI or HIV.

However, regardless of the real-life association between these behavioural factors and actual STI/HIV acquisition outcomes, when these questions are examined in greater detail, and are approached from the perspective of sexual script theory, a few major problems arise. Most significantly, this occurs because the PHAC[8] guidelines fail to acknowledge that an individual's interpretation of what constitutes normal and acceptable sexual activity, and thus what amounts to a relationship, is dependant on an individual's cultural and historical context. Sexual script theory informs us that clinicians must be aware (although the PHAC provides no guidance on this matter) that the term relationship should not be indiscriminately employed without prior clarification of what it means to the individual patient because the predictive factors for STI/HIV acquisition are dependent on the complexities which are inherent in asking questions and gathering information about this term.

Gorbach and Holmes[33,34] emphasize this point based on research, which has shown that, depending on an individual's (intrapsychic) interpretation of culturally defined relationship norms, his/her likelihood for STI/HIV acquisition varies

within the same categories of regular/casual and long/short-term relationships. This variance occurs because different social groups have (1) varying cultural norms about condom use with regular versus non-regular partners, (2) assorted group level acceptability about having sex with non-regular partners while in a long-term relationship, (3) diverse social standards regarding women's power to negotiate safer sex with regular versus non-regular partners, and (4) differing personal beliefs about the nature and meaning of one's personal relationship(s). To explain this last point further: research in STI clinics has found a great deal of discordance between how different partners in the same relationships describe their relationship status; for example, while one partner may feel that the relationship is monogamous and stable, the other may have described it as casual.[35] The outcome is that, when these factors fluctuate, the information that is gathered about a patient's relationship status may be of little use to STI/HIV clinicians if it does not address the cultural level sexual scripts which inform a given patient's interpretation of what constitutes a relationship and what occurs within its confines.

Of concern here is that the PHAC[8] guidelines seem to assume that being in a stable, long-term relationship is beneficial from an STI/HIV perspective, which is true if neither of the two partners has any previous infections, and if neither is having sex with others during the period of their relationship. Unfortunately, this assumption overlooks the research which suggests that cultural norms for many women foster false beliefs about their male partners' proclivity/opportunities for engaging in sexual relations with other partners, and thus renders them considerably more likely to acquire an STI/HIV.[36] Other research also indicates that the cultural norms in open relationships among some gay men, wherein specific rules for protected or non-penetrative sex exist for non-regular partners, actually enhance the likelihood of STI/HIV acquisition because only a few individuals within these relationships seem to consistently maintain the rules of safer sex with non-regular partners.[37,38] In these cases, stable relationships permit sex with others, but not always in the way that each partner assumes.

Moreover, the first category in the PHAC guidelines also instructs clinicians to ask their patients if they have any concerns about their relationship(s), including violence, abuse, or coercion. While this is an area of great importance (because the patient may be in a situation of violence that has never been addressed), the PHAC guidelines fail to take into consideration the cultural implications of this question. Here, a distinction must be made between what constitutes

violence and what amounts to abuse. For example, in the context of sadomasochism, what might be considered violent or abusing by some may be considered pleasurable by others. It is also important to remember that, within most societies, gender and sexuality are linked to some degree, and that this results in men and women learning to equate different emotions and experiences with differing aspects of human sexuality. This process can ultimately lead to some women normalizing certain associations that, from the perspective of other cultures, may seem horrific; female genital mutilation is one such example.

Therefore, Gagnon and Simon's[9] sexual script theory reveals that if clinicians inquire about their patients' relationships, but do so without any theoretical understanding of how this social construct can vary based on culture, time, age, and so forth, they may accidentally ignore the cultural and historical implications imbedded in the term relationship. In doing so, a clinician might also fail to acquire a sophisticated and nuanced understanding of the complex interactions between a patient's relationship status (how ever s/he defines it) and his/her probability of acquiring an STI or HIV.

Category 2: sexual risk behaviour

In the second category of the PHAC guidelines, clinicians are instructed to collect information regarding their patients' sexual behaviour. This includes questions about: (1) the number of different sexual partners, (2) sexual preference/orientation, (3) sexual activities undertaken, and (4) personal risk evaluation. As in the previous section, these questions provide a fairly comprehensive assessment of the individual's sexual practices, but still fail to incorporate any information that goes beyond the individual (intrapsychic) level. These guidelines are thus incomplete because they do not adequately guide clinicians regarding what to ask in order to undertake counselling. While one might argue that being aware, for example, that the patient engages in unprotected anal sex with a number of different sexual partners is all that the clinician needs to know to construct effective counselling, research has indicated that this is not always the case.[39]

To explain further: when clinicians counsel their patients to avoid certain sexual practices for STI/HIV reasons, but do so without exploring the meaning and significance of these sexual acts for their patients, they may be providing advice that is incompatible with their patients' perceptions of sexuality. Counselling that is based on the clinician's opinion, rather than on the beliefs of the patient, will probably accomplish very little. A study by Holmes and Warner[40] supports this hypothesis. These two authors undertook an in-depth

qualitative investigation of *bareback sex*, and uncovered that, for some men, the practice of unprotected anal sex is not only about enhanced sensation during penetration, but is also about the sensations of “desire, transgression, and pleasure” that are associated with the exchange of semen.[40 p10] Thus, if clinicians counsel patients such as these about methods to diminish STI/HIV transmission by advocating for increased condom use, they will be promoting a harm reduction strategy that fails to acknowledge the erotic aspects of their patients’ sexual experiences, and therefore will likely be ignored.

This not only emphasizes that clinicians who work in sexual health must be aware of the socio-sexual cultural norms of their patients if they wish to provide meaningful counselling to their patients, but also indicates the need for further research addressing the socio-sexual norms of diverse groups because understanding each patient’s sexual scripts would indicate why individuals behave the way they do, and would help to form the basis for person-specific sexual health counselling.[16,20] In the field of STI/HIV care, such an approach could yield beneficial results.

As previously stated in the description of sexual script theory, across cultures and time periods, there is little difference in the motions of sexual activity, but the meaning associated with them varies greatly. Therefore, although questions about specific sexual health practices will succeed in identifying which type(s) of intercourse were undertaken, and may enable clinicians to recommend a matching STI/HIV testing method, this does not take into account the meaning of this activity for the individual, and therefore, misses a key point in a complete health assessment: knowing the meaning of a given sexual practice for the individual is an important part of an assessment because it enables clinicians to choose more specific/appropriate counselling. For example, in the case of barebacking, it might be more useful for clinicians to suggest an increased use of lubricant to decrease the possibility of epithelial tearing rather than to recommend condoms. Anal foreplay or the sexual practice of *sketing*[41] might also prove to be relevant counselling options.

Although discovering why individuals engage in the sexual practices that they do is clearly not the goal of the PHAC guidelines, perhaps this is a shortcoming regarding their effectiveness. Specifically, the PHAC guidelines may not be adequately directing STI/HIV clinical practice because they focus almost exclusively on reducing patients to a matrix of risk factors; this reduces complex human beings to metaphorical “petri dishes”, each with varying degrees of probability for becoming the host of an array of sexually

transmissible pathogens. This process (at least as it is presented in the PHAC STI/HIV guidelines), seems to occur without any appreciation of how the information can be used to structure individual counselling. Indeed, another section of this manual recommends counselling patients to always use condoms; the manual reads: “if practicing anal intercourse, always use a condom and extra lubrication, and avoid use of spermicidal condoms”.[8 p17] Harm reduction based counselling is alluded to, but seems to be based on clinician-directed strategies, not on those which might be feasible for, and desirable to, patients.

Consequently, questions that aim to address only the “who”, “what”, “where”, and “when” of sexual behaviour lend themselves to quantitative answers, but ignore qualitative explanations. One may understand a patient’s need for protective barriers, but will not have any understanding of why this protection is, or is not used. The use of sexual script theory as a theoretical guide for this assessment process could, however, yield details about why a given patient had sexual relations without a condom with an individual who was not their regular partner. In this way, the clinician who is performing the interview might acquire more knowledge about how s/he might best intervene to decrease the likelihood of his/her patient acquiring an STI or HIV because, by asking these questions, clinicians can better understand their patients’ motivations, expectations, and desires. Such a recommendation could be implemented by having clinicians ask questions about the cultural, interpersonal, and intrapsychic aspects of their patients’ sexual scripts, and then applying research that investigates specific sexual sub-cultures in their practice. However, in saying this, it is important to recognize that the added benefits that could arise from additional sexual history-taking must be balanced against the potential harm of patients feeling stigmatized by this line of questioning. This is an area in need of further exploration.

Other problems also arise when the content of the PHAC assessment guidelines are examined in more detail. For example, the PHAC assessment question about sexual orientation is problematic, most notably, because it is exclusively quantitative in nature, and completely ignores the premise of Gagnon and Simon’s[9] sexual script theory that human sexuality is dependant on both culture and time. By restricting sexual orientation to the options of men, women, or both, this question normalizes a contemporary social idea that these choices constitute a mutually exclusive and exhaustive list of possibilities, and assumes that these options are immutable manifestations which arise from

nature. Because this approach disregards the idea that human biology exists as anything other than the two distinct poles of male and female, it overlooks the possibility that patients have had sex with transgender, transsexual, and/or intersex individuals. It also disregards the fact that patients may be transgender, transsexual, or intersex themselves. Thus, the PHAC guidelines enforce a specific and restricted cultural conceptualization of sexuality – i.e., that the human body can be only one of two phenotypes. Here, the PHAC guidelines serve, not only as an assessment tool, but also as a method by which dominant cultural conceptualizations of sex, gender, and sexuality may be imposed on individual patients whose socio-sexual identity may be different.

Another question of concern in the PHAC guidelines deals with the ways in which patients meet their sexual partners. This is useful in situating a patient within given sexual networks (which may have higher or lower incidence/prevalence levels of specific STIs/HIV), but nonetheless fails to account for the socio-sexual cultural norms of these networks. Sexual script theory postulates that sexual behaviour is the result of cultural norms that individuals internalize and compare with interpersonal norms at the intrapsychic level. However, when the PHAC guidelines advise assessing the locations for meeting, arranging, and having sex that a patient chooses, they base these recommendations on epidemiological indicators (e.g., group and locale specific incidence and prevalence rates for STIs/HIV), and exclude any understanding of why people use some environments and not others to coordinate their sexual activities. By reducing places of sexual contact to little more than a criterion on a risk assessment matrix, clinicians are left without any in-depth knowledge that could be used to permit patients to engage in the sexual practices they desire in the milieu they desire, while minimizing their likelihood of STI/HIV acquisition/transmission. Sexual script theory highlights the importance of understanding such cultural norms and intrapsychic interpretations about sexuality, and as such, identifies a potentially major shortcoming of the current PHAC STI/HIV assessment guidelines: it is focused too precisely on specific behaviours to the absolute exclusion of any understanding about the cultural and personal significance of these practices.

The next question in this category of personal risk evaluation concerns the use of condoms and the factors that influence an individual to use, or not use protection. Culture can play a huge role in influencing the use of protective barriers: for example, while some cultures forbid condom use for religious reasons (e.g., strict Roman Catholics), others forego condoms based on beliefs that these objects constitute signs

of distrust.[42] It is important to note that the question of “what influences your choice to use protection or not?”, as scripted by the PHAC guidelines, seems to be the first time that this publication manifests cultural sensitivity. By allowing individuals to identify why they choose to use, or not use, protection, the clinician is better situated to select interventions that are appropriate for their patients. For example, at the intrapsychic level, they might explore their patients’ perceptions and beliefs about condoms and other protective measures, or provide educational material on the benefits of protective barriers in an effort to change the patient’s opinion about this subject.

However, clinicians must be careful when promoting condom use at the individual level because the use of protective barriers during sex typically occurs in dyads, and has to be negotiated between sexual partners[43] – a practice that sexual script theory identifies as occurring on an interpersonal level.[9] As such, an important question might be whether patients feel comfortable broaching the topic of condom (and other barrier) use with their partner(s). If not, methods by which discussions about protection could be initiated – an ideal topic for counselling. This stresses the idea that the PHAC recommendation that condoms are beneficial is not sufficient for real-life condom use, particularly if such intrapsychic interpretations conflict with the patients’ cultural norms, or if individuals are unable to enforce their intrapsychic beliefs during an interpersonal interaction.

As the final question within this section of the PHAC guidelines, clinicians are instructed to ask their patients to identify what they feel is their own personal risk quotient for STI/HIV acquisition – ranging from no risk to high risk. While it can be argued that the outcome of this question could generate meaningful information for counselling, the PHAC guidelines fail to acknowledge that patients’ intrapsychic interpretations will influence their perceptions of relative risk. Undoubtedly, this intrapsychic assessment will involve a personalized interpretation of how mainstream scientific discourses and cultural norms intersect regarding STI/HIV information. Clinicians must then evaluate how accurate they feel that their patients’ assessment is, based on the information that the patient has already supplied.[8] Problematically, this exercise can easily become an examination of one sexual culture’s beliefs by another (and perhaps more dominant) culture. For example, even if a patient’s sexual behaviours are considered high risk by a clinician, the patient may rate him/herself as low risk due to the perceived cultural norms and the relative activities of his peers.

Here, the PHAC guidelines attempt to objectify risk, and in

doing so, strip this concept of its highly subjective content and inject it with political influence.[44-6] An assessment of a patient's perception of risk is thus transformed from being a personal evaluation into an examination of self that determines if a patient's behaviour corresponds with hegemonic ideals about sexual expression.[30] From the perspective of clinical sexual health practice, wherein the therapeutic relationship is of the utmost importance in ensuring (1) that patients do not feel stigmatized, (2) that they feel comfortable asking potentially embarrassing questions, and (3) that they openly express a variety of intimate and personal information, this top-down appraisal of a patients' behaviour may not facilitate the overall goal of clinical sexual health practice: to reduce both the individual and the population level negative sequelae associated with STIs and HIV.[47,48]

Category 3: STI history

The third and final category of the PHAC STI/HIV assessment guidelines to be discussed here instructs clinicians to (a) gather information about their patients' previous STI screening practices, including past STI/HIV diagnosis, (b) evaluate if patients have had any sexual contacts of concern, and (c) determine if patients are experiencing any STI/HIV-related symptoms. The purpose of these questions is multipart: previous diagnosis with an STI renders one more likely to acquire a second STI within the near future; sexual contact with a partner who is known to have an STI/HIV considerably increases one's probability of infection, and the existence of STI/HIV-related symptoms can impel empiric treatment.[49,50] Based on this, these questions seem both simple and highly relevant.

However, sexual script theory identifies that the PHAC guidelines fail to recognize that human sexuality is the culmination of many cultural and interpersonal aspects – there is absolutely no recognition of the cultural aspects of human sexuality in this section of the assessment guidelines. This could lead to problems because in some cultures STIs and HIV/AIDS are considered so deeply shameful that they are kept secret.[51-53] Consequently, questions about STI/HIV history might, on one hand, exacerbate the feelings of shame and/or guilt that reduce STI/HIV health-seeking, and on the other hand, yield clinically useless (invalid) information. Such is the case when a patient with a history of gonorrhoea fails to disclose this information because of cultural perceptions of uncleanness or shame as a result of having had this diagnosis.

Cultural awareness about the nature and meaning of specific sexual practices should also inform clinicians regarding their

techniques of data collection. As Goffman[31] revealed, many individuals will present themselves in the social arena in ways that seem to fit the situation, or which appear to be desirable, regardless of the accuracy of this presentation – this phenomenon has more recently been described as the result of a social desirability bias. Thus a cultural awareness of how individuals perceive questions about their sexual histories may lead to a modification of the methods that clinicians use to gather this information. For example, if face-to-face interactions produce information of little validity then, perhaps, written or computer based questionnaires could be employed. In some situations, such approaches have already demonstrated their usefulness in gathering more accurate information.[54-56]

The structure of the PHAC questions gives the illusion that simple questions induce simple answers; an STI history, however, is anything but straightforward.[47] Many individuals do not know the signs and symptoms of STIs, and are, therefore, unable to report them with any degree of accuracy.[47] Further research has suggested that poor recognition of STI manifestations is context dependent. It seems to be dependent on a cultural sexual script regarding sexual education wherein cultural norms prohibit such knowledge.[57,58] For example, some studies have found that women from certain sub-Saharan African cultures are less knowledgeable about STIs and HIV, and are often unable to correctly identify personal symptoms.[59] Here, sexual script theory would help to inform clinical practice: while STI-like signs and symptoms (whether past or present) are strong indicators that an individual is infected with an STI, cultural norms (not necessarily patient recall) ultimately influence the nature and accuracy of the answers to questions about them. As pointed out above, the members of cultures which do not endorse sexual health education are less likely to be cognizant of STI symptoms.

The outcome of the foregoing is that the PHAC guidelines ignore how an individual's sexual practices, his/her willingness to discuss such information, and his/her ability to recognize signs of infection are all highly dependent on culture. This signifies that the findings of a sexual history assessment may not be accurate or representative. Sexual script theory emphasizes the importance of a multi-part analysis of the cultural, interpersonal, and intrapsychic aspects of human sexuality. Failure to do so results in clinicians gathering information without any understanding of the context (both globally and specifically) from which this information arises, thus undermining its usefulness because without such understanding, any assessment remains incomplete.

Clinical implications

The above analysis reveals that while the PHAC guidelines (particularly related to relationship status, risk behaviour, and STI history) may be used to gather useful information about specific patients, these questions nevertheless ignore the significant influence that culture and dyadic (interpersonal) relations exert over human sexuality. Stated another way, the PHAC guidelines examine the act, the scene, the actor(s), and the performance – four of the five parts of Gagnon and Simon's[9] dramatic metaphor – however, the motivation (purpose, significance, and meaning) of specific sexual practices is not explored. The PHAC does not make any recommendations for exploring why patients have sex the way they do, why they have sex or meet sexual partners in the places they do, or why they have sex with the people they do. It is important to remember that a sexual health clinical interaction is not just about evaluating if an infection has already been acquired, but is also about (1) preventing future infections and (2) decreasing transmission by patients who are infected by incurable STIs or HIV.[47]

However, the foregoing problems with the PHAC STI/HIV assessment guidelines do not indicate that such assessments should not be undertaken. One might conclude, instead, that it could be beneficial if sexual health interviews were enhanced with other questions that explore the meaning and significance of different sexual practices for each patient. For example, clinicians might explore if patients have any questions or concerns about their sexuality (e.g., erectile dysfunction with condoms that results in decreased condom use), and could then advise these patients about how to indulge in their desires in ways that mitigate the likelihood of encountering or experiencing what the patients identify as unwanted/undesirable outcomes (e.g., STI/HIV acquisition, drug overdose, sexual assault, etc.). This constitutes an ideal opportunity for clinicians to use their expert knowledge about physiology, infectious disease and its transmission, pharmacology, and health care and prevention technologies to optimise their patients' health. Such an approach should be considered as quite distinct from the approach of instructing all patients to always use condoms.

The above discussion also suggests that questions regarding a patient's relationship status should not be eliminated; rather, they should be changed. Clinical assessments about relationships are often problematic because they are based on only one individual's account of the situation. This can present difficulties if they fail to acknowledge that each person's specific meaning and definition of the term,

relationship, varies based on his/her cultural, interpersonal, and intrapsychic evaluations of sexual scripts. As such, because the PHAC guidelines fail to consider the cultural aspects of human sexuality, clinicians who follow these guidelines could inadvertently damage the therapeutic relationship that is needed in order to gather highly sensitive information about patients' sexual practices. In fact, clinicians may unknowingly disregard concerns that their patients' feel are legitimate, while conversely, patients' may overlook their clinicians counselling because they feel that the concern that the clinician is addressing is not actually a problem. In these cases, the lack of direction in the PHAC guidelines about the need to appreciate the cultural level of human sexuality could severely weaken the effectiveness of these guidelines during a clinical interaction.

As a caveat, however, the discussion presented above does not suggest that clinicians should absolutely forego any form of assessment of their patient's sexual behaviour; to do so would be to overlook the information that guides much clinical work. However, if clinicians ignore the significant impact of interpersonal and cultural level influences on sexual behaviour, they will miss important aspects that greatly impact on human sexual behaviour. In order to avoid alienating their patients, clinicians must be sensitive to their real-life situations: they must be able to comprehend how the harm reduction strategies that they suggest may, or may not, be feasible. Some patients, particularly women, may be powerless to suggest condom use due to the prevailing cultural norms that structure their social interactions. As such, clinical guidance that is unrealistic on an interpersonal level is ultimately useless information. Fears of ostracism, violence, or exclusion may overpower intrapsychic beliefs about the health benefits of using condoms. In other words, clinicians must move beyond their own intrapsychic interpretations of their personal sexual scripts when they are engaging in sexual health practice.

Conclusion

According to Gagnon and Simon,[9] science is a product of the culture and time period in which it exists and, therefore, cannot be completely objective. When this idea is extended to the 2006 PHAC guidelines, it means that it is impossible for them to be completely objective. Instead, they are a product of the health care culture in which they were created, and are thus a component of that sexual script. When using the PHAC[8] guidelines to assess sexual behaviours in individuals, it quickly becomes apparent that the individual is reduced to his or her potential for acquiring and transmitting

STIs and HIV. The guidelines do not acknowledge individuals in the context of their socio-political cultures and history. The sexual scripts of individuals[9] are mostly ignored in favour of questions that encourage quantitative answers instead of qualitative knowledge. Clearly, the PHAC[8] guidelines do not form a comprehensive STI/HIV assessment because, unfortunately, a failure to incorporate the cultural and interpersonal aspects of human sexual interactions will result in a very shallow sexual health assessment for any individual patient. In light of Gagnon and Simon's sexual script theory, it is evident that additions to the PHAC guidelines must be made so that clinicians can ascertain more comprehensive pictures of their patients. In this way, realistic clinical advice that is more easily and willingly followed by our clients could be developed.

References

1. PHAC (Public Health Agency of Canada). Reported cases of notifiable STI from January 1 to June 30, 2008 and January 1 to June 30, 2009 and corresponding annual rates for the years 2008 and 2009 [document on the internet]. 2010 [cited February 12th, 2010]. Available from <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stdcases-casmts/cases-cas-09-eng.php>.
2. PHAC (Public Health Agency of Canada). HIV and AIDS in Canada: Surveillance Report to December 31, 2008 [document on the internet]. 2009. [cited February 1st, 2010]. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index-eng.php#surveillance>.
3. Aral SV, Lipshutz JA, Douglas JM. Introduction. In: Aral AO, Douglas JM, Lipshutz JA, editors. Behavioural Interventions for Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases. New York: Springer, 2007; ix-xix.
4. Lawrence JS, Fortenberry JD. Behavioural interventions for STDs: theoretical models and intervention methods. In: Aral SO et al., editors. Behavioural Interventions for Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases. New York: Springer Science, 2007;23-59.
5. Leviton LC. Integrating psychology and public health: challenges and opportunities. *American Psychologist* 1996; 51:42-51.
6. Manhard L, Holmes KK. Randomized controlled trials of individual-level, population-level, and multilevel interventions for preventing sexually transmitted infections: what has worked? *Journal of Infectious Diseases* 2005; 191:S7-24.
7. Nation M, Crusto C, Wandersman A, et al. What works in prevention: principles of effective prevention programs. *American Psychologists* 2003; 56:449-56.
8. PHAC (Public Health Agency of Canada). Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections, 2006 Ed. Ottawa: Queen's Printer; 2006.
9. Gagnon JH, Simon W. Sexual conduct: The social sources of human sexuality. Chicago: Aldine, 1973.
10. Gagnon JH, Simon W. Sexual conduct: The social sources of human sexuality. 2nd ed. Chicago: Aldine, 2005.
11. Langdridge D, Barker M, editors. Situating Sadosochism. In: Safe, Sane, and Consensual: Contemporary Perspectives on Sadosochism. Basingstoke: Palgrave Macmillian, 2007; 3-9.
12. Kleinplatz PJ, Moser C. Is SM Pathological? In: Langdridge D, Barker M, editors. Safe, Sane, and Consensual: Contemporary Perspectives on Sadosochism. Basingstoke: Palgrave Macmillian, 2007; 55-62.
13. MacKendrick, K. Counterpleasures. New York: State University of New York Press, Albany; 1999.
14. Butler J. Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity. New York: Routledge, 1999.
15. Goffman E. The presentation of self in everyday life: Selections. In: Newman DM, O'Brien JA, editors. Sociology: Exploring the Architecture of Everyday Life. Thousand Oaks: Pine Forge Press, 2008; 120-8.
16. Simon W, Gagnon JH. A sexual scripts approach. In: Geer JH, O'Donohue, editors. Theories of human sexuality. New York: Plenum, 1987; 363-83.
17. Gagnon JH. An interpretation of desire: Essays in the study of sexuality. Chicago: University of Chicago Press, 2004.
18. Foucault M. The Use of Pleasure: The History of Sexuality. Vol 2. New York: Vintage, 1985.
19. Foucault M. The Care of the Self: The History of Sexuality. Vol 3. New York: Vintage, 1986.
20. Simon W, Gagnon JH. Sexual scripts: Permanence and change. *Archives of sexual behavior* 1986; 13:97-120.
21. Gagnon JH. Scripts and the coordination of sexual conduct. In: Cole JK, Dienstbier R, editors. Proceedings of the Nebraska symposium on motivation. Lincoln: University of Nebraska Press 1974; 27-59.
22. Gagnon JH. Human sexualities. Glenview (IL): Scott Foresman; 1977.

23. Rubin G. The traffic in women. In: Reiter RR, editor. *Toward an anthropology of women*. New York: Monthly Review; 1975.
24. Rubin G. *Thinking sex*. In: Vance C, editor. *Pleasure and danger*. London: Routledge: Kegan Paul; 1984.
25. Sisson K. The cultural formation of S/M: history and analysis. *Lesbian & Gay Psychology Review* 2005;6(3):147-62.
26. Humphreys L. *Tearoom Trade: Impersonal Sex in Public Places*. New Jersey: Transaction, 1970.
27. Holmes D, Gastaldo D, O'Byrne P, Lombardo A. Bareback Sex: A Conflation of Risk and Masculinity. *International Journal of Men's Health* 2008; 7(2):171-91.
28. Holmes D, O'Byrne P, Gastaldo D. Setting the Space for Sex: Architecture, Desire and Health Issues in Gay Bathhouses. *International Journal of Nursing Studies* 2007; 44:273-84.
29. Holmes D, O'Byrne P, Gastaldo D. Raw Pleasure as Limit Experience: A Foucauldian Analysis of Unsafe Anal Sex between Men. *Social Theory & Health* 2006; 4:319-33.
30. Holmes D, O'Byrne P. The Art of Public Health Nursing: Using Confession Technè in the Sexual Health Domain. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 56(4):1-8.
31. Goffman E. *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Anchor Books, 1959.
32. Fehr E. Third-party punishment and social norms. *Evolution and Human Behaviour* 2004; 25:63-87.
33. Gorbach PM, Holmes KK. Sexual partnership effects on STIs/HIV transmission. In: Holmes KK et al., editors. *Sexually Transmitted Diseases*. New York: McGraw Hill, 2008;127-36.
34. Gorbach PM, Drumright LN, Holmes KK. Discord, discordance and concurrency: comparing individual and partnership-level analyses of new partnerships of young adults at risk of STIs. *Sexually Transmitted Diseases* 2005; 31(1):7-12.
35. Elish NJ, Celentano D, Zenilman JM. Reliability of partner reports of sexual history in a heterosexual population at a sexually transmitted diseases clinic. *Sexually Transmitted Diseases* 1996; 23:528-42.
36. Gupta GR. How men's power over women fuels the HIV epidemic. *British Medical Journal* 2002; 324:183-4.
37. Guzman R, Colfax G, Wheeler S, et al. Negotiated safety relationship and sexual behaviour among a diverse sample of HIV-negative men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2005; 38(1):82-6.
38. Elford JBG, MacGuire M, Sherr L. Gay men, risk and relationships *AIDS* 2001; 15(8):1053-5.
39. Sharpe PA, Brandt HM, McCree DH. Knowledge and beliefs about abnormal Pap test results and HPV among women with high-risk HPV: results from in-depth interviews. *Women & Health* 2005; 42:107-33.
40. Holmes D, Warner D. The anatomy of a forbidden desire: men, penetration and semen exchange. *Nursing Inquiry* 2005; 12:10-20.
41. O'Byrne P. Eroticizing the abject: Understanding the role of skeeting in sexual practices. In: Holmes D, Rudge T, editors. *Abjectly Boundless*. London: Ashgate Press, 2010; 81-99.
42. Marston C, King E. Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *The Lancet* 2006; 368(9547):1581-6.
43. McCree DH, Eke A, Williams SP. Dyadic, Small group, and community-level behavioural interventions for STD/HIV prevention. In: Aral SO et al., eds. *Behavioural Interventions for Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases*. New York: Springer Science, 2007;105-24.
44. O'Byrne P, Holmes D. The Microfascism of the Social Contract: Reframing our Understanding Public Health STI Control. *Surveillance Society* 2009; 7(1):1-13.
45. O'Byrne P. The Dissection of Risk: A Conceptual Analysis. *Nursing Inquiry* 2008; 15(1):30-9.
46. O'Byrne P, Holmes D. The Micro-Fascism of Plato's Good Citizen: Producing (Dis)order through the Construction of Risk. *Nursing Philosophy* 2007; 8:93-100.
47. Kurth AE, Speilberg F. Individual-level risk assessment for sexually transmitted infections, including HIV. In: Holmes KK et al., editors. *Sexually Transmitted Diseases*. New York: McGraw Hill, 2008; 877-901.
48. Bird J, Cohen-Cole SA. The three-function model of the medical interview: an education device. *Advances in Psychosomatic Medicine* 1990; 20:65-88.
49. Garnett GP. The transmission dynamics of sexually transmitted infections. In: Holmes KK et al., editors. *Sexually Transmitted Diseases*. New York: McGraw Hill, 2008; 27-39.
50. Morris M, Goodreau S, Moody J. Sexual networks, concurrency, and STD/HIV. In: Holmes KK et al., editors.

Sexually Transmitted Diseases. New York: McGraw Hill, 2008; 109-25.

51.Ndulo J, Fixelid E, Tishelman C, Krantz I. "Shopping" for sexually transmitted disease treatment: focus group discussions among lay persons in rural and urban Zambia. Sexually Transmitted Diseases 2000; 27(9):496-503.

52.Scoular A, Duncan B, Hart G. "That sort of place ... where filthy men go": a qualitative study of women's perceptions of genitourinary medicine services. Sexually Transmitted Infection 2001; 77:340-43.

53.Fortenberry JD, Dennis J, McFarlane M, et al. Relationship of stigma and shame to gonorrhoea and HIV screening. American Journal of Public Health 2002; 92(3):378-81.

54.Hasley S. A comparison of computer-based and personal interviews for the gynaecological history update. Obstetrics and Gynecology 1995; 85:494-8.

55.Kurth AE, Martin D, Golden M, et al. A comparison between audio computer-assisted self-interviews and clinician interviews for obtaining the sexual history. Sexually Transmitted Diseases 2004; 31(12):719-26.

56.Ghanem KG, Hutton HE, Zenilman JM, Zimba R, Erbeling EJ. Audio computer assisted self interview and fact to face interview modes in assessing response bias among STD clinic patients. Sexually Transmitted Infections 2005; 81(5):421-5.

57.Voeten H, O'Hara H, Kusimba J, et al. Gender differences in health care-seeking behaviour for sexually transmitted diseases. Sexually Transmitted Diseases 2004; 31(5):265-72.

58.Go CF, Quan VM, Chung A, Zenilman J, Hanh VTM, Celentano D. Gender gaps, gender traps: sexual identity and vulnerability to sexually transmitted diseases among women in Vietnam. Social Science & Medicine 2002;55(3):467-81.

59.Hawken MP, Melis R, Ngombo D, et al. Opportunity for prevention of HIV and sexually transmitted infections in Kenyan youth: results of a population-based survey. Journal of AIDS 2002;31:529-35.

Contact Information for Author:

Patrick O'Byrne, RN, Ph.D.

Assistant Professor

University of Ottawa

Faculty of Health Sciences

School of Nursing

451 Smyth Road

Ottawa, Ontario, K1H 8M5

Canada

Email: pjobyrne@uottawa.ca

Jessica Watts, RN, B.Sc.N.

Master's Student and Research Assistant

University of Ottawa

Faculty of Health Sciences

School of Nursing

Résumé

Le modèle des quatorze besoins fondamentaux de Virginia Henderson est sûrement le plus populaire des modèles de soins chez les infirmières d'ici et d'ailleurs. Par contre, son origine et les grandes inspirations d'Henderson dans l'élaboration de son modèle sont mal connues. Ce texte lève en quelque sorte le voile à ce sujet en montrant que ce modèle trouve sa source en anthropologie et qu'il entretient de très fortes correspondances avec les éléments clefs retrouvés dans les travaux de l'anthropologue Malinowski. En retraçant et en revenant sur ces correspondances, voire sur les emprunts qu'aurait faits Henderson des travaux de Malinowski, nous trouvons dans ce texte une bonne occasion de souligner la part des savoirs empruntés, et notamment des savoirs anthropo-sociologiques, au sein de la discipline infirmière.

Mots clés anthropologie, Bronislaw Malinowski, modèle de soins infirmiers, Virginia Henderson

De Bronislaw Malinowski à Virginia Henderson: révélation sur l'origine anthropologique d'un modèle de soins infirmiers

NICOLAS VONARX

Introduction

Quand il s'agit de considérer une réalité sociale, historique, humaine, matérielle et symbolique pour définir des gestes à poser et le rôle à jouer comme infirmière, il est difficile d'ignorer un ensemble de disciplines qui nous éclairent sur cette réalité. La convocation de plusieurs d'entre elles sur le terrain des sciences infirmières semble incontournable. En ayant commencé à porter un grand intérêt vers la personne et à réfléchir sur cette notion à partir des années 1960 [1], en embrassant progressivement l'idée de la complexité du réel, se méfiant de la réduction pour se soucier de la

globalité des phénomènes liés à la santé,[2] les sciences infirmières n'ont vraisemblablement pas eu (et n'ont pas) d'autres choix que de s'inventer dans une correspondance avec d'autres espaces de savoirs. Ce pourrait même être une des particularités des sciences infirmières que de se présenter comme un carrefour disciplinaire où règne une intelligence de la composition, de la rencontre et de l'échange, où l'on chemine du simple (à l'aide de données médicales et épidémiologiques notamment) au complexe (à l'aide des sciences humaines), connaît plusieurs langages, mobilise plusieurs méthodologies, tout en étant orienté vers l'action et en délimitant la réalité par les quatre balises que sont la santé, la personne, l'environnement et le soin.

La manière dont certaines théoriciennes en sciences infirmières se sont nourries de disciplines en sciences humaines en proposant des modèles ou des théories élaborés témoigne très bien de cette intelligence, de cette correspondance et de la fécondité des emprunts et des inspirations. Il n'y a donc pas lieu de s'en cacher et de ne pas rappeler comment sont tissés des cadres théoriques qui

servent à des praticiens pour soigner, pour lire les réalités de santé, et qui guident les chercheurs dans l'élaboration de connaissances utiles à la pratique et à la discipline. À ce titre, et pour citer quelques exemples, nous pouvons rappeler en lisant « La pensée infirmière » [2] que Peplau s'est abreuvée aux sources de la psychologie pour présenter sa manière d'articuler le soin, la santé, l'environnement et la personne, que Rogers a composé avec des apports disciplinaires pluriels, que la théorie de Parse s'arrime à des approches philosophiques comme la phénoménologie et que le modèle théorique de Leininger est fondé sur une lecture anthropologique des organisations humaines.

Parmi ces ancrages et ces inspirations dont certaines sont plus évidentes et plus explicites que d'autres, il nous semble important de revenir sur celles que peuvent avoir l'anthropologie ou des anthropologues au sein des sciences infirmières. Sur ce point, il est accepté depuis les années 1950 que des approches, des méthodes et des recherches en anthropologie sont utiles en sciences infirmières. Leininger l'a rappelé plus formellement dans ses travaux qui relèvent de sa thèse de doctorat [3]. Ici, elle situe notamment ces contributions en tenant compte d'un pluralisme culturel aux États-Unis. Elle distingue sept grandes contributions desquelles on peut retenir la méthode de l'observation-participante chère aux anthropologues, la connaissance des processus de socialisation et des modes d'adaptation à des environnements pour comprendre l'adoption des comportements relatifs à la santé et la maladie, la connaissance de certains déterminants de la santé et des influences de facteurs issus de l'environnement culturels, et l'opportunité de se familiariser avec des réalités culturellement différentes. Un peu plus tard, Dougherty et Tripp-Reimer [4] ont encore tenu à afficher comment l'anthropologie et les sciences infirmières entretenaient certaines connivences en ce qui concerne notamment des thèmes dont on se préoccupe dans les deux disciplines (les comportements et les expériences de santé; les modes de vie et les modèles culturels qui « règlent » l'existence), la technique de l'observation participante et les quatre concepts et balises qui forment le méta-paradigme en sciences infirmières. Et les travaux de Collière [5,6] de poursuivre dans cette direction en interpellant les infirmières sur la nature et la pertinence de la démarche anthropologique dans les soins.

En plus de ces contributions presque évidentes, il faut encore rappeler comment l'anthropologie a été convoquée dans l'élaboration de théories en sciences infirmières. Nous avons déjà souligné plus haut cet aspect en rapportant le modèle de Leininger qui semble être le seul à se nourrir d'anthropologie

du fait qu'il est question de culture ici, d'approches ou de soins transculturels. Mais, à regarder de près, l'anthropologie a été fondamentale pour le modèle de soins infirmiers le plus connu et diffusé dans le monde. Nous parlons ici du modèle de Virginia Henderson qui a été traduit dans plus de trente langues, qui a accompagné la pratique soignante d'un grand nombre d'infirmières nord-américaines et qui sert aujourd'hui dans plusieurs pays d'Europe comme guide de lecture des réalités de santé et de maladie, et guide d'actions pour les infirmiers et les infirmières.

Avancer dans un article que le modèle des quatorze besoins de Virginia Henderson doit être pensé dans son rapport à l'anthropologie pourrait sembler une gageure, d'autant plus que l'on croit savoir quelles sont les inspirations de la théoricienne et de qui lui viennent quelques idées ou directions. C'est toutefois ce à quoi nous allons nous employer ici, « osant » exposer comment les postulats de départ du modèle de Virginia Henderson, qui sont quatorze besoins à satisfaire et la fonction de l'infirmière à définir en lien avec cette satisfaction, tiennent des propositions de besoins et d'impératifs faites par le célèbre anthropologue Bronislaw Malinowski dans les années 1930. Pour le faire, nous commencerons par revenir sur les travaux de V. Henderson et de B. Malinowski pour constater qu'ils énoncent des principes théoriques similaires. Dans un second temps, nous aborderons la définition et le contenu des besoins qui sont au centre de leur proposition. Cette section renforcera les constats relatifs aux correspondances entre les travaux de l'une et l'autre. Ces deux points nous feront conclure sur l'hypothèse d'une paternité et d'une filiation entre les deux théoriciens.

Virginia Henderson et son modèle

Analysant le rôle et la fonction de l'infirmière et profitant d'une grande expérience clinique, Virginia Henderson propose au début des années 1960 un modèle conceptuel basé sur quatorze besoins fondamentaux. Avant d'en arriver là, elle avait participé à la publication d'un ouvrage de références sur les principes et les pratiques des soins infirmiers [7] qui regroupait tout ce qu'on devait savoir à cette époque quand on était infirmière. On notait d'ailleurs ici, et entre autres choses, l'importance de la nutrition, de l'élimination, du repos, de la propreté, d'une température corporelle et des loisirs en ce qui concerne les malades.

Pour Virginia Henderson, la satisfaction de ces besoins est devenue progressivement essentielle. Elle avançait même à partir de la 5ème édition de l'ouvrage précédent [8] que la fonction de l'infirmière y est intimement liée. Selon l'auteure, il

s'agit d'aider à la satisfaction, en suppléant ou en assistant la personne, la famille ou le groupe, en aidant à recouvrer la capacité nécessaire pour le faire, ou en prévenant encore la perte de capacité qui rendrait difficile la satisfaction des besoins. Ainsi, les quatorze besoins orientent la lecture des réalités de santé à faire par l'infirmière. Ils forment un schème de référence, une conception de la réalité [9], orientent l'infirmière dans l'identification de manifestations de dépendance ou d'indépendance qui vont ensuite guider ses gestes et son plan de soin.

Comme le souligne Collière dans la présentation de ce modèle :

Pour capter l'observation, Virginia Henderson prend comme pôle référent le besoin. Dans la Nature des soins infirmiers, elle confirme sa proposition de considérer la notion universelle de « besoin » comme l'élément fondateur d'organisation de ce que les infirmières auront observé et découvert pour décider des soins à prodiguer.[10]

Reprenant Virginia Henderson qui précise que « Les besoins de l'humanité sont à la source des soins infirmiers »[11], elle ajoute que :

Cette notion de besoin ne saurait être prise isolément et encore moins de façon stéréotypée. Elle ne prend tout son sens que par son caractère universel dont les manifestations sont à saisir pour chaque personne en fonction d'une culture et d'un environnement donnés. Il est important de souligner ce mot universel que Virginia Henderson n'emploie pas impunément dans ses écrits en désignant les « universal human needs » (« les besoins humains universels ») comme constituant la racine même des soins.[10]

L'idée de besoins (universels de surcroît et donc partagés au-delà des particularités individuels ou culturels), et celles de satisfaction (ou de réponses plurielles, cette fois à situer et nuancer), de dépendance-indépendance, et de fonction infirmière indissociable du besoin sont ainsi au centre de ce modèle. Selon Virginia Henderson, ces idées proviennent en partie de rencontres, de formation, d'expériences pratiques et de travaux du moment qui permettaient d'accepter implicitement l'existence et l'importance de besoins humains. Plus précisément, on sait que son intérêt pour la question de dépendance lui vient de ses observations à l'institut des paralysés et des handicapés de New York dans les années 1935-1940 [12]. On apprend d'elle qu'elle partait d'une idée de besoin véhiculée par des sociologues et les psychologues, qu'elle ne discutait pas et n'avait pas elle-même pensée. Dans ses publications où elle expose les principes fondamentaux des soins infirmiers (*Basic Principles of Nursing Care*, publié en 1960; *The nature of nursing : a definition and it's implication for practice* publié en 1966),

elle indique à quelques endroits d'où lui vient cette idée des besoins. Elle rapporte que ses cours de physiologie auprès de Caroline Stackpole et à la Faculté de médecine de l'Université Columbia lui ont fait comprendre l'importance de la notion de besoins fondamentaux, que sa pratique professionnelle aura confirmé cette importance, que les travaux de l'anthropologue Esther Brown sur la fonction des soins infirmiers dans la société l'ont inspiré, tout comme l'a fait la théorie de la motivation publiée par Maslow au début des années 1940.

Emboitant le pas sur ces « maigres » révélations, d'autres auteurs comme Collière[10] et Boittin[13] les répètent. Kérouac et ses collègues avancent par exemple :

Henderson reconnaît plusieurs influences à son modèle conceptuel. Certaines proviennent de la physiologiques Stackpole et d'autres du psychologue Thorndike, d'où la complémentarité des dimensions biophysiques et psycho socioculturelles. Selon toute vraisemblance, on peut ajouter l'influence de Maslow puisque Henderson présente une liste de besoins fondamentaux de la personne.[2]

De ces témoignages et de l'analyse du modèle en question, on apprend finalement peu de chose sur les filiations qui ont pu s'opérer et conduire à un modèle finement élaboré, composé de quatorze besoins très précis. Ainsi, pour ne pas en rester là, plongeons-nous dans les grandes lignes des travaux de Bronislaw Malinowski.

Bronislaw Malinowski et sa théorie scientifique de la culture

Très connu pour avoir développé la méthode de l'observation participante à partir d'immersions prolongées sur des terrains exotiques, Malinowski s'est aussi fait remarquer en anthropologie par ses théories fonctionnalistes de la culture. Figure incontournable en ce qui concerne les théories en anthropologie, Malinowski[14,15] a proposé dans les années 1930 de définir ce qu'il y avait de récurrent dans différents groupes culturels, et ce, au-delà du contexte historique et de particularités culturelles, en se distinguant du même coup des lectures culturalistes et relativistes nord-américaines proposées à cette période. Traitant de la culture comme l'objet propre à la discipline anthropologique, il a proposé une manière de la comprendre indiquant qu'il y avait ici des principes généraux, une sorte de déterminisme, et prétextant qu'il pouvait être question en sciences sociales d'orientations scientifiques au même titre que celles retrouvées dans des espaces de savoirs dominés par des lectures positivistes et intéressés par la matière et des réalités mécaniques.

Ainsi, dans cette recherche de principes généraux induits par

du matériel empirique et mis encore à l'épreuve sur plusieurs terrains d'enquête, Malinowski finit par proposer, quelques années avant sa mort (1942), une « théorie scientifique de la culture ». Les institutions comme le mariage, la famille, la religion, la justice, un système médical (et bien d'autres) y sont présentées comme des inventions humaines qui servent à satisfaire un certain nombre de besoins. Ces institutions et leurs acteurs auraient ainsi un rôle à jouer dans la satisfaction de besoins, et cette satisfaction devrait permettre à une société de perdurer dans le temps, de se reproduire, en bref, de favoriser l'équilibre d'un système qui doit « fonctionner ». Parce que Malinowski a notamment le souci de ne pas perdre de vue les dimensions biologiques, symboliques et psychologiques des êtres humains, sa théorie et sa définition de la culture composent avec ces dimensions. À ce titre, il indique :

Au départ, il sera bon d'envisager la culture de très haut, afin d'embrasser ses manifestations les plus diverses. Il s'agit évidemment de cette totalité où entrent les ustensiles et les biens de consommation, les chartes organiques réglant les divers groupements sociaux, les idées et les arts, les croyances et les coutumes. Que l'on envisage une culture très simple ou très primitive, ou bien au contraire une culture complexe très évoluée, on a affaire à un vaste appareil, pour une part matériel, pour une part humain, et pour une autre encore spirituel, qui permet à l'homme d'affronter les problèmes concrets et précis qui se posent à lui. Les problèmes sont dus au fait que le corps humain est esclave de divers besoins organiques et qu'il vit dans un milieu qui est à la fois son meilleur allié, puisqu'il fournit les matières premières de son travail manuel, et son pire ennemi, puisqu'il fourmille de forces hostiles.[15]

On lit ici que la culture est une réponse qui aide à faire face à certaines conditions d'existence que partagent tous les hommes. Pour Malinowski, ces conditions d'existence sont des besoins. Il répertorie quatorze groupes de besoins [14]. Certains sont élémentaires, et de leur satisfaction dépend la survie de l'être humain. D'autres sont des besoins dérivés qui relèvent cette fois du milieu que l'homme a élaboré pour remplir la satisfaction des premiers besoins. Pour donner ici un exemple, le besoin d'être physiquement à l'aise s'accompagne du besoin de se vêtir. Pour Malinowski, le besoin de se vêtir est un besoin dérivé.

Une charpente théorique commune

À l'aide des précisions exposées ci-dessus, nous pouvons déjà tirer à grands traits quelques convergences entre les travaux et les positions de Malinowski et d'Henderson. *Premièrement*, les deux se trouvent à des moments où il est question de définir leur discipline respective, de poser

des repères qui vont asseoir leur développement. Dans le cas de l'anthropologue, il est question de fournir des théories en anthropologie à partir de matériel empirique, et de ne pas en rester à ce qu'il nomme un « bric-à-brac d'antiquaire ». Voulant ainsi proposer une anthropologie digne d'autres disciplines, il propose d'y arriver avec une définition de la culture et une théorie fonctionnaliste assises sur une logique de réponse à des besoins. Pour l'infirmière Henderson, il en est de même. L'enjeu est d'enrichir sur le plan théorique la discipline à une époque où les modèles et les théories sont rares, où l'on est question de définir les particularités d'une pratique professionnelle. Pour y arriver, son modèle repose sur une logique d'aide à la satisfaction des besoins.

Deuxièmement, les deux chercheurs s'entendent sur la manière d'arriver à formuler une théorie. Chacun conçoit qu'il faut considérer une réalité empirique, explorer cette réalité et partir de celle-là pour élaborer un cadre de lecture qui aura la prétention d'être de transcender les particularités des milieux (entendu ici la culture, le groupe, les individus). Virginia Henderson écrit à ce titre :

Réalité et pertinence sont livrées par l'observation, l'expérimentation, qui établissent leur constant retour. La vérification empirique incessante ressortit, comme le caractère originel de la théorie et de l'expérience scientifiques, à l'essence même de la science. Quand la théorie pêche, il faut trouver par où. L'expérience et les principes doivent donc être l'objet d'une perpétuelle hybridation. » [16]

Ces positions sont bien l'écho de cette démarche inductive et d'une observation de la pratique affirmée par Malinowski comme essentielle dans l'élaboration théorique. Le terrain clinique de l'une et les terrains exotiques de l'autre auraient donc nourri leur modèle.

Troisièmement, la satisfaction des besoins d'un individu ou d'un groupe d'individus est une exigence pour l'un et l'autre. Malinowski y voit ici le rôle des institutions et des acteurs. Quand à Henderson, elle y voit là la fonction d'un acteur spécifique, l'infirmière. Dans la même veine, les deux théoriciens considèrent que l'expression de la réponse aux besoins est variable. Pour l'un, elle l'est d'un groupe à un autre, d'une culture à une autre, et des différences peuvent être relevées en fonction des différents milieux ou de l'époque. Pour la seconde, la variabilité de la réponse est propre à la culture. L'infirmière doit saisir les formes de réponses qui se prêtent à l'individu en question, sans présupposer que la forme de la réponse est systématiquement la même et qu'elle soit donc pensée au préalable. Celle-ci doit par exemple dépendre de l'âge, du niveau social, de la culture,

de l'état physique général et de l'état pathologique. Comme V. Henderson l'indique :

Bien qu'il soit important de savoir que tout le monde a des besoins communs, il ne faut pas pour autant ignorer que ces besoins peuvent être satisfaits par une infinité de moyens ou de manières de vivre dont il n'est pas deux semblables. Cela veut dire que l'infirmière, si avisée soit-elle et malgré tous ses efforts, ne peut jamais interpréter exactement les besoins d'une personne ou lui procurer tout ce que requiert son sens du bien-être.[11]

En conclusion de cette première section, il semble qu'Henderson rejoint assez bien Malinowski dans les grandes lignes de ses positions et propositions théoriques. Évidemment, ces points communs relatifs à la forme des lectures théoriques de chacun sont encore insuffisants pour avancer une filiation. Il faut aller plus loin et voir du côté du fond si l'on peut tracer ici des correspondances. La seconde section devrait nous éclairer un peu plus.

Convergences entre les besoins

de Malinowski

et

d'Henderson

<p>Les premiers besoins de Malinowski sont des besoins qui relèvent des instincts. Ils sont physiologiques et élémentaires. Selon l'auteur, une réflexion sur la culture doit tenir compte de la nature humaine, d'un déterminisme biologique ou de lois naturelles.</p> <p>À ce titre, les besoins métaboliques sont les besoins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de <i>respirer</i> - de <i>s'alimenter</i> (la faim et la soif obligeant à se nourrir et à ingérer des substances nutritives); - de <i>sécréter</i> (évacuer les déchets, miction et défécation). <p>Ces besoins conduisent à des impératifs. Par exemple, en ce qui concerne le besoin de se nourrir, ces impératifs sont relatifs à l'acte de manger, à la préparation des repas, à l'accès à des victuailles, ... (dont la forme peut alors varier d'un groupe à un autre). Comme il l'indique : « [...] il est clair que lorsque la nutrition dépend du fonctionnement de toute une chaîne de préparations et des institutions correspondantes, tout facteur qui viendrait interrompre la chaîne en un point quelconque affecterait aussi la fonction nutritive. Ainsi donc, toutes les conditions qui assurent le bon fonctionnement de la chaîne deviennent aussi nécessaires à l'accomplissement biologique que l'acheminement de la nourriture dans la bouche, la mastication, la salivation, la déglutition et la digestion ».[15]</p>	<p>Le premier des quatorze besoins de Virginia Henderson est le besoin de respirer normalement. À ce sujet, elle souligne que l'infirmière doit connaître différentes techniques de réanimation, doit considérer les postures adéquates pour favoriser la respiration, la climatisation et un bon air ambiant, ...</p> <p>Elle propose ensuite de considérer le besoin de <i>boire et manger</i> en indiquant que l'infirmière doit porter son attention sur les goûts alimentaires des personnes, connaître leurs habitudes alimentaires et les diètes requises dans certaines situations, et aider dans certaines circonstances à ce que la personne puisse manger, boire ...</p> <p>Dans ce même registre de besoins, elle présente celui d'<i>éliminer ses déchets</i> en précisant qu'il faut identifier les quantités éliminées en fonction des ingestions, que l'infirmière doit s'assurer d'une bonne communication sur ce thème délicat et intime, s'assurer que la personne soit confortable lors de situations d'élimination des déchets, s'assurer que le matériel nécessaire soit disponible, faire attention aux situations embarrassantes et réduire certains inconvénients (les odeurs par exemple), etc.</p>
<p>Malinowski souligne ensuite l'importance de satisfaire un retour de l'énergie musculaire et nerveuse [15], et de se reposer à cause de la fatigue. Il retient alors le besoin de <i>se reposer</i> « relaxation » [14] et souligne, dans la même veine, que l'être humain a <i>besoin de mouvement</i>. Selon l'auteur, « c'est un impératif général que la nature fait peser sur la civilisation ».[15]</p>	<p>V. Henderson présente le besoin de <i>dormir et de se reposer</i>. Pour aider à la satisfaction de ce besoin, l'infirmière peut enseigner à la personne des techniques favorables au sommeil, s'assurer qu'il n'y ait pas de facteurs nuisibles au repos (bruit, odeurs, pensées désagréables ...), assurer le confort physique (soins du corps, lit, massage, relation agréable, ...), etc.</p> <p>Le besoin de <i>se mouvoir et de maintenir une position adéquate du corps</i> est aussi fondamental selon V. Henderson. Elle indique ici que l'infirmière doit aider un individu à prendre ses positions, se mobiliser, s'installer, se déplacer, « exercer ses forces neuromotrices pour se mouvoir par lui-même autant que la chose est possible ».[11] Elle doit connaître différentes techniques de mobilisation et travailler en collaboration avec les spécialistes de la mécanique corporelle pour satisfaire ce besoin quand il y a dépendance.</p>

<p>Malinowski considère également le besoin de <i>confort corporel</i> en soulignant que celui-ci est fonction des influences qui changent la <i>température du corps</i> humain et les conditions de température.</p> <p>À ce besoin, l'auteur greffe un certain nombre de réponses essentielles, dont celles de trouver un abri, de se réchauffer, de se <i>vêtir</i>, ..., qui assureront ce confort et une température corporelle essentielle à la vie.</p> <p>Dans ce registre du bien-être corporel, l'auteur discute des moyens simples que l'homme utilise pour maintenir une température normale au même titre que les moyens utiles à « <i>la propreté corporelle</i> (ablutions, isolement pour l'excrétion, solvants chimiques, substances alcalines) ». [15] D'une manière générale, il souligne: « The whole cultural system which corresponds to the necessity of keeping the human organism within certain limits of temperature, to the necessity of protecting it from the various inclemencies of wind and weather, [...] » [14]</p>	<p>Le besoin de <i>maintenir une température normale du corps</i> est aussi présenté par dans les travaux de V. Henderson. À ce titre, l'infirmière doit être attentive à la température de l'environnement (trop chaud ou trop froid), à la qualité de l'air (trop sec ou humide), au choix des vêtements, à l'excès d'activités quand il fait trop chaud, et doit encore s'assurer d'une bonne hydratation ...</p> <p>V. Henderson retient aussi qu'il est essentiel de <i>se vêtir et de se dévêtir</i>.</p> <p>Par contre, elle considère cette démarche comme un besoin à part entière, invitant l'infirmière à tenir compte du choix de la personne à ce sujet, de considérer les moments que sont la nuit et la journée pour changer d'habillement, de s'assurer de la propreté des habits, ...</p> <p>Elle fait de même avec l'idée de propreté corporelle. À la différence de Malinowski qui y voit là une réponse essentielle pour satisfaire les besoins de confort corporel, Henderson considère qu'<i>être propre, que tenir une apparence soignée et protéger ses téguments</i> est un besoin à part entière. Sur ce point, la propreté du corps, les soins du corps, d'hygiène, l'apparence, l'habillement sont des éléments à considérer pour la pratique infirmière.</p>
<p>Malinowski présente le <i>besoin de sécurité</i> qu'il entend comme une <i>protection nécessaire du corps contre les accidents et les agressions</i>. L'homme doit ainsi fournir des réponses diverses pour s'armer contre les dangers.</p>	<p>Henderson propose le <i>besoin d'éviter les dangers et les accidents</i>. L'infirmière doit alors identifier les pratiques et des facteurs environnementaux susceptibles de les provoquer.</p>
<p>Malinowski précise que le <i>besoin de croissance</i> correspond à un déplacement nécessaire à travers les âges et les étapes de vie. Ce déplacement est nécessaire pour assumer des rôles, des savoir-faire, ... Pour que cette croissance et ce cheminement puissent se réaliser, que les individus adoptent les comportements adéquats et nécessaires en fonction de ces âges et de ces étapes, l'éducation est essentielle. L'auteur souligne ainsi que différentes formes d'apprentissage vont permettre d'acquérir le savoir nécessaire pour se situer convenablement dans ces âges de la vie et dans ces étapes, rôles, groupe social particulier, hiérarchie sociale, ... Dans une de ces entrées, se présente alors et explicitement en lien avec la croissance, la <i>formation et l'apprentissage</i> (training and apprenticeship).</p>	<p>Quant à V. Henderson, elle propose le <i>besoin d'apprendre pour se développer normalement</i> et promouvoir sa santé. L'infirmière l'éduque alors dans ce sens, l'informe sur des pratiques d'hygiène, des règles de santé, sur son état de santé, la thérapie (diagnostic, pronostic, traitements)</p>
<p>Malinowski présente encore la <i>transmission de l'expérience, de savoirs, de privilèges, d'obligations</i>, comme un besoin. Ainsi, les individus doivent se partager des informations, doivent apprendre des autres et avec les autres, doivent coopérer, nous dit l'anthropologue. La coopération, le conditionnement, l'obéissance, et le respect des règles vont permettre d'agir en fonction d'attentes précises. Cette dimension de l'existence individuelle et collective suppose évidemment <i>l'impératif de communiquer et de partager</i>. Comme l'écrit l'auteur: « The understanding of the symbolic process allows us to consider another class of necessities imposed upon man by culture. Obviously, the member of any group has to be able to communicate with his fellow-beings [...] Early human beings used language and symbolism primarily as a means of coordinating action or of standardizing techniques and imparting prescriptions for [...] behaviour ». [15]</p>	<p>Henderson considère aussi fondamental le besoin de communiquer. Mais elle définit ce besoin différemment et se penche essentiellement sur la qualité des relations interpersonnelles et la nécessité de livrer ici ce qui relève de l'expérience de maladie. Il est alors présenté comme le <i>besoin de communiquer avec les autres</i>.</p> <p>Permettre l'expression des émotions, le partage des sentiments, des pensées, faciliter les relations humaines, les liens interpersonnels et familiaux, faciliter la communication entre le médecin et le patient, etc., sont des activités que peut réaliser l'infirmière pour aider à la satisfaction de ce besoin.</p>

<p>Malinowski propose encore la nécessité d'imaginer ou d'élaborer des institutions économiques qui auront pour fonction de participer à un renouvellement de la culture. Lors de ce renouvellement et du bon fonctionnement des institutions, il est important que l'individu développe alors des compétences nécessaires et notamment qu'il : « learn how to work and produce, appreciate the prevalent values, manage his wealth, and regulate his consumption according to the established standard of living. In highly civilised communities, the differentiation of labor and of functions defines the place and the productive value of the individual in society ».[14]</p> <p>En d'autres mots, on comprend de ces énoncés que l'individu doit prendre sa place dans ce type de société en <i>occupant des rôles socioéconomiques</i> et en adoptant des comportements qui vont dans le sens de valeurs, de normes et d'attentes véhiculées en matière de <i>participation et de production</i>.</p>	<p>Henderson indique de son côté que chaque personne doit satisfaire le besoin de s'occuper et de travailler d'une façon à se sentir utile. Comme elle l'écrit « Dans la plupart des civilisations, l'adulte est censé travailler pour vivre et celui qui ne le fait pas est mal vu de la société. Peu de personnes analysent en termes de sociologie la satisfaction qu'elles éprouvent de leur travail. Il y a cependant dans toutes les langues des axiomes pour démontrer le principe généralement accepté que, chez la plupart des gens, la satisfaction vienne de l'approbation d'autrui, laquelle est à son tour subordonnée au rendement des individus » [11] Dans certains cas, l'infirmière peut ainsi aider à définir un programme de la journée, à encourager une personne à réaliser des activités, à reconnaître des signes d'intérêt pour une activité précise, et à donner l'occasion de faire quelque chose d'utile (travail manuel comme esthétique).</p>
<p>Dans la 13^{ème} entrée de son tableau, Malinowski propose aussi le <i>besoin de se récréer, de s'amuser et de se détendre</i> (communal rhythm of recreation, exercise, and rest), laissant voir ici que l'art, le jeu et le sport (les danses, les fêtes et autres distractions) sont des réponses utiles à la satisfaction de ce besoin.</p>	<p>De la même manière, V. Henderson trouve fondamental <i>le besoin de se récréer et se divertir</i>. En vue de ce besoin de distraction, elle propose que l'infirmière rende possibles et procure avec d'autres professionnels des divertissements (jeux, loisirs, activités artistiques, sports, ...), qu'elle connaisse les centres d'intérêt des personnes. Dans ses mots, elle indique : « Peu d'infirmières ont la préparation voulue pour organiser des programmes récréatifs; cependant, toutes peuvent y contribuer et voir à ce que le malade puisse chaque jour jouir de quelques moments de détente et de délassement. Les infirmières peuvent collaborer avec des spécialistes en thérapie récréative lorsque ces personnes font partie du personnel permanent ».[11]</p>
<p>Enfin, Malinowski souligne le besoin de <i>s'inscrire dans des activités rituelles</i> qui relèvent, par exemple, de la religion, de la magie ou d'autres systèmes de croyances. Selon lui, l'homme doit correspondre ainsi avec le monde surnaturel pour composer avec les peurs, angoisses, incertitudes qui l'animent en regard de certains événements comme la mort, les infortunes et les calamités. Le sentiment de contrôle de ces événements et de ce qui les entoure, l'espoir et les désirs sont essentiels selon Malinowski.</p> <p><i>Agir en fonction de son système de croyances</i> est donc un impératif qui va dans ce sens, et qui permet à toute personne d'avoir « les moyens intellectuels, émotionnels et pragmatiques de contrôler son devenir et l'incertitude » (ma traduction).</p>	<p>De son côté, Henderson propose le besoin de <i>pratiquer sa religion et d'agir selon ses valeurs et ses croyances</i>. S'abstenir de juger, garder confidentielle des informations, aider à la réalisation de pratiques religieuses, rendre possibles ces pratiques et la réalisation de devoirs religieux, tenir compte d'interdits divers (relatifs à une diète par exemple) sont des exemples d'actions qui relèvent selon l'auteur des soins infirmiers.</p>

Des besoins de Malinowski à ceux d'Henderson

Revenons alors sur le fond des travaux de chacun, notamment sur les besoins qu'ils discutent à l'aide du tableau suivant. Nous reprendrons dans la colonne de gauche les besoins de Malinowski en présentant les quatorze entrées proposées dans un texte publié en 1939 dans *The American Journal of Sociology*, en puisant également des informations dans l'ouvrage où il présente sa théorie scientifique,[15] et en présentant ses idées avec ses mots et ses expressions. La colonne de droite est réservée aux besoins tels qu'ils sont énoncés par Henderson et quelques indications concernant les activités de l'infirmière en regard de chacun.

Distinctions dans les propositions des deux auteurs

En lisant attentivement les travaux des deux auteurs, on ne peut pas dire que leurs propositions sont totalement équivalentes. Effectivement, on note une différence à l'endroit d'un besoin, de légères nuances à l'endroit de deux besoins et une distinction dans la lecture d'un besoin identique.

En ce qui concerne la différence, rappelons qu'on retrouve dans les travaux de Malinowski *le besoin de reproduction*, qui n'est pas selon l'auteur un besoin de consommation sexuelle ou un besoin qui relève de l'instinct sexuel. Il est plutôt le besoin de garantir un nombre d'individus suffisant dans un groupe pour que celui-ci puisse subsister. Sa satisfaction tient alors dans la fonction de certaines institutions comme le mariage ou dans la fonction de certains acteurs qui vont accompagner ou encadrer la grossesse, l'accouchement et l'enfantement. Or, on ne retrouve pas ce besoin chez Virginia Henderson. Est-ce parce que sa finalité concerne davantage le groupe que l'individu ? Est-ce parce que l'infirmière ou l'infirmier n'a véritablement rien à apporter ici, à la différence des sages-femmes par exemple ?, Ou est-ce encore taire le sujet de la sexualité en raison d'un contexte socioreligieux nord-américain très puritain ?

Quant aux légères nuances, elles concernent le besoin de se vêtir et de se dévêtir, et celui d'être propre. Malinowski considère ces deux aspects sous l'angle des réponses essentielles, mais secondaires à un besoin plus fondamental, celui de maintenir sa température du corps. Convenons-en, le choix de V. Henderson de faire de ces réponses essentielles deux besoins à part entière tient dans ce qu'une infirmière peut offrir comme aide. Effectivement, il ne s'agit pas dans les propositions d'Henderson de relever par exemple l'importance d'être à l'abri et d'avoir un toit au-dessus de sa tête (comme le fait Malinowski). En fait, on imagine mal une infirmière se préoccuper de cet aspect dans l'enceinte d'un

établissement de santé. Par contre, dans un contexte actuel de santé communautaire où il est question de personnes itinérantes et de sans-abri, on pourrait y penser au même titre que l'habillement et la propreté.

Enfin, comme nous l'avons souligné dans le tableau, même si le besoin de communiquer est annoncé à l'identique, il n'empêche que V. Henderson le situe dans les expériences intimes de santé et de maladie, alors que B. Malinowski le présente dans la dynamique des relations sociales et intergénérationnelles.

L'emprunt de Virginia Henderson: une hypothèse

En dépit des distinctions précédentes, nous en convenons, les correspondances sur la nature et la nomination des besoins des deux auteurs sont troublantes et très évidentes. Il n'y a pas véritablement de différences entre ceux de l'une et ceux de l'autre, contrairement aux besoins présentés par Maslow[17] qu'on suppose être à la source des travaux d'Henderson (pour constater cette nuance lire Adam[9]). Ces correspondances viennent ainsi s'ajouter aux propositions théoriques vues dans la première section, et nous permettent d'avancer sans trop d'incertitude que les travaux de l'anthropologue Malinowski ont été d'une très grande inspiration pour Virginia Henderson.

Cette idée est encore plus crédible quand on sait que Malinowski et Virginia Henderson ont fréquenté la même université. En effet, après avoir quitté Londres où il enseignait avant le début de la Seconde Guerre mondiale, l'anthropologue a publié les théories précédentes quand il était professeur à l'Université Yale (1938-1942). Quant à Henderson, elle s'est retrouvée 10 ans plus tard à l'École de nursing de cette même université. Au moment où elle a publié ses travaux, elle y était comme chercheuse associée (1953-1971). Sans avoir forcément rencontré Malinowski (à moins qu'elle ne l'ait croisé dans l'État de New York quand elle y était étudiante et qu'il y était invité comme anthropologue), elle a quand même par la suite emprunté les « mêmes couloirs », et n'a sûrement pas manqué ses travaux en échangeant avec ou en écoutant des sociologues et des anthropologues après 1935. Comme il est souligné dans sa biographie :

Quand elle commença à fréquenter des sociologues et des ethnologues, ceux-ci l'invitèrent à leurs réunions. « J'avais le sentiment d'être une espionne, car personne se savait que j'étais infirmière [...] ».[18]

Sans prendre à la lettre cette question d'espionnage, l'hypothèse qui pourrait alimenter une discussion sur cette affinité théorique révélée ici (ou mener à des investigations

supplémentaires) tient dans l'usage que Virginia Henderson aurait fait de la grille de lecture de Malinowski. On sait effectivement qu'elle s'est questionnée à un moment de sa carrière sur cette idée de besoins fondamentaux. À ce sujet, notons que cette idée de besoins avait été soulignée en 1948 par l'anthropologue Esther Lucile Brown qu'on avait mandatée pour analyser la profession et la formation de l'infirmière aux États-Unis. Celle-ci écrivait:

It is the opinion of this group [composé de 19 infirmières diplômées réunies pendant 10 jours en 1947 pour réfléchir sur leur profession] that in the latter half of the twentieth century, the professional nurse will be one who recognizes and understands the fundamentals [health] needs of a person, sick or well, and who knows how these needs can best be met. She will possess a body of scientific nursing knowledge which is based upon and keeps pace with general scientific advancement, and she will be able to apply this knowledge in meeting the nursing needs of a person and a community.[19]

Virginia Henderson rappelle d'ailleurs ces propos en 1955.[8] De ce point de départ postérieur à la mort de Malinowski, et pour arriver à formuler quatorze besoins précis, il fallait bien réfléchir! Lisant l'un et l'autre, on peut alors supposer que la première a « emprunté » la grille de Malinowski ou une grande partie (considérant que certains besoins physiologiques n'étaient pas nouveaux en 1940) pour l'appliquer à la réalité clinique de l'infirmière. Elle aurait alors accepté les vérités qu'elle véhicule à propos de l'individu, et pensé la pratique infirmière dans une approche fonctionnaliste en s'alignant sur ce postulat fondamental que sa discipline professionnelle devait être définie par les réponses que les infirmières apportent à la satisfaction des besoins (lu chez Brown).

En supposant de cette manière que V. Henderson ait appliqué les propositions de Malinowski à l'individu, elle faisait finalement de légères modifications, retenait un énoncé central pour des besoins en se servant des énoncés de l'anthropologue, et donnait surtout des indications précieuses sur le type d'activités que les infirmières pouvaient fournir à l'endroit de ces quatorze énoncés. Pour ce faire, elle s'aidait de situations concrètes, de sa grande expérience de terrain, et du contenu du « Textbook of the Principles and Practices of Nursing » qu'elle a révisé en 1955.[11]

Conclusion

En fin de compte, nous disposons d'un grand nombre d'indices pour appuyer cette hypothèse de paternité à l'endroit d'un des premiers cadres théoriques en sciences infirmières. Évidemment, une lecture attentive des notes personnelles de la principale concernée (décidée en 1996) seraient des

plus utiles pour la confirmer ou l'infirmier. Malgré tout, gardons-la en tête jusqu'à nouvel ordre et ne manquons pas de souligner cette contribution essentielle de l'anthropologie dans les théories en sciences infirmières quand on rapportera les origines du modèle des quatorze besoins qui est encore très utilisé par les infirmières, et qui est central au sein de cette école théorique, appelé « l'École des besoins ».[2]

En tout cas, faisons-le, si nous sommes convaincus par le contenu de ce texte.

Références

1. Gortner SR. The history and philosophy of nursing science and research. *Advances in nursing science* 1983;5(2):1-8.
2. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *La pensée infirmière*. Laval: Éditions Études Vivantes; 1994.
3. Leininger MM. *Nursing and anthropology: Two worlds to blend*. New York: John Wiley & Sons; 1970.
4. Dougherty MC, Tripp-Reimer T. The interface of nursing and anthropology. *Annual Rev of Anthro* 1985;14:219-41.
5. Collière MF. L'apport de l'anthropologie aux soins infirmiers. *Anthropologie et sociétés* 1990;14(1):115-23.
6. Collière MF. De l'utilisation de l'anthropologie pour aborder les situations de soins. In: Collière M.F., editor. *Soigner. Le premier art de la vie*. Paris: Masson; 2001. p147-72.
7. Harmer B, Henderson V. *Textbook of the principles and practice of nursing*. New York: Macmillan Company; 1939.
8. Harmer B, Henderson V. *Textbook of the Principles and Practice of Nursing* (5ème édition, révisée par Virginia Henderson). New York: The Macmillan Compagny; 1955.
9. Adam E. Questions et réponses relatives au schème conceptuel de Virginia Henderson. *L'infirmière canadienne* 1984;26(3):27-31.
10. Collière M.F. Retrouver la nature des soins infirmiers. In: Henderson V. tf, editor. *La nature des soins infirmiers*. Paris: Interéditions; 1994. p. 11-42.
11. Henderson V. *Les principes fondamentaux des soins infirmiers du CII*. Genève: Conseil international des infirmières; 2003 (1960 première édition).
12. Boittin I., M. Lagoutte, Lantz M. Virginia Henderson: 1897-1996. *Biographie et analyse de son œuvre. Recherche en soins infirmiers* 2002(68):5-17.
13. Boittin I, Lagoutte M, Lantz MC. Virginia Henderson: 1897-1996. *Biographie et analyse de son oeuvre. Recherche en soins infirmiers* 2002;68:5-17.
14. Malinowski B. The group and the individual in functional analysis. *American Journal of Sociology*, 1939;44(6):938-64.
15. Malinowski B. *Une théorie scientifique de la culture, et autres essais*. Paris: Maspero; 1968 (1944) pour la première éditions, traduction française.

- 16.Henderson V. La nature des soins infirmiers. Paris: Interéditions; 1994 (traduction française).
- 17.Maslow A.H. A theory of human motivation. Psychological review, 1943(50):370-96.
- 18.Smith J.P. Une biographie. Paris: Interéditions; 1995.
- 19.Brown E.L. Nursing for the future. New York: Russell Sage Foundation; 1948.

Pour contacter l'auteur:
Nicolas Vonarx, Inf. (D.E.), Ph.D.
Professeur adjoint
Université Laval
Faculté des sciences infirmières
Pavillon Ferdinand-Vandry, local 3463
Québec, QC, G1K 7P4
Canada
Courriel: nicolas.vonarx@fsi.ulaval.ca

3

Résumé

Cet article présente et discute la perspective théorique interdisciplinaire qui a été construite lors d'une recherche de doctorat sur la conception contemporaine de la 'race' dans le domaine de la santé publique aux États-Unis. Dans ce contexte, la 'race' a été vue comme un objet qui a été pris en charge par le discours, se situant entre pouvoirs et savoirs comme le suggère Foucault, alors que la santé publique est ici une instance qui participe à la mise en œuvre du discours et à la formation de l'objet. Certains auteurs du champ des études postcoloniales insistent sur le pouvoir représentationnel associé à ce discours qui correspond à un système d'opposition et de différence créant une dichotomie et assurant la domination des uns sur les autres. Cet article montre que la 'race' persistera aussi longtemps que les conditions historiques et les individus lui permettent d'exister comme idée de la différence.

Mots clés discours, postcolonialisme, racialisation, racisme, santé publique

La racialisation, entre pouvoirs et savoirs : une lecture postcoloniale de la santé publique comme pratique discursive

PATRICK CLOOS

Introduction

Le discours contemporain sur la 'race' aux États-Unis ne serait plus qu'un pâle reflet de ce qu'il était au 19^{ème} siècle.[1] Plusieurs équipes composées d'anthropologues, de sociologues et de généticiens d'Europe, des États-Unis, du Mexique, d'Inde ou encore du Brésil se réunirent à plusieurs reprises durant la seconde moitié du siècle dernier à l'initiative de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) pour rédiger quatre énoncés sur la race et le racisme qui furent publiés entre 1950 et 1967. Quatre déclarations ont été nécessaires à cette institution et

aux représentants des sciences sociales et biologiques pour discuter et tenter de déconstruire les fondations du discours raciste que ces mêmes disciplines avaient, par le passé, contribué à élaborer aux États-Unis comme en Europe. On ne parlait plus d'inégalité mais d'égalité raciale. Les déclarations insistaient sur l'unité de l'humanité et l'appartenance de tous les Hommes à une même espèce Homo Sapiens.[2] Dans ces textes, les scientifiques choisis par l'UNESCO ont rompu avec les tendances à hiérarchiser et homogénéiser les groupes. L'idée de supériorité raciale était à présent, scientifiquement tout au moins, indéfendable.[3] Cela dit, les races existent toujours, la preuve est dans la rue, selon les mots du rapporteur du second comité réuni à l'initiative de l'UNESCO.[2] À l'époque, souligne Brattain,[4] peu de scientifiques étaient prêts à désavouer la dimension scientifique de la catégorie de race. Cependant, ajoute l'auteure, cet épisode allait démontrer l'aspect construit de cette catégorie dans la mesure où l'initiative de l'UNESCO allait la reformuler. Tout en reconnaissant que le déterminisme biologique n'a pas complètement disparu après la seconde

guerre mondiale, Stepan pense que le racisme scientifique tel qu'il sévissait durant la période 1800-1950 est une histoire du passé.[5] De plus, affirme l'auteure, les scientifiques n'ont plus, depuis lors, besoin de classer les groupes humains tout en comparant l' 'autre' à un 'soi' idéalisé. Pourtant, de nos jours, la 'race' semble 'refluer avec une intensité décuplée'. [6] D'autres auteurs ont quant à eux noté une intensification de l'usage de la catégorie de race dans le domaine de la santé publique aux États-Unis.[7] Sur la base d'une recherche récente dans la base de données *ISI Web of Knowledge*, j'ai en effet constaté que, depuis une dizaine d'années, l'usage de la catégorie de 'race' augmente régulièrement dans les sciences et c'est en santé publique (aux États-Unis) que cette pratique semble être la plus fréquente si l'on en croit le nombre de publications référencées par *ISI Web of Knowledge*. De plus, une recherche du mot 'race' ramène pour ce domaine environ quatre fois plus de documents (943) en 2009 par rapport à 2001 (251). Cette tendance est probablement liée à la décision de l'administration Clinton à la fin des années 1990 de financer la recherche en santé publique en vue d'éliminer aux États-Unis le phénomène qualifié de disparités raciales en santé[8] Des auteurs, brandissant la justice sociale comme valeur fondatrice de la santé publique moderne, appuient et encouragent l'usage de cette catégorie dans la recherche en santé, seule possibilité, selon eux, d'étudier les effets délétères du racisme et de réduire les disparités raciales en santé.[9,10] Selon Fee,[11] on ne saurait penser et parler de santé et de bien-être (aux États-Unis) sans aborder les questions de race et de racisme. En ce sens, on peut donc voir la 'race' comme une catégorie d'analyse critique.[6] Pourtant, il y a aujourd'hui plus de dix ans, Fullilove proposa d'abandonner dans les études de santé publique une catégorie qui renvoie à l'idée de hiérarchie et qui, par le passé, justifiait la traite transatlantique et l'esclavage. [12] Pour Bibeau,[13] la notion de 'race' est impertinente car, d'une part, elle ne rend pas compte des différences entre groupes et, d'autre part, elle signe le retour dans les sciences du racisme qui sous-tend une hiérarchie au sein de l'humanité, hiérarchie fondée sur des différences biologiques et génétiques. Le présent article est issu de ma thèse de doctorat sur la conception contemporaine de la 'race' dans le domaine de la santé publique aux États-Unis. Cette étude s'est appuyée sur l'analyse d'une série de documents publiés entre 2001-2009 dans le domaine sanitaire (gouvernemental et scientifique), et visait à reconstruire les processus de sa formation tout en décrivant les règles auxquelles répondent l'ensemble de ces opérations.

Le propos de cet article vise principalement à présenter et

discuter de la perspective théorique interdisciplinaire qui a été construite lors de cette recherche : j'en suis venu à situer cette forme de la différence non seulement entre pouvoirs, discours et savoirs, mais aussi entre passé et présent.[14] Cette approche insiste non seulement sur le sens politique de la 'race',[6] mais aussi sur les liens étroits qui unissent cette idée aux sciences,[13,15] et aux colonialismes.[1,16-18] À ce propos, Said note la persistance d'une 'culture impériale',[14] que l'on retrouve notamment dans les pratiques scientifiques contemporaines aux États-Unis, se traduisant par une inégalité de la relation entre l'observateur et le sujet de recherche et conduisant à la mise en altérité de ce dernier pour marquer la différence.

La prise en charge de la 'race' par le discours

On pense une chose sur l'horizon du discours qui prévaut à une époque donnée, écrit Foucault.[19] La 'race' a été vue dans ce travail comme un objet de discours qui est soumis à un régime d'existence, un ensemble de conditions historiques qui permet de dire quelque chose à son propos[19] Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas quelque chose, là dans la nature, auquel se réfère l'idée que l'on se fait d'une chose. Cela veut plutôt dire que c'est le discours, en tant que présupposé, qui nous permet de la connaître.[20] Et, si la connaissance à propos du monde se construit dans le discours, celui-ci n'en est pas la copie conforme pour autant. Le discours façonne l'objet de connaissance, la manière d'en parler et de le penser, la mise en pratique des idées et la manière de se conduire face à lui.[17] C'est le réseau constitué par des éléments hétérogènes notamment des institutions, des normes, des techniques, des types de classification, des modes de caractérisation, qui détermine la manière dont on nomme, analyse et explique un objet et qui assure sa formation à un moment de l'histoire, ajoute Foucault.

On peut qualifier de formation discursive, l'ensemble des pratiques et des règles qui vont faire émerger, délimiter et spécifier, en somme faire apparaître un objet de discours à une époque donnée.[19] Autrement dit, pour Foucault, écrit Hall,[17] c'est dans une formation discursive donnée qu'un objet apparaît comme un construit intelligible. Selon Lidchi,[21] la formation discursive renvoie à une opération qui constitue un corpus de connaissance (*body of knowledge*) et qui construit un objet d'une certaine manière tout en limitant les autres manières de le former. Une telle formation, ajoute Lidchi, inclut différents discours. L'étude de l'objet passe donc par l'analyse de sa formation dans le discours qui, écrit Foucault,[19] ne se réduit pas à la langue mais qui doit plutôt être traité 'comme des pratiques qui forment sys-

tématiquement les objets dont ils parlent'. Quels sont donc les éléments qui ont mis en œuvre l'idée de 'race' et par là-même constituer un corpus de connaissances à son propos? Avant d'apporter des éléments de réponse à cette question, je propose de situer cette idée par rapport au pouvoir.

Le racisme, un pouvoir sur la mort

La 'race' est à voir comme une forme de différenciation qui, comme le 'sexe' et la 'classe', sert à produire des différences et des distinctions.[6] Selon Foucault,[22] les races émanent du racisme, une technologie de l'état moderne qui a le pouvoir d'exercer la mise à mort. C'est le racisme, ajoute Foucault, qui a permis de penser les colonisations dans une société qui a pris la vie en charge. La première fonction du racisme, explique Foucault, réside dans la fragmentation de l'humanité en un mélange de races alors que sa fonction seconde vise à établir, 'entre ma vie à moi et la mort de l'autre',[22] une relation biologique de vie et de mort. Les races inférieures, comme les anormaux et les dégénérés, représentent un danger qu'il faut éliminer afin de rendre la vie plus saine. C'est par l'entremise du racisme que l'on assiste à la mise en place de rapports oppositionnels entre le normal et l'anormal, le sain et le dégénéré, et le supérieur et l'inférieur, pense Foucault. Et d'ajouter que les théories évolutionnistes, dont les thèmes et les notions sont la hiérarchie raciale, la lutte entre les espèces, la sélection et l'adaptation et auxquelles a été associée l'idée de race, obligent à penser toute forme de conflit dans une société moderne où fonctionne le biopouvoir, un pouvoir sur la vie dont nous parlerons plus loin.

La 'race', différenciation et domination

La différence raciale a été façonnée par trois rencontres, nous dit Hall: la traite transatlantique, les colonialismes modernes et les migrations récentes en Europe et en Amérique du Nord.[17] La prise en charge de la 'race' comme objet de discours s'est donc étalée sur des siècles et a engagé des sociétés colonisatrices et colonisées, des institutions politiques et scientifiques mais aussi juridiques et militaires et une multitude de pratiques qui ont façonné et fait circuler des images à propos de l' 'autre' racialisé. Les hommes politiques et les scientifiques, durant ces derniers siècles ont, selon le moment et l'endroit, distingué l'humanité en groupes racialisés dont ils ont décrit les individus, mesuré et pesé leur crâne, dessiné et colorié leur corps, puis les ont comparés pour en établir la hiérarchie selon des caractéristiques esthétiques auxquelles ils ont associé des attributs tantôt mentaux tantôt intellectuels tantôt moraux ou encore sexuels.[1,13,15,18] Il est donc essentiel de comprendre que le corps est devenu le

site discursif pour représenter la différence et pour produire une connaissance racialisée;[17] une forme de connaissance qui a accompagné le développement concomitant des états-nations européens et nord-américains.[18] Dans l'extrait ci-dessous, les écrits du futur président Jefferson illustrent l'orientation prise par la pensée raciale à la fin du 18ème siècle aux États-Unis qui trouve l'un de ses points d'ancrage dans le monde politique :

The first difference which strikes us is that of colour. Whether the black of the negro resides in the reticular membrane between the skin and the scarf-skin, or in the scarf-skin itself; whether it proceeds from the colour of the blood, the colour of the bile, or from that of some other secretion, the difference is fixed in nature, and is as real as if its seat and cause were better known to us (...). They [the blacks] are more ardent after their female; but love seems with them to be more an eager desire than a tender delicate mixture of sentiment and sensation (...). Comparing them by their faculties of memory, reason, and imagination, it appears to me, that in memory they are equal to the whites; in reason much inferior (...) and in imagination they are dull, tasteless, and anomalous.[1]

C'est le corps qui permet dorénavant d'appréhender de fixer et d'expliquer la différence.[1] De son côté, suite à un voyage d'une année (1831-1832) aux États-Unis, Alexis de Tocqueville écrit dans *De la démocratie en Amérique*, un titre pour le moins ambigu :

Les hommes répandus dans cet espace ne forment point, comme en Europe, autant de rejetons d'une même famille. On découvre en eux, dès le premier abord, trois races naturellement distinctes, et je pourrais presque dire ennemies. L'éducation, la loi, l'origine, et jusqu'à la forme extérieure des traits, avaient élevé entre elles une barrière presque insurmontable, la fortune les a rassemblées sur le même sol, mais elle les a mêlées sans pouvoir les confondre, et chacune poursuit à part sa destinée. Parmi ses hommes si divers, le premier qui attire les regards, le premier en lumière, en puissance en bonheur, c'est l'homme blanc, l'Européen, l'homme par excellence ; au-dessous de lui paraissent le nègre et l'indien.[23]

Des codes et des lois furent élaborés et mis en place tout au long des 19ème et 20ème siècles aux États-Unis comme ailleurs pour réglementer les droits, les libertés, les devoirs, le statut et l'identité sociale de chacun en fonction de la couleur de la peau.[24] Le colonialisme, par la voie des guerres d'abord et des textes ensuite, est vu comme une formation discursive ayant confiné les sujets colonisés dans un système de représentations.[25] Les représentations de l' 'autre' racialisé se sont toutefois modifiées selon les impératifs politiques coloniaux.[18] Said s'est intéressé aux représentations de l'Orient que l'on retrouve dans un discours en particulier, l'Orientalisme.[26] Ce qui intéresse l'auteur dans ce discours

n'est pas tellement de savoir s'il correspond ou pas à une éventuelle réalité à propos de l'Orient. C'est plutôt la persistance des idées que le discours véhicule à propos de l'Orient qui intéresse l'auteur. Ce discours, qui est à l'origine d'une connaissance à propos de l'Orient, répond à un pouvoir, pense Said; la mise en place de frontières, écrit Said,[14] implique des mécanismes d'autorité, de domination et de souveraineté. De même, Hall suggère que l'Orientalisme produit par le biais des représentations une connaissance racialisée à propos de l' 'autre' qui est inscrite dans l'exercice du pouvoir.[17] L'Orientalisme est un discours autoritaire à la fois politique et académique de l'Occident qui a, depuis les Lumières, consisté à diriger, à produire et à dominer l'Orient, pense Said.[26] L'Orientalisme est un discours qui a non seulement décrit l'Orient mais qui a surtout imposé la manière de le penser et d'en parler. De son côté, Obeyesekere soutient que le cannibalisme décrit au 19^{ème} siècle est un discours.[27] L'auteur donne à penser que ce type de discours nous en apprend plus sur la relation entre l'auteur (l'ethnographe) et les acteurs sociaux (les Hawaïens), et plus aussi sur la préoccupation de l'auteur que sur le phénomène. Le discours a donc, selon Obeyesekere, une nature dialogique dans la mesure où il s'accompagne d'une mise en altérité où l' 'autre' est représenté d'une certaine manière: on définit le sauvage en lui assignant des comportements et en décrivant ses pratiques. Fanon rend compte quant à lui de sa propre expérience de la situation coloniale et de la transformation dont il est l'objet et qui passe par 'des détails, des anecdotes et des récits'. [28] Une transformation qui est décrite comme irrationnelle par l'auteur et qui est centrée, avant toute chose, sur le corps et la sexualité. Le Blanc, suggère Fanon, a besoin de caractériser l' 'autre'. La réalité du Noir se situe dans sa relation avec le Blanc, ajoute Fanon, qui a transformé son schéma corporel en 'un schéma épidermique racial'.

La santé publique ou le paradoxe des discours

La santé publique s'est progressivement constituée à partir du 18^{ème} siècle comme un champ de connaissances, écrit Fassin,[29] suite à l'application au domaine sanitaire de disciplines variées et au passage de la perspective individuelle à l'échelle collective. Toutefois, si la santé publique est un savoir, elle a d'abord exprimé un pouvoir, ajoute Fassin. La santé publique exprime un biopouvoir, une technologie étatique et institutionnelle d'intervention sur la vie, qui, écrit Foucault,[22,30] a émergé ces derniers siècles pour discipliner les corps et contrôler les phénomènes populationnels afin de normaliser les comportements et prolonger la vie. La mise en place, par les autorités politiques, des premiers dispositifs sanitaires en Europe dès la fin du 15^{ème}

siècle,[29] s'est accompagnée de tentatives de contrôle de certains groupes suspectés de menacer l'ordre public,[31] et semble annoncer, à partir du 17^{ème} siècle, la transformation des modes de fonctionnement de l'État moderne, décrite par Foucault,[22,30] qui, dans un contexte d'urbanisation, de croissance démographique et d'industrialisation, viennent à prendre en charge les domaines de la vie et du biologique. Le premier ensemble de mécanismes de ce biopouvoir vise à discipliner les corps. C'est, selon Foucault, tout un système d'assujettissement qui est institutionnalisé pour renforcer les aptitudes et les performances du corps humain au profit du travail par l'entremise d'institutions comme l'hôpital. L'autre face de cette technologie cherche plutôt à contrôler les phénomènes populationnels par la mise en place de mécanismes régulateurs : les services d'assurance et de soins ainsi que les règles d'hygiène, par exemple. La bio-régulation, écrit Foucault,[22,30] qui est centralisée et coordonnée par l'État, consiste notamment à assurer le contrôle de la population en problématisant des phénomènes comme la natalité, la mort et les maladies. Ainsi donc, la santé publique n'est pas à voir comme un simple fait de nature qui affecterait la collectivité, suggère Fassin.[29] Elle est plutôt le résultat d'un ensemble d'opérations qui transforme une situation sociale en un problème sanitaire. Ce processus de problématisation sanitaire est façonné par des opérations de médicalisation et de politisation, écrit Fassin, qui fait appel à un ensemble d'interventions aussi bien médicales (ou même associatives) que médiatiques et politiques. Qui plus est, le langage médical est transformé en termes sanitaires par la voie des techniques disciplinaires: en santé publique, on parle de dépistage, de fréquence, de risque, de mesure préventive, de gravité et de groupes. La santé publique, vaste territoire aux limites floues et dynamiques,[29,32] a été vue dans ce contexte comme un ensemble de pratiques façonnant ses objets tout en se fabriquant elle-même,[19,29] comme un champ de différenciation qui a trouvé la possibilité de faire apparaître et de décrire ses objets et de leur donner un statut.[19]

La racialisation de la santé publique

Pour Fassin,[29] le courant hygiéniste s'inscrit dans la continuité des Lumières : l'objectif majeur étant d'assurer le progrès de l'humanité tout en améliorant et en normalisant les situations inégalitaires. Mais ce constat est pour le moins paradoxal si l'on admet d'une part que les Lumières ont également jeté les bases de la classification raciale,[1,13,18] et d'autre part que, comme projet homogénéisant, l'état a continuellement produit de la différence pour exclure et stigmatiser.[33] En faisant usage de la 'race', la santé publique s'inscrit dans ce processus de différenciation qui vise à iden-

tifier les personnes sur la base de caractéristiques physiques, aussi floues soient-elles.[1] La santé publique apparaît finalement comme une discipline, un dispositif dirait Veyne,[20] qui, par ses pratiques et ses techniques, met en œuvre le discours sur la ‘race’. Exprimer la santé publique en fonction des ‘races’ requiert une fragmentation de la population en groupes racialisés qui, réciproquement, sont fabriqués en termes sanitaires. La racialisation permettant donc d’assurer le processus de problématisation sanitaire en passant d’un niveau individuel et indifférencié à un niveau collectif et différencié. Deux processus entremêlés dont le premier découpe et situe les groupes les uns par rapport aux autres et le second les décrit d’un point de vue sanitaire. Une des conséquences de ces opérations est la caractérisation à la fois de la maladie et des groupes.[34] À Los Angeles au début du 20^{ème} siècle, par exemple, la santé publique participa à racialiser les groupes et constituer les Chinois d’abord et les Japonais ensuite comme l’ ‘autre’ racialisé.[35] L’auteure suggère que la santé publique a, par ses connexions formelles et informelles avec les domaines politiques, des affaires et du monde médiatique, contribué à façonner l’ordre social en racialisant et en stigmatisant certains groupes. C’est ainsi que le rapport d’opposition entre les groupes racialisés devenait un principe d’organisation sociale auquel participait la santé publique. Ainsi, le manque d’hygiène était principalement attribué à certains immigrants alors perçus comme une menace pour la santé du reste de la population urbaine. Pour Molina, les acteurs de santé publique ont insufflé dans les discours politiques, médiatiques et législatifs des éléments qui ont servi à légitimer et à renforcer la hiérarchie raciale et la ségrégation. Selon Hall,[17] la constitution des stéréotypes joue un rôle majeur dans la représentation de la différence raciale. Cette opération concourt à réduire les groupes à quelques caractéristiques en les fixant dans des images réductrices, ceci afin de confirmer l’ordre symbolique. Ce processus tend à exclure le semblable du différent : on fixe les limites de façon symbolique et on exclut tout ce qui n’y appartient pas. De même, les pratiques sanitaires coloniales aux Philippines, en fixant les règles du comportement du soldat américain sous les tropiques, ont façonné l’image du ‘Blanc’ par opposition à l’ ‘autre’[36] C’est ainsi que les pratiques et les principes d’hygiène tropicale allaient progressivement régir le quotidien du soldat américain, note Anderson, qui était encouragé à s’habiller et à se conduire d’une certaine manière pour ne pas sombrer dans la maladie ou la folie. Au contraire, les Philippines et les Chinois étaient décrits, par exemple, comme étant naturellement plus enclins aux travaux lourds. Fee nous rappelle de son côté que les services de santé publique en Alabama ont, il n’y a pas si longtemps, procédé à une

expérimentation qui a consisté à observer l’évolution clinique, sans traitement, de quatre cents patients dits noirs qui souffraient de syphilis.[37] Cette expérimentation débutée en 1932 n’a été arrêtée qu’en 1972, longtemps après que l’antibiothérapie à la pénicilline se soit pourtant révélée bénéfique pour traiter cette maladie potentiellement mortelle. Plus proche de nous, la médecine et la santé publique ont participé à la construction de thèses pour le moins discutables à propos de l’origine et de l’épidémiologie du sida dans les années 1980.[38] L’auteur cite en effet de nombreux médecins américains qui suggéraient une association entre la transmission du VIH et les pratiques culturelles vaudou, ceci ayant eu pour conséquence de stigmatiser la population haïtienne.

Conclusion

La perspective théorique utilisée dans cet article suggère d’une part de ne pas séparer la ‘race’ de l’idée que l’on se fait de la différence à une époque donnée et, d’autre part, de situer cette forme de différenciation au milieu d’opérations de pouvoir. En ce sens, c’est l’idée qui fait la race. Cette idée est mise en jeu par un processus discursif, la racialisation, qui correspond à l’ensemble des opérations, des institutions, des pratiques, des techniques et des représentations qui fixent les règles de la manière de penser la différence dont les objets racialisés sont le résultat. Ce processus répond notamment à une classification, une opération qui consiste non seulement à identifier les personnes mais aussi à situer les groupes les uns par rapport aux autres sur l’échiquier politique.[39] La racialisation est une différenciation centrée sur le corps qui prévaut encore aujourd’hui en santé publique. La santé publique qui a été vue ici comme une instance de délimitation de la ‘race’ et qui a le rôle, avec d’autres instances, de la nommer, la désigner, la décrire et la construire comme objet de discours.[19] Le discours sur la ‘race’ est l’expression d’un pouvoir d’état, le racisme, comme l’a suggéré Foucault,[22] qui assure la production de la différence. La santé publique a donc le rôle d’assurer la mise en œuvre de ce discours en produisant une différence à la fois racialisée et sanitarisée qui s’inscrit dans des rapports d’opposition et de domination. Cela veut dire que si le discours tend à s’imposer à tous, dominants comme dominés,[20] il contribue aussi par les représentations qu’il véhicule, à la création de cette dichotomie.[18] Pour Abu-Lughod,[40] la race constitue un système de différence qui répond, comme le genre et la classe avec qui elle est en relation, à une logique oppositionnelle. Dès lors, l’usage de la ‘race’ comme catégorie d’analyse même critique ne doit pas faire oublier le risque de réification qui lui est associé,[4,18] dans la mesure où la mobilisation d’une telle

idée déclenche le processus et le pouvoir qui lui ont donné naissance. C'est ainsi qu'en cherchant à se réapproprier le pouvoir de représentation, la perspective dite postcoloniale prend le risque, paradoxalement peut-être, de faire le jeu du discours colonial. Que penser en effet des pratiques pour le moins homogénéisantes, universalisantes et généralisantes qui tendent à naturaliser le 'Blanc', la 'culture européenne' ou encore l' 'Occident' pour dénoncer leur domination? Aujourd'hui, le niveau de globalisation cristallise la tension entre des forces homogénéisantes et hétérogénéisantes, entre des politiques de ressemblance et de différence.[39] L'état tente d'exercer un contrôle taxonomique sur la différence par le biais d'images pour domestiquer la différence, ajoute Appadurai. L'auteur pense que des institutions telles que l'état n'offre d'autres options que de penser la différence en certains termes. Il existe une bataille de l'imagination entre celui-ci et les groupes qui le composent, selon Appadurai, dans la mesure où les idées politiques et les aspirations identitaires de ceux-ci cherchent à transgresser les frontières de l'état-nation qui semble difficilement les tolérer puisqu'elles menacent son contrôle. À limiter les catégories et les images, il me semble que l'on limite les possibilités d'être. En somme, la racialisation empêche de penser d'autres possibles. Cette idée de possibilité est discutée par Hacking,[34] qui s'intéresse à ce qui fait les gens ou plus exactement à ce qu'ils pourraient être. L'auteur suggère que le discours politique et médical a engendré une prolifération de types de personnes. Le nominalisme dynamique, décrit par Hacking, suggère que beaucoup de et personnes de comportements humains apparaissent en même-temps que les catégories qui les décrivent. Cela voudrait dire que l'espace des possibles, écrit Hacking, est, dans une certaine mesure, façonné par la manière dont les choses sont nommées et décrites. Toutefois, si de nouvelles technologies du pouvoir sont apparues pour tenter de gérer la vie (et la mort), cela n'empêche pas les individus de faire usage de leur liberté en réagissant aux règles et aux contraintes que le discours leur impose,[39] ou, écrit Hacking,[34] d'être eux-mêmes un modèle pour les autres. C'est ici qu'il faut voir l'intérêt de la notion de discours chez Foucault : un instrument d'analyse critique et de résistance, comme le rappelle Nicholls citant Hook.[41] La 'race' continuera d'exercer le pouvoir qui lui est associé tant que persistera la racialisation. Inversement, il est probable que cette 'race' disparaîtra lorsque toutes les composantes de cette forme de discours sur la différence, et pas seulement les stéréotypes, seront démantelées. Il semble cependant que le discours ethnique, et plus largement le culturalisme, comme système d'opposition et de différence, ait déjà assuré la relève du régime de représentations racialisées.[17]

Références

1. Appiah KA. Race, Culture, Identity: Misunderstood Connections. In: Appiah KA, Gutmann A (eds.). *Color Conscious: The Political Morality of Race*. Princeton: Princeton University Press; 1998. p30-105.
2. Montagu A. *Statement on Race* (3rd ed.). New York: Oxford University Press, 1972.
3. Barkan E. *The Retreat of Scientific Racism, Changing concepts of race in Britain and the United States between the world wars*. New York: Cambridge University Press, 1992.
4. Brattain M. Race, Racism, and AntiRacism: UNESCO and the Politics of Presenting Science to the Postwar Public. *American Historical Review* 2007; 112:1386-413.
5. Stepan N. *The Idea of Race in Science: Great Britain 1800-1960*. London: The MacMillan Press, 1982.
6. Dorlin E (dir.). Introduction. In: *Sexe, Race, Classe, pour une épistémologie de la domination*. Paris: Presses universitaires de France; 2009. p5-18.
7. Dressler WW, Oths KS, Gravlee, CC. Race and Ethnicity in Public Health Research: Models to Explain Health Disparities. *Annual Review of Anthropology* 2005; 34:231-52.
8. U.S. Department of Health and Human Services. President Clinton announces New Racial and Ethnic Health Disparities Initiative. 1998. Disponible sur <http://www.hhs.gov/news/press/1998pres/980221.html>. Consulté le 6 décembre 2008.
9. Krieger N, Birn AE. A vision of social justice as the foundation of public health: commemorating 150 years of the spirit of 1848. *American Journal of Public Health* 1998;88:1603-5.
10. Thomas SB. The color line: Race matters in the elimination of health disparities. *American Journal of Public Health* 2001; 91:1046-8.
11. Fee E. Public Health, Past & Present: A Shared Social Vision. In: Rosen G. *A History of Public Health* (2nd ed.). Maryland: Johns Hopkins University Press; 1993. p.ix-lix.
12. Fullilove MT. Abandoning 'Race' as a Variable in Public Health Research – An Idea Whose Time Has Come. *American Journal of Public Health* 1998; 88(9):1297-8.
13. Bibeau G, Pedersen D. A return to scientific racism in medical social sciences: the case of sexuality & the AIDS epidemic in Africa. In: M Nichter, M Lock (eds). *New Horizons in Medical Anthropology*. New York: Routledge; 2002. p141-71.
14. Said E.W. *Culture et Impérialisme* (trad. Paul Chemla).

Paris: Fayard/Le Monde diplomatique, 2000.

15. Gould, JG. *The Mismeasure of Man: The definite refutation of the argument of the Bell Curve*. New York: W.W. Norton Company, 1996.

16. Kapila S. *Race Matters: Orientalism and Religion, India and Beyond c.1770-1880*. *Modern Asian Studies* 2007; 41:471-513.

17. Hall S. (ed.). *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices*. London: Sage, 2003.

18. Loomba A. *Colonialism/Postcolonialism* (2nd ed.). New York: Routledge, 2005.

19. Foucault M. *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard, 1969.

20. Veyne P. *Foucault : sa pensée, sa personne*. Paris: Albin Michel, 2008.

21. Lidchi H. *The Poetics & The Politics of Exhibiting Other Cultures*. In: Hall S (ed.). *Representation: Cultural Representations & Signifying Practices*. London: Sage; 2003. p151-222.

22. Foucault M. *Cours du 17 mars 1976*. In: *Il faut défendre la société: cours au Collège de France. 1975-1976*. Paris: Gallimard/Le Seuil; 1997. p213-35.

23. de Tocqueville A. *Quelques considérations sur l'état actuel et l'avenir probable des trois races qui habitent le territoire des Etats-Unis*. In: *De la démocratie en Amérique I*. Paris: Gallimard; 1986/1961. p466-530.

24. Bessone M. *Postface*. In : *Du Bois W.E.B. Les âmes du peuple noir*. Paris: Éd. rue d'Ulm; 2004. p271-337.

25. Tiffin C, Lawson A (eds.). *Describing Empire, Post-colonialism and Textuality*. London: Routledge, 1994.

26. Said EW. *Orientalism*. New York: Vintage Books, 1978.

27. Obeyesekere G. "British Cannibals": *Contemplation of an Event in the Death and Resurrection of James Cook, Explorer*. *Critical Inquiry* 1992; 18:630-54.

28. Fanon F. *Peau noire, masques blancs*. Paris: Seuil, 1971.

29. Fassin D. *Faire de la santé publique*. Rennes: Éditions de l'École nationale de la santé publique, 2005.

30. Foucault M. *Histoire de la sexualité: La volonté de savoir*. Paris : Gallimard, 1976.

31. Porter D. *Health, civilization & the state. A history of public health from ancient to modern times*. *Population, health and pre-modern states*. London: Routledge; 1999. p10-61.

32. Gagnon F, Bergeron P. *Le champ contemporain de la santé publique*. In Bégin C, Bergeron P, Forest P, Lemieux V. *Le Système de santé québécois. Un modèle en transformation*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal; 1999. p229-58.

33. De Boeck F, Plissart M-F. *Kinshasa: récits de la ville invisible*. *La renaissance du livre*, 2005.

34. Hacking I. *Making Up People*. In: Stein E (ed.). *Forms of Desire: Sexual Orientation and the Social Constructionist Controversy*. New York: Routledge; 1992. p69-88.

35. Molina N. *Fit to be Citizens? Public Health & Race in Los Angeles, 1879-1939*. Berkeley: UC Press, 2006.

36. Anderson W. *Colonial Pathologies: American Tropical Medicine, Race, and Hygiene in the Philippines*. London: Duke University Press, 2006.

37. Fee E. *The Wages of Sin? Struggles over the Social Meaning of Venereal Disease and AIDS*. In: Kawakita Y, Shizu S, Otsuka Y (eds.). *History of Epidemiology, Proceedings of the 13th International Symposium on the Comparative History of Medicine – East and West (4-10 Sep., 1988)*, Japan: IshiyakuEuroAmerica Inc.; 1993. p161-89.

38. Farmer P. *Sida en Haïti. La victime accusée* (trad. Corine Hewlett). Paris: Karthala, 1996.

39. Appadurai A. *Après le colonialisme: les conséquences culturelles de la globalisation*. Paris: Payot, 2005.

40. Abu-Lughod L. *Writing against culture*. In: Fox RG (ed.). *Recapturing Anthropology: Working in the Present*. Santa Fe: School of American Research Press; 1991. p137-62.

41. Nicholls DA. *Putting Foucault to work: an approach to the practical application of Foucault's methodological imperatives*. *Aporia* 2009; 1(1):30-40.

Remerciements

L'auteur souhaite remercier le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada pour la bourse de doctorat qui lui a été accordée pour réaliser sa recherche (No.752-2007-1215). Merci également à Gilles Bibeau pour avoir assuré la supervision de ce travail et à Christiana Abraham pour ses suggestions.

Pour contacter l'auteur:

Patrick Cloos, Ph.D.

*Programme de doctorat en sciences humaines appliquées
Université de Montréal*

C.P. 6128, succursale Centre-ville

Montréal, Québec, H3C 3J7

Canada

Courriel: patrick.cloos@umontreal.ca

4

Résumé

Selon plusieurs chercheurs, certains discours sur les habitudes de vie responsabilisent excessivement les individus pour leur état de santé, condamnent moralement les malades et contribuent à créer, à reproduire ou à renforcer des structures de pouvoir. Au Canada, l'hypertension est une condition multifactorielle et un des plus importants facteurs de risque modifiables de morbidité et de mortalité cardiovasculaires. L'objectif de notre étude est d'une part, de déterminer la place que prennent les habitudes de vie dans la couverture médiatique de l'hypertension artérielle, d'autre part, d'évaluer la teneur morale et politique de ces contenus sur les habitudes de vie. Nous avons procédé à l'analyse critique du discours des journaux québécois sur les habitudes de vie et l'hypertension. Nous avons relevé une décontextualisation de l'hypertension –c'est-à-dire une négligence de ses déterminants sociaux et environnementaux- ainsi qu'une moralisation grandissante du discours sur les habitudes de vie au fur et à mesure que l'on passe du journal plus sérieux au plus populaire. Nous discutons différents facteurs pouvant possiblement rendre compte de ce phénomène.

Mots clés habitudes de vie, hypertension, journaux, responsabilisation

Hypertension artérielle et habitudes de vie dans les journaux québécois: désocialisation, responsabilisation individuelle et réprobation morale

JOHANNE COLLIN & DAVID HUGHES

Introduction

La santé et la maladie ne sont pas réductibles à des réalités physiologiques. Ce sont aussi des phénomènes socioculturels imbus de significations socialement construites. Ces significations renvoient à des conceptions de la santé et de la maladie, des facteurs en cause, des traitements ainsi qu'à des normes et des valeurs. Les médias sont un des lieux où se créent et se disputent différentes significations entourant la santé et la maladie. Les significations contenues dans les médias forment des discours. Les discours possèdent un certain pouvoir en ce qu'ils permettent de définir un

objet et de délimiter le champ de ce qui peut en être dit. Ils peuvent persuader, attirer l'adhésion de certains individus ou groupes, discréditer d'autres discours, imposer une certaines conceptions de la réalité, attribuer le mérite et le blâme. Ils permettent de créer, de reproduire ou de renforcer des structures de pouvoir. L'analyse critique des discours médiatiques sur la santé et la maladie permet d'en révéler les dimensions morales et politiques.

La nature des discours médiatiques est déterminée à la fois par des impératifs journalistiques et des forces socioculturelles et politiques plus larges, c'est-à-dire des idéologies dominantes dans une culture donnée et des forces sociales qui les sous-tendent. Inversement, les discours médiatiques renferment des savoirs, des normes et des valeurs qui influencent les croyances, attitudes et comportements de santé des individus. Les médias entretiennent ainsi des rapports réflexifs et dialectiques avec les 'réalités' physiques et sociales.

Dans cet article, nous nous intéresserons à la couverture

médiatique de l'hypertension artérielle. L'hypertension est un des plus importants facteurs de risque modifiable de morbidité et de mortalité cardiovasculaires. En 2002, l'OMS estimait qu'elle causait au moins 50% des maladies cardiovasculaires et 75% des accidents vasculaires cérébraux.[1] Elle serait à l'origine de 6% des décès dans le monde.[2] Les dernières données pancanadiennes sur l'hypertension estimaient que 22% des canadiens étaient hypertendus. Parmi ces derniers, 42% n'étaient pas informés de leur état, 33% prenaient des médicaments et seulement 16% contrôlaient leur pression.[3]

L'hypertension est une condition médicale complexe liée à différents facteurs tel que les prédispositions génétiques,[4] les habitudes de vies et l'environnement physique et social.[6] Plusieurs études ont démontré que cette condition médicale a tendance à se concentrer dans certaines classes sociales plutôt que d'autres.[7,8] D'autres études ont établi un lien entre les conditions de travail, l'hypertension et les maladies cardiovasculaires.[9-12] Enfin, l'hypertension est associée à l'urbanisation et serait inexistante dans plusieurs sociétés rurales traditionnelles.[6,13]

La nature complexe et multifactorielle de cette condition permet une multitude de discours prenant différents angles et accentuant différents aspects de cette réalité. Depuis l'avènement de la nouvelle santé publique et son mandat de promotion de la santé, les habitudes de vie ont pris de plus en plus de place dans les discours scientifiques, publiques et médiatiques sur la santé. L'objectif de notre étude est d'une part, de déterminer la place que prennent les habitudes de vie dans la couverture médiatique de l'hypertension artérielle, d'autre part, d'évaluer la teneur morale et politique des contenus sur les habitudes de vie.

De nombreuses études ont fait l'analyse des discours médiatiques sur la santé. Plusieurs d'entre elles portent sur le cancer[14-26] et quelques-unes sur le VIH-SIDA.[14,16,27-29] Il existe quelques articles traitant des maladies cardiovasculaires en générale[14,16,25,30] mais aucune exclusivement sur l'hypertension artérielle malgré sa haute prévalence et ses conséquences morbides et mortelles.

Une autre particularité de notre étude est de contraster trois types de journaux : un journal de référence, un omnibus grand format et un tabloïde. Le journal de référence est un quotidien sérieux, privilégiant la couverture équilibrée d'événements et d'enjeux d'intérêt public et accordant une place importante aux éditoriaux et analyses. L'omnibus est un journal polyvalent, au ton un peu plus populaire,

qui touche autant à l'actualité politique qu'au sport, en passant par le divertissement et la santé. Le tabloïde est un journal résolument populaire, essentiellement tourné vers le spectaculaire et le dramatique. Il donne une certaine place au politique et aux enjeux publics mais accorde une place démesurée aux faits divers, aux sports, aux potins people, aux actes criminels et aux catastrophes.

Les tabloïdes ont un lectorat très important et doivent intéresser les chercheurs tout autant que les autres journaux.[31,32] Collant de plus près à la réalité des classes populaires, ils sont souvent révélateurs de changements sociaux importants ignorés par les journaux plus sérieux.[33] Malgré leurs spécificités et leur très grande popularité, les tabloïdes sont le plus souvent ignorés dans les études sur les contenus médiatiques.

Cadre conceptuel

Attribution causale et jugement moral

La santé et la maladie sont des phénomènes complexes. Afin de rendre compte de ces phénomènes, les médias privilégient certaines dimensions de la réalité. En études des médias, un 'frame' est l'angle ou la perspective adoptée dans la couverture d'un phénomène ou d'un événement. L'adoption d'un 'frame' particulier oriente la compréhension d'un phénomène en privilégiant certains thèmes, explications, solutions et en négligeant d'autres :

(...) to frame is to select some aspects of a perceived reality and make them more salient in a communicating text, in such a way as to promote a particular problem definition, causal interpretation, moral evaluation, and/or treatment recommendation.[34,p52]

La maladie a souvent été classée en fonction du niveau de responsabilité du malade pour son état de santé.[35] Alors que les discours faisant appel aux facteurs génétiques, sociaux et environnementaux situent, à différents degrés, la maladie hors du contrôle du malade, les discours sur les habitudes de vie à risque ont plutôt tendance à mettre la responsabilité sur le malade lui-même.[36] Certains observateurs ont identifié dans les discours publics une éloge de l'autonomie et du contrôle de soi comme voie vers la santé.[37-40] Les attributions causales de la maladie sont étroitement liées à l'évaluation morale du malade. Dans les discours plus radicaux, la responsabilité individuelle est accompagnée de la condamnation morale du malade.[28,35,36,41-44] La santé est alors associée à la vertu, la maladie, au vice.[45]

L'environnement physique et social joue un rôle important dans l'étiologie et l'épidémiologie de plusieurs maladies. Cependant, plusieurs analyses des contenus des journaux

sur la santé et la maladie ont révélé une négligence des perspectives sociopolitique et environnementale et une préférence pour les perspectives 'biomédicale' et 'habitudes de vie'. [14,17,23,26,30,46-48] De plus, une étude auprès de journalistes canadiens s'occupant de la couverture de la santé a révélé que ceux-ci croient que la santé est davantage le fait du système de santé et des habitudes de vie que de facteurs socio-économiques et environnementaux. [49]

L'angle et la nature des contenus médiatiques dépend à la fois de l'organisation et du fonctionnement de l'institution médiatique (facteurs internes) et du contexte socioculturel et politique plus large (facteurs externes). [50,51] Dans cette étude, nous tenons compte de la dynamique globale de la production de contenus médiatiques en adoptant à la fois une perspective 'internaliste' et 'externaliste'. [52]

Les facteurs internes façonnant les contenus médiatiques

La recherche en études des médias révèle que les médias fonctionnent selon leurs propres règles d'opération et produisent des contenus qui répondent à des indicateurs de valeur médiatique. Ainsi, les médias ne font pas que refléter la 'réalité' telle que conçue par la médecine et la santé publique, ou reproduire les idéologies dominantes mais, en tant que discours, participent aussi à leur construction. [46,53]

Il existe une vaste littérature sur la valeur médiatique (news value, newsworthiness). Depuis l'importante contribution de Galtung et Ruge, [54] toute une série d'études se sont employées à dégager les qualités que doivent posséder les contenus médiatiques. [55-59] Les indicateurs de valeur médiatique auxquels on réfère souvent dans la littérature sont ceux tirés du textbook de Dominick [59, p285-6] : 1- la nouveauté et l'actualité; 2- la proximité géographique et psychologique avec les lecteurs; 3- l'importance, la crédibilité ou la célébrité de la source; 4- l'ampleur de l'événement, le fait qu'il touche un grand nombre de gens; 5- 'human interest' : la charge émotive de l'événement, son caractère spectaculaire, dramatique ou inusité.

Par ailleurs, l'accroissement de la concurrence dans l'univers de la presse a entraîné des changements notables. Par exemple, au niveau du format, on remarque une réduction de la taille des articles. [59] Le rythme du travail journalistique a lui aussi un impact sur les contenus. Le journaliste a peu de temps pour faire une recherche approfondie sur un phénomène complexe donné ce qui le conduira à en faire une représentation unidimensionnelle et superficielle. De plus, dans ces conditions, le plus efficace est de toujours recourir aux mêmes sources (experts), ce qui conduit encore

davantage à une homogénéisation du discours. [28,60]

Les facteurs évoqués plus-haut sont surtout techniques. Ils ont trait au fonctionnement de l'institution médiatique et au travail journalistique. Ils ont certainement des effets idéologiques indirects sur les contenus (ex. simplification des phénomènes complexes, climat de peur, attentes irréalistes vis-à-vis des sciences et technologies, etc.). Cependant, ces effets ne sont pas le résultat de l'intégration dans les contenus d'éléments tirés du contexte idéologique plus large. Dans ce qui suit, nous nous tournons vers les facteurs externes qui influencent les contenus, c'est-à-dire les mécanismes par lesquels des éléments idéologiques contextuels sont intégrés dans les contenus médiatiques.

Les facteurs externes façonnant les contenus médiatiques

Pour les producteurs de contenus, la publicité est une source importante voire la source essentielle de revenu. Dans le contexte d'une industrie médiatique essentiellement privée, le pouvoir des *publicitaires* devient important. En se dissociant des médias présentant une image trop critique de la société de consommation, de l'économie de marché et des grandes entreprises, les publicitaires interviennent sur la nature des contenus. [61] De plus, étant souvent eux-mêmes de grands empires et en étant de plus en plus associés à d'autres entreprises dans de grands conglomerats (ex. General Electric et NBC), les grands médias ont intérêt à présenter une image positive des entreprises associées et de l'économie de marché en général. [60] Ces impératifs économiques prennent la forme d'une ligne éditoriale plus ou moins contraignante. Cependant, selon la qualité du média, certaines normes journalistiques (ex. l'obligation de faire une couverture 'balancée' des événements) ainsi que la lutte pour l'indépendance professionnelle des journalistes concourent à préserver la qualité des contenus.

Un deuxième mécanisme par lequel certaines idées et valeurs viennent à dominer dans les médias est le *choix des sources*, ceux qu'on appelle parfois les 'sponsors' [60] ou encore les 'talking heads' [28]. Lorsqu'il s'agit de choisir une source d'information, les producteurs de contenus ont une préférence pour les personnes considérées comme faisant partie de l'élite. Il s'agit souvent de personnalités publiques ou politiques ou encore de célébrités du monde du sport ou du divertissement. Dans le cas de la couverture médiatique de la santé et de la maladie, les sources privilégiées sont plutôt les professionnels de la santé, les journaux scientifiques et les représentants gouvernementaux. [62-64] Or, en accordant plus d'attention au point de vue de l'élite, les médias se font

le plus souvent les porte-paroles des détenteurs de pouvoir dans la société.[28,32,65]

Un troisième mécanisme est le '*cultural mapping*'. [32,66] Afin de rendre leurs messages intelligibles, les producteurs doivent replacer les contenus médiatiques dans le contexte socioculturel plus large. La narration médiatique doit s'inscrire dans une 'métanarration', c'est-à-dire dans des systèmes de significations partagés avec l'audience. À son tour, l'audience décode le message en faisant appel à des 'cultural maps'. [50] Le 'cultural mapping' donne une certaine résonance culturelle aux contenus médiatiques, une certaine compatibilité avec les formes discursives plus large qui non seulement les rend intelligibles, mais leur donne aussi de la crédibilité. [67] Ainsi, afin de rendre leurs contenus signifiants pour l'audience, les producteurs font intervenir des éléments idéologiques issus du contexte socioculturel et politique.

Enfin, un phénomène parfois appelé '*circle of ideology*', [68] renvoie au fait que les médias opèrent à l'intérieur d'un ensemble de présuppositions qui ne sont pas remises en question, des 'définitions de la situation', des constructions naturalisées qui ne sont pas contestées. En prenant ces présuppositions pour acquis et en les reproduisant implicitement, les médias définissent la réalité en fonction d'elles, structurent le débat public au sujet de cette réalité et renforcent les systèmes de valeurs dominants. Il devient ainsi difficile de penser à l'extérieur de ces présuppositions.

D'une part, les journalistes produisent, dans un court laps de temps, des contenus de format de plus en plus réduit et qui répondent à des critères de valeurs médiatiques. D'autre part, en vertu de leur positionnement dans le système économique, de leur dépendance envers les publicitaires, du choix des sources, de la nécessité de placer les contenus dans le contexte narratif plus large et de la présence de présuppositions, les médias intègrent, maintiennent et renforcent des éléments idéologiques présents dans la société. C'est à la jonction de ces forces que les contenus médiatiques sur les habitudes de vie liées à l'hypertension prennent forme. C'est vers ces contenus que nous nous tournons maintenant.

Méthodologie

Notre étude se concentre sur la province canadienne du Québec. Ce choix reflète l'importance de coller au plus près des situations concrètes dans lesquelles se matérialise la circulation des savoirs, celle-ci étant ancrée dans les cultures locales. Or, le français est la langue la plus parlée dans cette province. En 2006, 81.8% de la population (6 085 1556 / 690 130) parlait le plus souvent français à la maison. [69] Ainsi,

notre corpus est constitué d'articles provenant des 3 plus importants journaux canadiens francophones, représentant 3 types de journaux : un journal de référence (Le Devoir), un omnibus grand format (La Presse) et un tabloïde (Journal de Montréal).

La période de publication retenue s'est échelonnée sur 11 années, soit de 1995 à 2005 inclusivement. La couverture d'une période aussi étendue permet d'éviter les biais de sélection entraînés par la domination d'un thème suite à un événement marquant. Nous avons utilisé la base de données Biblio Branchée pour avoir accès aux articles des quotidiens et revues ayant une version électronique. Afin d'identifier les articles pertinents, nous avons alors employé différents mots clés : 'hypertension' et 'maladies cardiovasculaires', le nom des différentes classes d'antihypertenseurs ainsi que les noms commerciaux des meilleurs vendeurs. L'absence de version électronique et de base de données complète pour le tabloïde nous a obligés à procéder par dépouillement manuel. Le dépouillement manuel à l'aide de microfilms sur une période de 11 ans représentait une tâche trop considérable. Pour le tabloïde, nous avons donc décidé d'analyser l'édition du dimanche où la concentration d'articles traitant de la santé et le lectorat sont importants. Nous croyons avoir évité les biais pouvant être entraînés par ce choix. D'une part, pendant la période étudiée, le tabloïde ne publiait pas une section « sciences et technologies » ou « santé » un jour spécifique de la semaine. D'autre part, il publiait tous les jours de la semaine la chronique santé que nous retrouvons dans l'édition retenue.

Il a fallu effectuer un travail de filtrage des articles car ils n'étaient pas tous pertinents. Les articles exclus étaient ceux qui traitaient par exemple de l'hypertension pulmonaire ou de grossesse ou qui référaient uniquement à des personnalités atteintes d'hypertension. Nous avons informatisé les articles qui ne l'étaient pas et avons intégré tous les articles retenus dans le logiciel NVivo pour une analyse de contenu. Enfin, nous avons codé l'ensemble du corpus (n=378) (tableau 1) afin de faire émerger les principales rubriques [70] liés à l'étiologie, à la prévention et au traitement de l'hypertension. Cela a permis de dresser un tableau des sujets abordés, d'évaluer l'importance relative de la rubrique 'habitude de vie' dans le corpus et de délimiter notre échantillon (tableau 2).

Nous avons procédé à l'analyse de discours des articles traitant de la rubrique habitudes de vie (n=162). Nous avons cherché à débusquer les significations latentes, les éléments de pouvoir et à en évaluer le ton moral. Pendant cet exercice, nous avons été attentifs à aux 'micro-propriétés' du langage, [28] c'est-à-dire au style lexical, aux épithètes, figures

de style (comparaisons, métaphores, personnifications). Ces éléments linguistiques soulignent des aspects particuliers de

leur référent au détriment d'autres aspects et leur analyse permet de découvrir des construits culturels implicites.

Type	Tirage* (copies/sem.)	Nombre d'articles sur l'hypertension	Nombre d'articles sur l'hypertension et les habi- tudes de vie
Journal de référence	177 816	53	16
Omnibus grand format	1 485 088	233	89
Tabloïde	1 925 384	92	57
Total	3 588 288	378	162

*Information sur les tirages : CEM (2008) Portrait Sectoriel de la Presse Quotidienne. URL : <http://www.cem.ulaval.ca/pdf/presse%20quotidienne.pdf>

Rubriques	Nombre d'articles (%)			
	Référence (53 articles)	Omnibus (233 articles)	Tabloïde (92 articles)	Total (378 articles)
Habitudes de vie	16 (30)	89 (38)	57 (62)	162 (43)
Alimentation	11 (21)	47 (20)	35 (38)	
Activité physique	6 (11)	29 (12)	17 (18)	
Surplus de poids	6 (11)	31 (13)	14 (15)	
Alcool	1 (2)	17 (7)	2 (2)	
Tabac	0 (0)	10 (4)	9 (10)	
Stress	2 (4)	11 (5)	9 (10)	
Médicaments	23 (43)	58 (25)	23 (25)	104 (28)
Environnement physique et social	7 (13)	19 (8)	3 (3)	29 (8)
Génétique	4 (8)	11 (5)	6 (7)	21 (6)
Produits naturels	1 (2)	6 (3)	12 (13)	19 (5)

Plusieurs rubriques peuvent apparaître dans le même article et certains articles parlant d'hypertension peuvent ne pas traiter de son étiologie, de sa prévention ou de son traitement. Ce qui explique pourquoi la somme des pourcentages n'est pas 100.

	Nombre d'articles (%)		
	Référence (16 articles)	Omnibus (89 articles)	Tabloïde (57 articles)
Contient des extraits adoptant un langage plutôt descriptif	15 (94)	58 (65)	26 (46)
Contient au moins un extrait mettant l'accent sur la responsabilité individuelle	1 (6)	28 (29)	20 (35)
Contient au moins un extrait comprenant un jugement moral	0 (0)	5 (6)	11 (19)

Les trois catégories sont exclusives, le ton de degré supérieur supplantant les autres. Ainsi, un article contenant les trois types d'extraits sera classé dans la catégorie « jugement moral ».

Résultats

La prédominance des habitudes de vie et la négligence des facteurs sociaux et environnementaux

Les thèmes 'habitudes de vie' sont prédominants dans notre corpus (tableau 2). En effet, 43% des articles font un lien entre l'hypertension et les habitudes de vie. De plus, on note une augmentation de l'importance de ce groupe de thèmes selon le type de journal : 30% dans le journal de référence, 38% dans l'omnibus et 62% dans le tabloïde. Les autres facteurs d'hypertension tels que les prédispositions génétiques et l'environnement physique et social sont peu présents dans les trois types de journaux. Les extraits sur les habitudes de vie en lien avec l'hypertension prennent trois formes, adoptant chacune un ton morale différent : 1- des extraits plutôt descriptifs; 2- des extraits mettant l'accent sur la responsabilité individuelle; 3- des extraits contenant des jugements de valeurs moralisateurs à l'endroit des malades (tableau 3).

Les extraits adoptant un langage plutôt descriptif

Les trois types de journaux ne varient pas seulement en fonction de la place qu'ils réservent aux habitudes de vie, ils diffèrent aussi quant au ton et aux accentuations. Dans la plupart des passages de notre corpus, les habitudes de vie apparaissent dans des énoncés plutôt descriptifs quant à l'étiologie, la prévention et le traitement de l'hypertension. On se contente alors de présenter les facteurs de risque ou de relever l'efficacité de l'adoption de bonnes habitudes de vie : « Les personnes qui font de l'embonpoint, sont sédentaires, boivent beaucoup d'alcool ou consomment beaucoup de sel risquent davantage de souffrir d'hypertension artérielle » (R : 26); « La consommation d'alcool semble modifier le risque d'hypertension artérielle chez la femme. Selon une étude américaine, un verre et demi par jour au maximum de bière, de vin ou d'alcool fort diminue le risque d'hypertension de près de 15 %, alors qu'une plus grande quantité augmente ce risque de 30 % » (O : 76).

Les extraits mettant l'accent sur la responsabilité individuelle

D'autres passages sont plus explicitement normatifs et mettent davantage l'accent sur la responsabilité et la volonté individuelle. Le style lexical employé est celui du 'choix', de la 'gestion', de la 'discipline' et du 'contrôle de soi'. Cette catégorie comprend aussi des extraits dans lesquels se trouvent des directives à l'impératif (ex. consommez moins de sel) ou à l'infinitif accompagné du semi-auxiliaire 'devoir' ou 'pouvoir', exprimant une injonction ou le caractère

souhaitable d'un comportement particulier (ex. vous devriez consommer... ; vous pourriez consommer...). Ce type de discours apparaît surtout dans l'omnibus et le tabloïde : « (...) en montrant son journal alimentaire à un ami proche, on se *responsabilise* et on devient plus conscient des impacts de *nos choix* alimentaires » (O : 34); « Ainsi, plusieurs changements d'habitudes de vie peuvent contribuer au traitement et à la prévention de l'hypertension. Les bienfaits de ces changements seront proportionnels à votre *motivation* et vos *efforts* » (O : 48); « Les situations stressantes sont difficiles à éviter. Mais il est toujours possible de *contrôler notre réponse* à ces situations. Lorsqu'on parle de meilleure *gestion* du stress, c'est de cette réponse aux situations stressantes qu'il est question. Il n'est jamais nécessaire de mal réagir » (T : 20); « Artériosclérose, hypercholestérolémie, insuffisance cardiaque, hypertension, angine, quel que soit le diagnostic de maladies cardio-vasculaire, il faut d'abord accuser le choc puis *prendre son destin en main* » (T : 65).

La métaphore de la roulette russe accentue le caractère volontaire de l'exposition aux risques associés aux habitudes de vie pathogènes tout en soulignant l'imprévisibilité : « (...) les hypertendus jouent à la *roulette russe* avec leur santé et leur vie. Résultat : un million de morts prématurées à travers le monde chaque année » (T : 40).

Les extraits contenant des jugements de valeur et des évaluations morales

On observe parfois une moralisation des habitudes de vie dans le tabloïde allant de temps à autre jusqu'à la condamnation et la stigmatisation. Certaines manifestations de ce sous-thème prennent la forme d'une morale de la tempérance de type aristotélicienne (le juste milieu) ou d'une condamnation judéo-chrétienne du plaisir. La recherche du plaisir est parfois associée à l'excès et est condamnée. Le champ lexical de ce type d'énoncés comprend des mots ayant une connotation morale tels que 'raisonnable', 'équilibre', 'abus' et 'excès' : « De nombreuses études ont prouvé qu'une consommation modérée d'alcool accroît la longévité et diminue les risques de crise cardiaque. Certains avancent que les médecins devraient cacher la chose, car elle pourrait encourager l'alcoolisme. Mais nous ne cessons pas de vendre des automobiles parce que quelques *imbéciles* foncent à 180 à l'heure sur les routes » (O : 227); « (...) il ne faut jamais *trop boire ou trop manger* lorsqu'on fait de l'hypertension artérielle. (...) Il faut boire selon la soif et jamais plus. Il faut aussi manger selon la faim et jamais plus » (T : 3); « Le quatrième type de patients est formé d'individus désintéressés et essentiellement orientés vers *la recherche du plaisir*. Non seulement cessent-ils d'eux-mêmes de prendre

leur médication, sans en parler à leur praticien, mais ils n'ont aucun intérêt pour les pratiques de vie saine. Ces individus adoptent généralement un *mode de vie malsain* et ne voient pas la nécessité de se *réformer* » (T : 37); « La personne qui ne boit pas d'une façon *abusive* et qui ne mange pas à *outrance* peut éviter l'hypertension artérielle. Même s'il ne s'agit pas du seul facteur impliqué dans le problème de l'hypertension, il s'agit d'un facteur important. Il faut donc boire et manger *raisonnablement*, en fonction des besoins réels de l'organisme. Tout excès dans ce domaine, même léger, favorise l'hypertension artérielle. Boire *pour le plaisir* de boire, ou boire parce qu'on s'est fait dire qu'il faut consommer plusieurs verres d'eau par jour ne constituent pas de bonnes mesures. Il faut absolument trouver le *juste équilibre* dans ce domaine » (T : 69).

Inversement, certaines vertus morales sont associées à une tension artérielle normale. Par exemple, la tolérance et le pardon conduisent non seulement à la sagesse, mais aussi à la santé : « (...) l'hostilité et la colère provoquent le relâchement dans le sang d'hormones du stress. Ces hormones entraînent automatiquement une élévation de la tension artérielle, accompagnée d'une augmentation du taux de cholestérol. (...) Pour corriger ce problème, il faut modifier cette attitude en adoptant un comportement *plus sage et plus tolérant* » (T : 29); « Il n'est pas étonnant que le *pardon* soit associé à une pression artérielle plus basse. Une personne qui ne parvient pas à pardonner entretient en elle des sentiments qui génèrent beaucoup de stress, ce qui ne peut qu'accroître sa pression artérielle » (T : 73).

Discussion

La désocialisation de l'hypertension et de ses facteurs de risques

Les déterminants sociaux et environnementaux jouent un rôle important dans l'étiologie et l'épidémiologie de l'hypertension. Or, dans notre corpus, les considérations autour du statut socioéconomique, des conditions de travail, de l'organisation du territoire, du système économique, de l'industrie alimentaire, de la qualité de l'air, etc. sont très peu présentes (tableau 2). Comme nous l'avons déjà indiqué, de nombreuses études ont relevé la même négligence des déterminants sociaux de la santé dans les médias. Les médias ont pourtant un rôle politique fondamental à jouer dans les sociétés démocratiques en informant les citoyens sur les forces sociales qui ont un impact sur leurs conditions de vie.[60] Pourquoi les facteurs socioéconomiques et environnementaux sont-ils négligés dans les contenus des journaux sur l'hypertension? Ce phénomène est probablement

le résultat d'un ensemble de facteurs.

Certains éléments de réponse peuvent être tirés des études des médias. La première qualité d'une nouvelle est sa nouveauté.[59] L'importance accordée à la nouveauté pousse les médias à couvrir plus souvent des événements singuliers que des processus ou des thèmes généraux.[65,71] Cette couverture 'événementielle' d'enjeux de santé publique a tendance à négliger les forces sociales à l'œuvre dans les phénomènes de santé et, par conséquent, la part de responsabilité des acteurs publics et politiques sur la santé des populations est moins évidente pour les lecteurs.[71] Un autre impératif médiatique qui contribue à désocialiser l'hypertension est la nécessité d'identifier un coupable.[72] En effet, il est plus facile de porter des accusations lorsqu'un problème est présenté comme ayant une cause clairement définie tel un comportement individuel à risque. Enfin, compte tenu du temps et de l'espace disponible aux journalistes, il devient difficile de traiter des dimensions socioculturelles, économiques et politiques de la maladie. Elles sont complexes et nécessitent de la recherche et des développements en longueur.

Par ailleurs, plusieurs facteurs externes peuvent contribuer à la désocialisation de l'hypertension dans les journaux. D'abord, les sources peuvent avoir un rôle important à jouer. En effet, lorsqu'il s'agit de choisir des sources sur des thèmes touchant la santé, les journalistes ne sont pas spontanément portés à se tourner vers les sociologues, les anthropologues ou les chercheurs en santé communautaire. Ils sont au contraire portés à consulter les médecins qui portent souvent un discours plutôt individualisant et se focalisant sur les comportements à risque. D'autres éléments de réponse proviennent de l'économie politique. En raison de leur dépendance envers les publicitaires et de leur positionnement dans le système économique (conglomérats, actionnariats, etc.), on peut s'attendre à ce que les grands journaux évitent de s'engager dans une critique radicale des structures sociales à l'origine des inégalités matérielles et sanitaires ou encore des industries impliquées (industrie alimentaire, industries polluantes, etc.).

Enfin, en prenant pour acquis des présupposés idéologique (circle of ideology) et en cherchant à ajuster les contenus médiatiques avec les méta-narrations présentes dans le contexte social plus large (cultural mapping), on peut présumer que les journalistes confèrent à leurs contenus une forte résonance macro-culturelle avec l'idéologie néolibérale individualiste dominante. Une couverture équilibrée devrait faire une plus grande place aux déterminants sociaux et environnementaux de la santé, faire le lien entre inégalités

de santé et inégalités sociales et prôner des interventions au niveau des causes sociales des inégalités matérielles et sanitaires.[73]

La responsabilité individuelle et le jugement moral dans le discours sur les habitudes de vie

Alors que le journal de référence adopte le plus souvent un ton neutre pour parler des habitudes de vie, l'omnibus et le tabloïde mettent souvent l'accent sur la responsabilité des individus quant à leur pression artérielle. En cela, ils reprennent un certain discours en promotion de la santé axé sur l'éducation et le contrôle de soi. Au niveau macro-social, cette narration médiatique s'inscrit bien dans celle de l'idéologie néo-libérale dominante et ses valeurs d'autonomie, de volonté et de responsabilité individuelle.[74]

Il arrive que les journaux populaires aillent plus loin. Ils ont parfois recours à la contrepartie négative de la promotion d'un individu autonome et en contrôle, c'est-à-dire à la désapprobation morale des habitudes de vie s'écartant de celles prescrites. Selon certains sociologues, ce discours renvoie à une véritable idéologie parfois appelée sanitarisme (healthism). Selon cette idéologie, la santé est la valeur fondamentale et l'ensemble des proscriptions et prescriptions qui permettent de l'atteindre constituent une nouvelle morale.[75,76] Ainsi, le manque de contrôle de soi est associé à une faible valeur morale.[40] En tant que régulateur des comportements, ce discours serait une version contemporaine du discours religieux, le comportement à risque étant le péché, la santé le salut et la maladie une rétribution méritée.[45,76] Ce discours sur les habitudes de vie exerce un certain pouvoir sur les comportements individuels et le recours au blâme et à la culpabilité renforce ce pouvoir.

La condamnation morale de certains comportements de santé serait répandue chez les professionnels de la santé,[77] il se peut donc que le discours moralisateur de la santé publique pénètre dans le contenu du tabloïde via les sources. Cependant, peu importe le mécanisme par lequel elle opèrerait, l'influence du contexte idéologique sanitariste ne peut expliquer à elle seule le ton moral de certain passage. Elle ne peut à elle seule rendre compte de la gradation du ton moral du journal le plus sérieux au plus populaire.

Des éléments de réponse sont peut-être à aller chercher du côté de la proximité de chaque journal avec la culture populaire. Une des particularités des produits culturels populaires est, à l'instar de la culture traditionnelle (folk), la proximité avec le vécu et les valeurs des gens 'ordinaire' (people).[78] Au contraire, le propre de la haute culture (et d'une certaine

culture de masse standardisée) est l'absence d'un tel ancrage et une certaine distance sociale entre les producteurs et les classes populaires. Cette classification n'est pas tranchée mais comporte des degrés et des chevauchements. On peut néanmoins clairement situer le tabloïde du côté 'populaire' de l'échelle. Il y aurait ainsi quelque chose dans la culture populaire québécoise qui résonnerait bien avec le ton moral observé dans certains extraits du tabloïde.

Une hypothèse intéressante à explorer serait que la culture populaire québécoise ait conservé des relents de son passé catholique. En effet, la sécularisation des institutions québécoises (santé, éducation) est un phénomène relativement récent. Jusqu'aux années 1970, les systèmes de santé et d'éducation étaient contrôlés par l'Église catholique. Or, « un peuple ne subit pas l'influence de l'Église catholique pendant quatre cents ans sans qu'en demeurent des traces profondes ».[79,p78] Si de telles traces subsistent, on pourrait comprendre en quoi des jugements de valeur associant faute et maladie puissent résonner avec cet arrière-plan culturel populaire. Cette hypothèse appelle des études plus approfondies sur les lecteurs du tabloïde québécois.

Conclusion

D'une part, notre analyse du contenu des journaux québécois sur les habitudes de vie en lien avec l'hypertension a révélé une négligence des déterminants sociaux et environnementaux de l'hypertension. On note ainsi une individualisation de ce problème de santé dans ces publications, surtout dans les journaux plus populaires. D'autre part, il existe des différences de ton entre le journal de référence, le journal omnibus grand format et le tabloïde. Alors que le journal de référence se contente le plus souvent de rapporter l'efficacité des habitudes de vie dans la prévention et le traitement de l'hypertension, l'omnibus et le tabloïde adoptent un discours moins descriptif. Ils mettent parfois davantage l'accent sur la responsabilité individuelle. Dans 19% des articles étudiés, le tabloïde va même jusqu'à porter des jugements de valeurs négatifs sur les comportements de santé des individus.

L'individualisation, l'accentuation de la responsabilité individuelle et la condamnation morale se situent sur un même continuum. Ils entraînent, à différents degrés, l'occultation des causes socioéconomiques de la maladie et la stigmatisation des malades. Une couverture médiatique équilibrée devrait replacer les habitudes de vie dans leur contexte socioéconomique et présenter davantage le caractère multifactoriel de l'hypertension.

Alors que les analyses des contenus médiatiques sur la santé

et la maladie adoptent le plus souvent une ou l'autre des perspectives internaliste ou externaliste, nous tirons des éléments d'explication à la fois des études des médias et des sciences sociales. À l'instar de Seale,[51] nous croyons qu'une approche interdisciplinaire apporte un meilleur éclairage lorsqu'il s'agit d'analyser la couverture médiatique de la santé et la maladie.

Références

1. World Health Organization. The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: The Organization, 2002.
2. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. *The Lancet* 1997; 349:1436-42.
3. Joffres MR, Hamet P, MacLean DR, L'Italien GJ, Fodor G. Distribution of blood pressure and hypertension in Canada and the United States. *American Journal of Hypertension* 2001; 14:1099-1105.
4. Garcia EA, Newhouse S, Caufield MJ, Munroe PB. Genes and hypertension. *Current Pharmaceutical Design* 2003; 9:1679-89.
5. Padwal R, Campbell N, Touyz RM. Applying the 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations: lifestyle modifications to prevent and treat hypertension. *Canadian Medical Association Journal* 2005; 173: 749-51.
6. Tomson J, Lip GY. Blood pressure demographics: nature or nurture... genes or environment, *BMC Medicine* 2005; 3:3.
7. Bartley M, Fitzpatrick R, Firth D, Marmot M. Social distribution of cardiovascular risk factors: change among men in England 1984-1993. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000; 54: 806-814.
8. Ferrie JE, Shipley MJ, Davey Smith G, Stansfeld SA, Marmot MG. Change in health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002; 56: 922-6.
9. Markovitz JH, Matthews KA, Whooley M, Lewis CE, Greenlund KJ. Increases in job strain are associated with incident hypertension in the CARDIA study. *Annals of Behavioral Medicine* 2004; 28:4-9.
10. Ming EE, Adler GK, Kessler RC, Fogg LF, Matthews KA, Herd A, Rose RM. Cardiovascular reactivity to work stress predicts subsequent onset of hypertension: the air traffic controller health change study. *Psychosomatic Medicine* 2004; 66:459-65.
11. Radi S, Lang T, Lauwers-Cancès V, Diène E, Chatellier G, Larabi L, De Gaudemaris R. Job constraints and arterial hypertension : different effects in men and women. *Occupational and Environmental Medicine* 2005; 62:711-7.
12. Guimont C, Brisson C, Dagenais G, Milot A et al. Effects of job strain on blood pressure: a prospective study of male and female white-collar workers. *American Journal of Public Health* 2006; 96:1436-43.
13. Mills PJ, Davidson KW, Farag NH. Work stress and hypertension: a call from research into intervention. *Annals of Behavioral Medicine* 2004; 28:1-3.
14. Clarke JN. Media portrayal of disease from the medical, political economy, and life-style perspectives. *Qualitative Health Research* 1991; 1:287-308.
15. Clarke JN. Cancer, heart disease, and AIDS: what do the media tell us about these diseases? *Health Communication* 1992; 4:105-20.
16. Clarke JN. A comparison of breast, testicular and prostate cancer in mass print media (1996-2001). *Social Science and Medicine* 2004; 59:541-51.
17. Clarke JN et Everest MM. Cancer in the mass print media: Fear, uncertainty and the medical model. *Social Science and Medicine* 2006; 62:2591-600.
18. Lupton D. Femininity, responsibility, and the technological imperative: discourses on breast cancer in the Australian press. *Int Journal of Health Services* 1994; 24:73-89.
19. Kilgore M. Magic, moralism and marginalization: media coverage of cervical, ovarian and uterine cancer. In : Parrott RL et Condit CL (éds). *Evaluating women's health messages*. Thousand Oaks: Sage, 1996; 249-60.
20. Seale C. Sporting cancer: struggle language in news reports of people with cancer. *Sociology of Health & Illness* 2001; 23:308-29.
21. Seale C. Cancer in the news: religious themes in news stories about people with cancer. *Health* 2001; 5:425-40.
22. Seale C. Cancer heroics: a study of news reports with particular reference to gender. *Sociology* 2002; 36:107-26.
23. Brown P, Zavestoski SM, McCormick S, Mandelbaum J, Luebke T. Print media coverage of environmental causation of breast cancer. *Sociology of Health & Illness* 2001; 23: 747-75.
24. Driedger SM, Eyles J. Different frames, different fears: communicating about chlorinated drinking water and cancer

- in the Canadian media. *Social Science & Medicine* 2003; 56:1279-93.
- 25.Hanne M, Hawken SJ. Metaphors for illness in contemporary media. *Medical Humanities* 2007; 33:93-9.
- 26.Musso E, Wakefield S. 'Tales of mind over cancer': cancer risk and prevention in the Canadian print media. *Health, risk and society* 2009; 11:17-38.
- 27.Lupton D. AIDS risk and heterosexuality in the Australian press. *Discourse & Society* 1993; 4:307-28.
- 28.Lupton D. Moral threats and dangerous desires: AIDS in the news media. *Londre : Taylor & Francis, 1994.*
- 29.Lupton D. Archetypes of infection: people with HIV/AIDS in the Australian press in the mid 1990s. *Sociology of Health and Illness* 1999; 21:37-53.
- 30.Clarke JN, Binns J. The Portrayal of Heart Disease in Mass Print Magazines, 1991-2001. *Health Communication* 2006; 19:39-48.
- 31.Fiske J. Popularity and the politics of information. In : Dahlgren P, Sparks C (éds). *Journalism and Popular Culture.* *Londre : Sage, 1992; 45-63.*
- 32.Langer J. *Tabloid Television: popular journalism in the 'other news'.* *Londre: Routledge; 1998.*
- 33.Hayashi K. The 'Home and family' section in the Japanese newspaper. In : Sparks C et Tulloch J (éds). *Tabloid tales.* *New York et Oxford : Rowman & Littlefield, 2000; 147-62.*
- 34.Entman RM. Framing: toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of Communication* 1993; 43:51-8.
- 35.Sontag S. *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors.* *New York: Farrar, Strauss & Giroux, 1990.*
- 36.Laplantine F. *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société contemporaine.* *Paris : Payot, 1993.*
- 37.Baistow K. Liberation and regulation. Some paradoxes of empowerment. *Critical Social Policy* 1994; 14:34-46.
- 38.Rose N. *Powers of freedom: reframing political thought.* *Cambridge: Cambridge University Press; 1999.*
- 39.Broom D. Public health, private body. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2001; 25:5-8.
- 40.Broom D, Whittaker A. Controlling diabetes, controlling diabetics: moral language in the management of diabetes type 2. *Social Science and Medicine* 2004; 58:2371-82.
- 41.Lupton D. Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services* 1993; 23:425-35.
- 42.Blaxter M. Whose fault is it? People's own conceptions of the reasons for health inequalities. *Social Science and Medicine* 1997; 44:747-56.
- 43.Jolanki O. Moral argumentation in talk about health and old age. *Health* 2004; 8:483-503.
- 44.Galvin R. Disturbing notions of chronic illness and individual responsibility: towards a genealogy of morals. *Health* 2002; 6:107-37.
- 45.Williams G. Chronic illness and the pursuit of virtue in everyday life. In : Radley A (éd). *Worlds of illness.* *Londre: Routledge, 1993; 92-102.*
- 46.Hayes M, Ross IE, Gasher M, Gutstein D, Dunn JR, Hackett RA. Telling stories: news media, health literacy and public policy in Canada. *Social Science & Medicine* 2007; 64: 1842-52.
- 47.Rock M. Diabetes portrayals in North American print media: a qualitative and quantitative analysis. *American journal of public health* 2005; 95: 1832-8.
- 48.Signorelli N. *Mass media images and impact on health.* *Westport: Greenwood Press, 1993.*
- 49.Gasher M, Hayes M, Ross I, Hackett R, Gutstein D, Dunn J. Spreading the news: social determinants of health reportage in Canadian daily newspapers. *Canadian Journal of Communication* 2007; 32:557-74.
- 50.Hall S. Encoding/decoding. In : Durham MG et Kellner D (éds). *Media and cultural studies: keywords.* *Oxford : Blackwell, 2001; 163-73.*
- 51.Seale C. *Media and Health.* *Londre: Sage, 2002.*
- 52.Schlesinger P. Rethinking the sociology of journalism: sources, strategies and the limits of media-centrism. In : Ferguson M(éd.) *Public Communication: the new imperatives.* *Londre : Sage, 1990; 61-83.*
- 53.Joffe H. Risk: from perception to social representation to social representation. *British Journal of Social Psychology* 2003; 42:55-73.
- 54.Galtung J, Ruge HH. The structure of foreign news. *Journal of Peace Research* 1973; 2:64-91.
- 55.Meyer P. News media responsiveness to public health. In : Atkin CK, Wallace L (éds). *Mass Communication & public health: complexities & conflicts.* *Londre : Sage, 1990; 52-9.*

56. De Semir V. What is newsworthy? *The Lancet* 1996; 347:1063-6.
57. Bell A. *The language of news media*. Oxford et Cambridge : Blackwell, 1991.
58. Harcup T, O'Neill D. What is news? Galtung and Ruge revisited. *Journalism Studies* 2001; 2:261-80.
59. Dominick JR. *The dynamics of mass communication: media in the digital age*. Boston et New York : McGraw Hill, 2007.
60. Gamson WA, Croteau D, Hoynes W, Sasson T. Media images and the social construction of reality. *Annual Review of Sociology* 1992; 18:373-93.
61. Herman ES et Chomsky N. *Manufacturing consent*. New York : Pantheon, 1988.
62. Nelkin D. *Selling science: how the press covers science and technology*. New York : W.H. Freeman, 1987.
63. Klaidman S. How well the media report health risks. *Daedalus* 1990; 119:119-32.
64. Entwistle V. Reporting research in medical journals and newspapers. *British Medical Journal* 1995; 310:920-3.
65. Fowler R. *Language in the news: discourse and ideology in the press*. Londre : Routledge, 1991.
66. Hall S. The rediscovery of 'ideology': return of the repressed in media studies. In : Gurevitch et al. (éds). *Culture, Society and the Media*. Londre : Routledge, 1982; 56-90.
67. Gamson WA, Modigliani A. Media discourse and public opinion on nuclear power: a constructionist approach. *American Journal of Sociology* 1989; 95:1-37.
68. Abercrombie N, Longhurst B. *Audiences: a sociological theory of performance and imagination*. Londre : Sage, 1998.
69. Corbeil J, Blaser C. *The evolving linguistic portrait, 2006 census*. Ottawa : Statistics Canada, 2007.
70. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin, 2003.
71. Iyengar S. *Is anyone responsible? How television news frames political issues*. Chicago : University of Chicago Press, 1991.
72. Stallings RA. Media discourse and the social construction of risk. *Social Problems* 1990; 37:80-95.
73. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet* 2005; 365: 1099-104.
74. Massé R. *Éthique, Santé Publique*. Québec: Les Presses de l'Université Laval; 2003.
75. Lupton D. *The imperative of health: public health and regulated body*. Londre et Thousand Oaks: Sage, 1995.
76. Petersen A, Lupton D. *The new public health: health and self in the age of risk*. Londre & Thousand Oaks: Sage, 1996.
77. Marantz PR. Blaming the victim: the negative consequences of preventive medicine. *American Journal of Public Health* 1990; 80:1186-7.
78. Sparks C. Popular journalism: theories and practice. In : Dahlgren P et Sparks C. (éds). *Journalism and popular culture*. Londre: Sage, 1992; 24-44.
79. Lemieux R et Montminy J-P. *Le catholicisme québécois*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval, 2000.

Remerciement

Cette étude a été réalisée grâce à une subvention des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC). Aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Pour contacter l'auteure:

*Johanne Collin, Ph.D.
Professeure titulaire
Université de Montréal
Faculté de Pharmacie
2940 Chemin de la polytechnique
Montréal, Québec, H3C 3J7
Canada
Courriel: johanne.collin@umontreal.ca*

David Hughes

*Candidat au Ph.D. en sciences humaines appliquées
Université de Montréal
Faculté de pharmacie*