

Université de Montréal

La relation entre qualité de vie et santé : une question épistémologique

Par

Marc Ferron

Département d'Anthropologie

Faculté des Arts et Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des Arts et Sciences

en vue de l'obtention du grade de maîtrise

en Anthropologie

option Médicale

Avril, 2011

©, Marc Ferron, 2011

Université de Montréal
Faculté des arts et sciences

Ce mémoire intitulé :
La relation entre qualité de vie et santé : une question épistémologique

Présenté par :

Marc Ferron

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Gilles Bibeau
Président-rapporteur

Bernard Bernier
Membre du jury

Sylvie Fortin
Directrice de recherche

Jean Turgeon
Co-directeur de recherche

RÉSUMÉ

Le lien entre qualité de vie et santé est complexe et représente un concept parapluie dont la définition est influencée par des éléments symboliques. Sur ce plan, si le statut socioéconomique sert de référence à un modèle de qualité de vie c'est parce que les paramètres et les critères de satisfaction de la vie sont souvent définis à partir des valeurs matérielles d'une culture située dans un contexte géopolitique et économique particulier. Dans cette recherche les données du terrain rural et les habitudes de vie des familles et de leur communauté sont mises en lien avec l'environnement et servent d'indicateurs s'opposant à certains résultats des statistiques épidémiologiques sur la santé. Ainsi, afin d'accéder à une analyse des fondements théoriques des liens entre une vie de qualité et la santé, les données empiriques récoltées dans le cadre d'une enquête heuristique ont été alliées aux concepts de satisfaction des besoins fondamentaux dans leurs rapports avec le milieu écologique et le contexte créé par l'actualisation des capitaux sociaux, culturels et économiques. Cette perspective d'analyse permet donc de broser un tableau plus large et nuancé sur des déterminants de la santé jusqu'ici demeurés silencieux au sein des enquêtes épidémiologiques.

MOTS-CLÉS : besoins, famille, communauté, capitaux, adaptation, qualité de vie, santé, territoire, pratiques, interactionnisme.

SUMMARY

The relation between quality of life and health is complex and is represented as an umbrella concept whose definition is widely influenced by symbolic elements. On that level, if the socioeconomic status is used as a proxy for quality of life, it is because the parameters and criteria of life satisfaction are mainly based on material values within a given geopolitical, cultural and economical context. In this research, the data on family and community life habits are collected from a rural context and examined in relation with environmental factors serving as indicators opposed to certain results of epidemiological statistics on health. In that sense, and in order to accede to an analysis of the theoretical foundations of the relation between an enjoyable and healthy lifestyle, the survey and collection of empirical data have been conducted within a heuristic frame, allied to the concept of the satisfaction of basic needs in relation with the ecological environment, and the interaction of social, cultural and economic capital. This analytic perspective permits to draw a different and revisited portrait of health determinants, until then silenced by epidemiological surveys.

KEYWORDS: needs, family, community, capitals, adaptation, quality of life, territory, practices, interactionism.

TABLE DES MATIÈRES

<u>I-INTRODUCTION</u>	1
------------------------------------	---

CHAPITRE 1 – PRÉSENTATION

1.0 Problématique.....	4
1.1 La qualité de vie.....	5
Figure 1- Pyramide de Maslow.....	12
1.2 Capital biologique et définition de la santé.....	14
1.3 Capital économique et statut nosologique.....	18
1.4 Capital social, statut social et identité.....	20
1.5 Capital culturel et représentations symboliques.....	23

CHAPITRE 2 - MÉTHODOLOGIE, TERRAIN ET DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

PARTIE I - CADRE MÉTHODOLOGIQUE

2.0 Question de recherche et objectifs.....	25
2.1 Approche Qualitative.....	27
2.2 L'échantillon : critères d'inclusion et d'exclusion.....	27
2.2.1 Le Recrutement.....	28
2.3 La Collecte de données.....	30
2.3.1 Les entrevues.....	31
2.4 Contraintes méthodologiques.....	32
2.5 Aspects éthiques.....	33
2.6 L'observateur et les « observés ».....	33
2.7 Organisation et analyse des données.....	33

PARTIE II - PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS ET DU TERRAIN

2.8 Caractéristiques des participants.....	34
2.8.1 Trois familles, trois milieux.....	34
2.8.2 Les intervenants professionnels.....	36
2.9 Présentation du terrain : la région de l'Outaouais.....	37

2.9.1 La Vallée de la Petite Nation: une enclave socioculturelle.....	41
---	----

PARTIE III- DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET ANALYSE

2.9.2 Données du profil socioéconomique et de santé de l'Outaouais et de la Petite Nation.....	44
2.9.3 Tableau 1- Données épidémiologiques de l'Outaouais.....	45
2.9.4 Analyse des données épidémiologiques.....	46

CHAPITRE 3 - LE CAPITAL BIOLOGIQUE

3.0 Définition du capital biologique.....	50
3.1 Famille, corporéité et incorporation.....	50
3.2 L'hérédité : premier capital biologique.....	53
3.3 Héritage génétique et identité.....	55
3.4 Trajectoires des concepts du corps et de la santé.....	59
3.5 Définitions de la santé et de la maladie.....	61
3.6 Génotype, stress et adaptation.....	66

CHAPITRE 4 : LE CAPITAL ÉCONOMIQUE

4.0 Une perspective relativiste... ..	72
4.1 La pauvreté : Conditions locales et facteurs structuraux... ..	73
4.1.2 Relativité du statut social et économique.....	75
4.2 Catégories d'emplois et détermination économique de la maladie.....	76
4.3 Marius Gingras, alias « Monsieur Chose » et la violence structurelle.....	81
4.4 Concept du travail autonome, un indicateur de santé.....	85

CHAPITRE 5 : LE CAPITAL SOCIAL

5.0 Le capital social.....	93
5.1 La valeur du capital social.....	95
5.2 Processus identitaires et capital social : de L'Un et de l'Autre.....	95
5.3 La famille : l'influence parentale.....	99
5.3.1 La famille Gingras-Girard.....	102

5.3.2 La famille Clément-Poitras.....	103
5.3.3 La famille Périard-Fournelle.....	105
5.4 Cohésion et capacités d'adaptation.....	105
5.5 Identité et stigmatisation.....	108
5.6 Rapports de réciprocité et réseaux sociaux.....	111

CHAPITRE 6 : LE CAPITAL CULTUREL

6.0 Le capital culturel local.....	118
6.1 L'incorporation de la culture familiale.....	119
6.1.1 L'entraide : une valeur familiale rurale et historique.....	121
6.1.2 L'échange comme mode de cohésion sociale.....	123
6.2 Culture alimentaire, sécurité et autonomie.....	127
6.3 Qualité de vie et corps social.....	131
6.3.1 Représentations de la qualité de vie et satisfaction des besoins.....	132
6.3.2 Les représentations implicites de la qualité de vie.....	135
6.3.3 Communication et capital symbolique.....	136
6.3.4 Espace et société : une relation symbolique.....	137
6.3.5 Le temps symbolique.....	140

CHAPITRE 7: CONCLUSION

7.0 Qualité de vie, territoire et corps social.....	143
7.1 Capital biologique et capacité d'adaptation.....	144
7.2 Capital économique et contraintes structurelles.....	146
7.3 Capital social et rapports symboliques.....	149
7.4 Capital culturel et représentations symboliques.....	151
7.5 Épilogue.....	152
Bibliographie.....	157

LISTE DES FIGURES

Figure 1..... 12

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	45
-----------------	----

ANNEXES

Annexe I- Grille des questions soumises aux familles.....	i à iii
Annexe II- Grille des questions soumises aux intervenants.....	iv à xi

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CLD, Centre local de développement Papineau.
CLIPP, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale.
CLSC, Centre local de services communautaires.
CRSSSO, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
CSST, Commission de santé et sécurité au travail.
DPJ, Direction de la protection de la jeunesse.
DSP, Département de santé publique.
INSERM, Institut national de la santé et de la recherche médicale.
IQRC, Institut Québécois de recherche sur la culture.
IRSST, Institut de recherche en santé et sécurité au travail.
LAA, Loi de l'assurance automobile
LSST, Loi de santé et sécurité au travail
MSSSQ, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.
OMS, Organisation mondiale de la santé.
RAMQ, Régime d'assurance maladie du Québec.
SAAQ, Société d'assurance automobile du Québec.
SADC, Société d'aide au développement des collectivités.
SFR, Seuil de faible revenu
SSE, Statut socioéconomique

DÉDICACE

À feu Adrien Robitaille mon ex-voisin, qui, il y a plusieurs années lors de mon arrivée en terre de la Petite Nation m'accueillit et guida mes premiers pas dans le monde rural.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout spécialement et très affectueusement Carmelle, ma compagne de vie, qui dès l'entreprise de ce mémoire m'a encouragé et soutenu tout au long de ce périple intellectuel, car sans son indéfectible support ce mémoire aurait certes été beaucoup plus laborieux et moins heureux.

Toute ma gratitude à M. Gilles Bibeau, qui par ses commentaires positifs et ses séminaires inspirants a stimulé ma motivation à poursuivre mes recherches sur ce sujet de mémoire.

Mes sincères remerciements à tous ceux et celles qui ont accepté de participer à cette recherche, leurs témoignages constituent sans aucun doute une contribution à l'avancement des connaissances sur la santé.

Je ne peux non plus passer sous silence la sage et patiente direction de ma directrice Sylvie Fortin et de mon co-directeur Dr Jean Turgeon, qui par leur générosité et leur indéfectible soutien surent m'insuffler la rigueur et la probité nécessaires à l'accomplissement de cet ouvrage.

Mes derniers remerciements vont à l'Unité Pédiatrique Interculturelle (UPI) ainsi qu'à M. Norman MacMillan, député de Papineau pour leur contribution financière.

Merci à vous tous et bonne lecture.

I-INTRODUCTION

Ce projet de maîtrise, vous vous en doutez, vient d'une idée soulevée par une Question, une question qui est demeurée comme une graine plantée en terreau il y a plusieurs années et qui finit par germer dans mon cerveau fertilisé par l'anthropologie. Bien avant que je ne m'intéresse à l'anthropologie, je prenais connaissance de données statistiques portant sur le niveau de santé des habitants de la Vallée de la Petite Nation. Ainsi, au sein des institutions de la santé et des services sociaux il était dit que l'Outaouais est la région la plus malade au Québec et que la Vallée de la Petite Nation, étant une des plus pauvres au Québec et la plus malade en Outaouais, serait conséquemment la plus malade au Québec (Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 1980, 1990 : 40, Santé Québec 1986, Santé Québec 1987; Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001). Aussi surprenante qu'intrigante, cette donnée sur la santé de la population locale demeura un constat, comme toute donnée statistique étiquetant un groupe et dont la valeur en termes absolus ne pouvait être contestée. D'emblée ces statistiques étaient pour moi questionnables et laissèrent subsister un doute, mais faute de connaissances me privant de tout jugement critique je n'étais pas en mesure de contester des statistiques officielles émises par un institut de recherche en santé des populations. Les gens sont généralement friands de statistiques sociales portant sur la politique, la sexualité, les résultats sportifs, les taux de chômage et le niveau d'employabilité, mais peu sont habilités à juger la validité d'affirmations appuyées par des chiffres, des pourcentages et des tableaux en apparence objectifs. Même parmi les professionnels utilisant les statistiques populationnelles, tous ne sont pas également informés que les données brutes oblitèrent souvent la réalité du terrain et que les hypothèses formulées à partir de ces données instillent un biais menant parfois à des interprétations irréalistes (Massé, 1992, 1995, 2003; Bibeau, 2004; Nguyen et Peschard, 2003). Au niveau de la santé, l'épidémiologie demeure pour la majorité des gens une science médicale inconnue, malgré cela elle n'influence pas moins les perceptions, les conceptions et les croyances que profanes et initiés entretiennent au sujet des maladies, de leurs causes et de leur propagation au sein des sociétés. Ainsi, de manière générale les données statistiques de la santé publique confèrent à leurs protagonistes une crédibilité sans équivoque échappant souvent à l'analyse critique. À l'insu des lecteurs, trop souvent l'objectivité scientifique masque la subjectivité des

modèles conceptuels de la santé et de la qualité de vie actualisés et exprimés sur le terrain par les acteurs sociaux. C'est donc cette question conceptuelle qui fut la première à susciter mon intérêt pour une recherche approfondie au sujet d'une théorie liant la santé à un statut socioéconomique suggérant un niveau de qualité de vie. La question soulevée ancre son axe de réflexion sur un terrain épistémologique et se décline en ces termes : Quelle est la relation, s'il en existe une, entre qualité de vie et santé? Cette première question ne fut pas longue à en susciter une deuxième aussi importante sinon consubstantielle: Quelle est la qualité de vie suggérée par le niveau socioéconomique d'un individu, d'une famille, d'un groupe ou d'une population? De toute évidence, l'abord de cette question hautement subjective et symbolique indique d'emblée que nous nous situons en plein relativisme conceptuel d'une question sociale portant sur des notions de richesse, de pauvreté et des critères de définition de la qualité de vie. C'est donc sur ce terrain conceptuel confus, mais au territoire étendu que je décidai de planter mon pic et ma pelle d'anthropologue afin de fouiller un univers truffé de représentations symboliques et figurant comme autant d'artefacts sémiotiques de notre surmodernité (Augé, 1994).

Le sujet de ce mémoire situe et interroge les données épidémiologiques liant la santé au statut socioéconomique mais analysées par l'entremise du concept de qualité de vie. Pour répondre à cette question et discuter des notions centrales à la problématique, le premier chapitre aborde le concept de la qualité de vie par une revue de littérature et un survol des théories et des approches actuelles proposant différentes perspectives sur la définition de critères menant à une évaluation de la qualité de vie. Ces données me servirent de tremplin me permettant d'accéder au concept de la satisfaction des besoins fondamentaux de Maslow (Maslow, 1970) à partir duquel je développai plus avant le concept de la qualité de vie en arrimant ces deux notions à la théorie des capitaux de Bourdieu (Bourdieu, 1980). Ainsi, le concept de qualité de vie, la satisfaction des besoins fondamentaux, et la théorie des capitaux constituent tout au long de cette recherche les trois axes principaux du cadre théorique.

Au chapitre deux, la première partie présente le cadre méthodologique en définissant les objectifs et l'approche utilisée, de même que les difficultés rencontrées sur le terrain et les contraintes méthodologiques. La deuxième partie présente les participants et leurs caractéristiques sociales, ainsi que le terrain dans sa dimension géographique

historique et culturelle. La troisième partie, expose les résultats de l'Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998 dans un tableau synoptique et par une analyse des variables liées à la définition du statut socioéconomique, de la santé et d'indicateurs silencieux pouvant être des facteurs causals de la variation du phénotype. Sur ce plan, j'interroge la valeur des marqueurs, l'identité des variables retenues comme indicateurs catégoriels menant à la classification nosologique de groupes humains.

Le chapitre trois présente le corps social et individué dans une perspective révisionniste des concepts de santé et de maladie et propose un concept constructiviste de capital biologique. Celui-ci est considéré comme l'expression des capacités innées de l'individu se combinant à l'acquisition de pratiques servant à optimiser son potentiel d'adaptation phénotypique à l'environnement et participant à sa qualité de vie.

Au chapitre quatre j'aborde le capital économique dans une perspective holiste où les concepts de statut socioéconomique et d'identité collective sont confrontés au relativisme des définitions de pauvreté et des catégories à risque par la notion d'isomorphisme social et économique. Dans la même lancée, les catégories d'emploi, la culture organisationnelle, et la détermination économique de la maladie sont abordées sous l'angle d'une opposition sémantique entre micro et métadiscours menant à une stigmatisation catégorielle. Pour terminer, le concept du travail autonome est présenté comme indicateur de la santé lié au pouvoir décisionnel de l'individu et considéré un facteur clé de la qualité de vie.

Le chapitre cinq présente le concept du capital social sous l'angle des différentes dynamiques de la socialisation familiale, du développement identitaire en relation avec l'altérité et le milieu, de l'interdépendance des individus et des groupes à travers les réseaux sociaux. Nous aborderons le corps social comme un phénomène homéostatique d'adaptation au stress et l'expression de la cohésion sociale et des inégalités de santé. Par les relations d'échange, les rapports de réciprocité et la solidarité, le capital social est considéré comme un catalyseur des dynamiques culturelles et économiques construisant des conditions de vie déterminantes pour la qualité de vie.

Le chapitre six aborde le thème du capital culturel et symbolique par l'angle de la culture familiale et communautaire conditionnée par l'histoire et la tradition diffusant un

sens commun structuré autour de besoins communs. La famille est présentée comme fondatrice d'un éthos, actualisant soit la carence ou la satisfaction des besoins fondamentaux et agissant comme corps métaphorique des processus d'aliénation. À ce niveau, la culture d'entraide et la réciprocité sont abordées en tant que pratiques relationnelles agissant sur la cohésion sociale, la qualité de vie et la santé. Cette analyse sera suivie par le thème de l'alimentation mis en lien avec la qualité et la sécurité alimentaire. Pour clore ce chapitre, les facteurs du temps et de l'espace seront abordés par les représentations symboliques où l'identité se définit par un discours d'opposition sémantique aux figurations de l'urbanité.

Le septième et dernier chapitre présentera la conclusion en faisant la fusion des constats portant sur la satisfaction des besoins fondamentaux en lien avec l'actualisation des capitaux et les critères de définition de la qualité de vie, et conclura sur les pistes potentielles de recherche dans le domaine des inégalités sociales de santé. C'est sur ces questions que s'ancre l'axe central de ma recherche dont l'objectif est de questionner la méthode quantitative appliquée à une région rurale, et d'y joindre des données qualitatives permettant d'identifier les déterminants de la santé à partir d'une approche combinant l'interactionnisme, la phénoménologie, la sémiologie sociale et l'histoire à partir des discours du monde rural.

1.0 PROBLÉMATIQUE

Malgré une apparition relativement nouvelle dans le champ de l'éthique, les chercheurs en santé s'intéressent au concept de la qualité de vie depuis une quarantaine d'années. Toutefois, la notion de qualité de vie liée à la santé demeure une thématique très large à définir. Ainsi un survol historique des théories passées et actuelles s'impose et mérite un regard panoramique. À ce niveau, Ware (1970) avec le SF-36 et Bergner et al (1975) avec le Sickness Impact Profile (SIP) figurent comme les précurseurs d'une théorisation du concept de qualité de vie établissant les bases d'un modèle indicateur et prédictif. Ces modèles furent suivis par l'Indice de santé perceptuelle de Nottingham (ISPN) validé par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) en 1988, et deux années plus tard, Sen et Ul Haq (1990) poursuivent des recherches effectuées

dans le cadre du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et proposent l'Indice de Développement Humain (IDH) comme indicateur statistique composite de la qualité de vie. En 1991, Gerin & al proposent l'indice de Perception de qualité de vie subjective (PQVS) suivi en 1994 par l'Organisation Mondiale de la Santé proposant une définition sur laquelle les chercheurs purent tabler de nouvelles prémisses qui furent suivies par l'indice Quality of Well Being (QWB) de Kaplan en 1995. Au début du troisième millénaire, Sen (2000) corrigea sa trajectoire théorique en proposant le principe de l'élargissement des choix individuels selon les possibilités offertes par les milieux de vie. En 1999, Leplègue (1999) suivi de Mihalko et Rejeski (2001) proposent l'aspect multidimensionnel du concept tout en soulignant la relativité des définitions de la qualité de vie reliées à la subjectivité des critères. Ces recherches préliminaires me permirent d'identifier un fil conducteur en la *théorie des besoins fondamentaux* schématisés par la pyramide de Maslow (1970) que je reliai à la théorie des capitaux de Bourdieu (1980) par une mise en rapport avec le principe des choix individuels liés aux possibilités des milieux avancé par Sen. La théorie des capitaux de Bourdieu à laquelle je joins un concept de capital biologique (Frohlich, 2008; Kuh & al, 1997) offre une perspective permettant d'étayer l'importance des facteurs environnementaux participant à la qualité de vie, à la santé et au développement des collectivités et des individus. Les cinq prochaines sections du présent chapitre feront donc la présentation d'une revue de littérature portant sur ces concepts figurant comme les axes principaux de cette recherche.

1.1 LA QUALITÉ DE VIE

Sitôt le thème de la qualité de vie abordé, nous sommes saisis par l'étendue de sa relativité intrinsèque à sa subjectivité. On peut se questionner s'il existe une qualité de vie minimale (McAll, 2008), ou bien sur quels critères peut-on s'appuyer pour rejeter ou retenir des éléments entérinant *une* qualité de vie dont le standard serait largement approuvé. On a qu'à se transporter n'importe où sur notre planète pour découvrir que les humains vivent dans des conditions écologiques, sociales, culturelles et économiques qui dépassent de loin la variabilité des groupes qui les ont créés. Toutefois, ces conditions, aussi variables et contrastées que ces milieux, nous interpellent souvent sur l'existence de vies humaines

situées à la frange de la survie. D'aucuns seront d'accords que les conditions de vie dans lesquelles seule la survie est possible ne sont utiles que pour définir les critères minimaux de respect et de dignité de la vie humaine. À contrario, les conditions des modes de vie et leurs qualités inhérentes sont représentées par une foule d'indicateurs situés le long d'une échelle de valeurs polarisant une hiérarchie des besoins où la discrimination des critères de qualité s'avère liée à une question de perception et donc de subjectivité. Ainsi, tout comme la santé, la définition de la qualité de vie s'avère relever d'une question épistémologique parsemée d'embûches méthodologiques en débat continu (McAll, 2008). Malgré ce flou conceptuel, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose que la qualité de vie serait définie par :

« La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » (OMS, 1994).

Cette définition du concept de qualité de vie représente en quelque sorte une évolution de la définition de la santé (voir 1.2) proposée en 1947 par le même organisme, et dans ce sens elle endosse un caractère holistique parce qu'elle inclut la représentation que l'individu se fait de sa place en société, inférant une relation implicite entre santé physique et psychologique, l'affectivité, les besoins, les valeurs, le réseau social et l'autonomie en rapport avec des facteurs environnementaux spécifiques. Par contre, dans le domaine de la santé, le point de vue du patient, celui des professionnels, des institutions publiques ou les normes sociales dominantes offrent souvent des visions différentes ou opposées sur les critères d'une vie de qualité et ainsi, les besoins individuels ou populationnels, les préoccupations du personnel soignant et les politiques derrière les stratégies économiques et sociales ne concordent pas nécessairement (Leplège, 1999). D'emblée, on comprend que même si la définition de l'OMS ouvre la perspective de l'évaluation de la qualité de vie sur un horizon plus large, son terrain d'application demeure confus, éloignant ainsi la possibilité d'un consensus.

Néanmoins, quelques chercheurs ayant abordé la notion de qualité de vie dans une perspective globale (Leplège, 1999; Rejesky et Mihalko, 2001) ont reconnu l'aspect multidimensionnel du concept et l'ont structuré autour de quatre dimensions principales. Ces quatre dimensions sont : 1- l'état physique : l'autonomie et les capacités physiques; 2- les sensations somatiques : symptômes, conséquence des traumatismes ou des procédures thérapeutiques, douleurs; 3- l'état psychologique : émotivité, anxiété, dépression; 4- le statut social : relations sociales et rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel. Quoique l'intérêt de cette modélisation réside d'avantage dans l'articulation des dimensions physiques, psychologiques et sociales du développement humain comme indicateurs principaux liés à la perception d'une vie de qualité, il est remarquable que cette hiérarchisation des paramètres de la qualité de vie ne mentionne nullement le statut et le niveau socioéconomique comme critère indicateur. À l'opposé de ce modèle, on trouve une évaluation de la qualité de vie basée sur le calcul du PIB (Produit intérieur brut) par habitant. Ce modèle présenté par Sen (1990) et Ul Haq (1990) au Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) propose l'Indice de Développement Humain (IDH) comme indicateur statistique composite de la qualité de vie calculé sur la moyenne de trois indices constitués par la santé et l'espérance de vie à la naissance, le savoir et le niveau d'éducation, et le mode de vie conféré par les revenus. Dans ce modèle, les **indices de la santé** et de **l'espérance de vie** sont basés sur la satisfaction des besoins physiologiques et matériels essentiels tels que : l'accès à une alimentation saine, une eau potable, un logement décent, une bonne hygiène et les soins médicaux. Le **savoir** et le **niveau d'éducation** sont mesurés par le taux d'alphabétisation des adultes (pourcentage des 15 ans et plus sachant écrire et comprendre aisément un texte court et simple traitant de la vie quotidienne) et le taux brut de scolarisation (mesure combinée des taux pour le primaire, le secondaire et le supérieur). Il traduit aussi la satisfaction des besoins cognitifs, tels que la capacité de participer aux prises de décision sur le lieu de travail et dans la société. Le **niveau de vie** est calculé par le logarithme du produit intérieur brut par habitant, en parité avec le pouvoir d'achat incluant les éléments de la qualité de vie qui ne sont pas décrits par les deux premiers indices, tel que l'accès aux moyens de transport et à la culture. Le calcul donne la formule suivante : $IDH = A + D + E / 3$ (A= longévité, D= éducation, E= niveau de vie). Cette méthode de calcul a plus tard été reprise par Sen pour être rattachée à un concept de

développement humain soutenu par le principe de l'élargissement des choix individuels selon les possibilités offertes par les milieux de vie (Sen, 2004). Cependant, on comprend que ce modèle d'évaluation objective de la qualité de vie pêche par excès de subjectivité culturelle, car l'IDH a le défaut des modèles composites présumant que ses critères sont non seulement universaux, mais cumulatifs et calculables. Sur ce plan, ce modèle présumant que l'augmentation de la production marchande influence positivement l'espérance de vie reflète un jugement de valeurs issues d'une méthode d'analyse reliée à une culture économique située. En ce sens, le modèle ignore les relations entre les aspects écologiques, sociaux, culturels, politiques, économiques et l'effet de pondération que ces facteurs peuvent exercer sur la qualité de vie des populations, qui plus est, n'indique rien sur l'iniquité et l'inégalité des conditions de vie individuelles et populationnelles à l'intérieur de chaque pays.

Nonobstant ces aspects critiques, ce survol nous permet d'une part, d'établir une base pour l'analyse de la méthodologie utilisée dans le choix des critères et d'autre part de questionner la valeur attribuée à ces critères. Sur ce plan, nous sommes interpellés par l'existence d'universaux sur lesquels pourrait s'établir un standard de qualité de vie dont la santé humaine serait le baromètre. À ce titre, on retrouve les indices PSQV (Perception de santé et qualité de vie), l'ISPN (Indicateur de santé perceptuelle de Nottingham) qui utilise trente-huit questions divisées en six catégories, le QWB (Quality of Well Being) (Kaplan, 1995) explorant la dimension physique en vingt-quatre indicateurs de 0 à 1 échelonnés entre un état de parfaite santé et la mort, le SIP (Sickness Impact Profile) (Bergner et al, 1975) avec 136 critères répertoriés en 12 catégories de bien-être : sommeil et repos, alimentation, travail, gestion familiale, loisirs et passe-temps, mobilité, déplacements, soins corporels et flexibilité, interactions sociales, attitude émotionnelle et attitude mentale et communication, le SF-36 (Ware, 1980, 1991, 1996) incluant 36 questions relevant des indices distribués en huit catégories : fonctionnement physique, limitation des rôles dû à des problèmes physiques, fonctionnement social, douleurs physiques, santé mentale générale, limitation des rôles dû à des problèmes émotifs, vitalité et perception générale de la santé et finalement le Profil de Santé de Duke explorant la dimension socio-affective. Tous ces modèles indicateurs de qualité de vie sont basés sur le niveau de santé comme principal critère d'évaluation et à titre d'exemple, l'indicateur ISPN validé par l'INSERM

(Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) en 1988 représente une sorte de condensé et fournit un *profil de santé perçue* permettant la mesure de la qualité de vie en rapport avec la *santé évaluée* selon des critères de mobilité, d'isolement social, de douleurs, de réactions émotionnelles, de niveau d'énergie et de sommeil. Malheureusement, celui-ci omet d'inclure la perspective environnementale représentée par les facteurs écologiques, économiques et culturels exerçant une influence sur la qualité de vie, la morphologie et le développement du phénotype. A posteriori, sachant que la maladie est souvent perçue comme un facteur défavorable à la qualité de vie, le modèle ISPN ne nous indique pas si la perception de l'état de santé est le résultat d'une dégradation préalable de la qualité de vie et donc se révèle peu informatif sur les conditions de l'environnement contribuant à la santé et la qualité de vie. Cependant, une étude de régionalisation des services de santé français, sur la perception de la santé et de la qualité de vie (PSQV) (Guilbert, 2005) utilisant le questionnaire du « Profil de santé de Duke », présente les résultats d'une enquête sur la perception de la santé et de la qualité de vie en France et conclut;

« Les déterminants de la qualité de vie sont nombreux et ne peuvent se réduire à une prise en compte des effets d'âge et de sexe; l'impact des maladies chroniques, de facteurs psychosociaux (stress, estime de soi), de comportements de santé ou socio-économiques, de catégorie socio-professionnelle, de relations sociales et de situation maritale, modulent de façon sensible la perception que l'on peut avoir de sa qualité de vie et de sa santé et peuvent fournir des pistes pour expliquer les différences observées.» (Guilbert, 2005 : 28).

Cette affirmation nous indique qu'il est justifié de relativiser substantiellement le concept en présence de caractéristiques environnementales, structurelles et individuelles particulières faisant varier la mesure de satisfaction de la vie et la perception de sa qualité. Dans ce cas, étant donné que la qualité de vie est un concept parapluie incluant systématiquement le critère de la santé et englobant des caractéristiques très variables d'un milieu à l'autre, est-il possible de relever des indicateurs subjectifs fiables dont la récurrence permettrait, d'une part, leur objectivation, et d'autre part, indiquerait leur universalité? À juste titre, certains prétendent que ces paramètres subjectifs sont les indicateurs de qualité perçue dont seuls les répondants sont en mesure d'en évaluer le degré d'influence dans leur vie. À ce niveau, les modes de vie urbains et ruraux nous fournissent de bons exemples sur la perception de la qualité vie et des indices de la satisfaction des

besoins des gens qui vivent dans ces milieux. Puisque la subjectivité est inhérente aux analyses qualitatives et quantitatives, mais aussi intrinsèque à celle des individus qui répondant à des questionnaires qui objectivent leurs perceptions pondèrent eux-mêmes leurs réponses par rapport à leurs attentes et la satisfaction de leurs besoins, on peut présumer que la seule mesure acceptable de la qualité de vie est celle qui est validée par les répondants et qui pourrait peut-être s'extrapoler au niveau populationnel (www.Wikipédia.ca, 2010).

Plus près de nous au Québec, le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psycho-sociale (CLIPP) en collaboration avec le Laboratoire d'études en psychologie de la santé et qualité de vie (LEPSYQ) utilise l'Inventaire systémique de qualité de vie au travail (ISQVT) comme grille d'évaluation individuelle et organisationnelle en analysant trente-quatre domaines de vie au travail tenant compte des buts et des priorités de la personne (www.clipp.ca, 2010). D'après les réponses obtenues à un questionnaire auto administré, l'ISQVT évalue l'écart entre les conditions de travail et la situation idéale souhaitée par le répondant et produit un indice de satisfaction de la vie dénotant un indice de qualité de vie au travail. Plus les écarts sont grands entre la réalité et l'idéal, plus le risque psychosocial est grand et plus l'indice de qualité de vie diminue, inversement des écarts limités indiquent une qualité de vie au travail corrélée à une diminution du risque psychosocial (www.clipp.ca, 2010). Quoique cet outil d'évaluation se limite au milieu de travail, il demeure méthodologiquement pertinent parce qu'il tient compte des buts et des priorités des personnes en mesurant l'écart entre les conditions du terrain et l'idéal souhaité par le répondant dont le score est pondéré par les possibilités d'amélioration des conditions de travail. Sur le plan psychosocial, l'idéal inclut généralement des valeurs sociales auxquelles les individus s'identifient pour satisfaire des besoins qui s'insèrent dans une trajectoire de vie orientée vers l'amélioration. Dans ce sens, les valeurs portées par les gens, les familles et les organisations sont des mécanismes psycho-sociaux et culturels servant de protection pour la satisfaction de besoins jugés essentiels au bon fonctionnement biologique et social des individus. De ce point capital, nous accédons à la question de la satisfaction des besoins fondamentaux des humains qui entre en jeu dans l'évaluation de la qualité de vie.

Ainsi, le thème de la qualité de vie fait surgir la question très pertinente de la perception d'une vie de qualité basée sur le degré de satisfaction des besoins fondamentaux

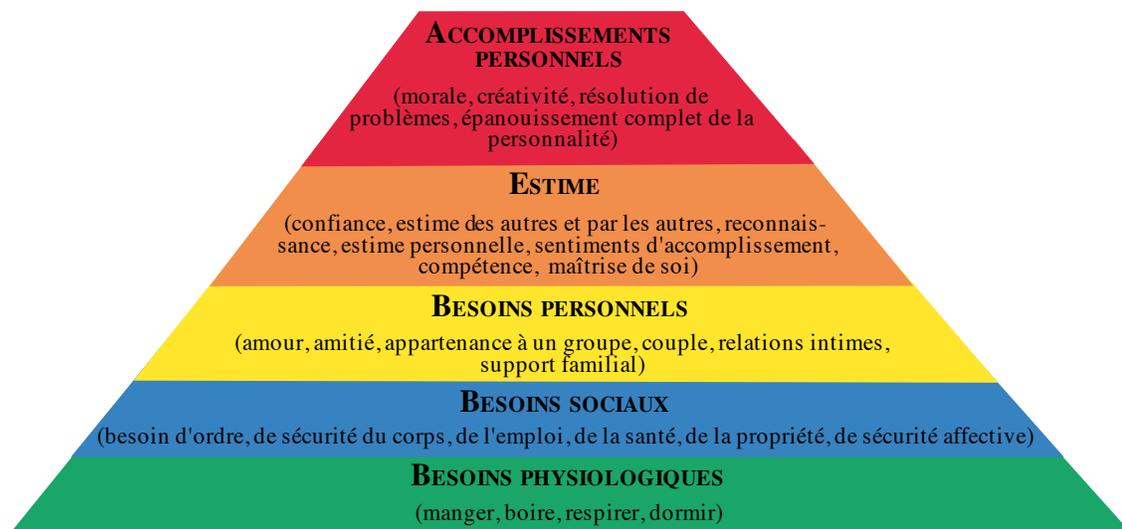
participant au développement et à l'équilibre psychologique, biologique et social de la personne. Dans la mesure où ces besoins sont communs à tous les humains, ils suggèrent la présence de structures cognitives sous-jacentes universelles dont la satisfaction dépend autant des capacités individuelles que des possibilités et des contraintes présentes dans l'environnement. Dans cette perspective, le concept de l'Habitus présenté par Bourdieu explique bien les conditions afférentes à la réalisation des besoins de l'individu;

« Il est au fondement de la demande effective, rapport réaliste aux possibles qui trouve son fondement et ses limites dans le pouvoir et qui, en tant que disposition incluant la référence à ses conditions (sociales) d'acquisition et de réalisation, tend à s'ajuster aux chances objectives de la **satisfaction du besoin** ou du désir, inclinant à **vivre selon ses goûts**, c'est-à-dire conformément à sa condition» (Bourdieu, 1980 : 108-109).

En résumé, les besoins tout autant que les conditions qui les créent et les satisfont sont tributaires des possibilités offertes par l'environnement qui en déterminent l'expression et l'actualisation selon la prégnance de différents facteurs sociaux, culturels, économiques. Dans ce cas, la satisfaction des besoins spécifiques à chaque individu, ainsi que ceux plus globaux des populations, pourrait-elle être liée à des critères de qualité de vie se reflétant dans la santé? À titre d'exemple, les indicateurs retenus par les enquêtes épidémiologiques représentant le niveau de **satisfaction de vie** ne sont pas toujours congruents avec les conditions matérielles du mode de vie des répondants. En effet, parce que les gens pondèrent eux-mêmes leurs réponses aux questions des enquêtes, ils peuvent exprimer une satisfaction de vie supérieure ou inférieure à ce qui est attendu par rapport à leur niveau santé, de revenu ou statut social (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001). Ainsi, même si l'existence d'un lien entre statut socioéconomique et santé est validée par une prévalence accrue de la morbidité au sein de populations vulnérables, on ne peut pour autant réduire les critères et l'évaluation de la qualité de vie à la santé d'un individu ou d'une population. Qui plus est, on ne peut présumer un lien constant entre niveau socio-économique et santé, puisque ce serait cautionner un mode de vie de qualité dont les critères seraient polarisés par les caractéristiques économiques. À titre d'argument tiré des résultats d'une enquête de santé publique effectuée en France par le Trend Observer 2008 de l'Institut Ipsos, six français sur dix sont d'accords que pour améliorer la qualité de vie, il faudrait réduire la consommation (Trend Observer, 2008 : www.ipsos.fr).

Dans cette optique, si le niveau de confort matériel et le niveau économique ne peuvent témoigner universellement de la qualité de vie, il est possible que l'évaluation de la satisfaction de la vie comme indicatrice de la qualité de vie soit liée à la satisfaction de besoins participant au maintien de l'équilibre psychique et biologique des individus et nécessaires pour leur développement. Tout indice de satisfaction concerne le jugement que porte une personne sur ses conditions de vie et sur l'équilibre ressenti entre les aspects psychique, physique, social et matériel. Ainsi, le degré de satisfaction des besoins peut être lié au mode de vie censé être orienté sur la réalisation d'objectifs visant l'épanouissement personnel et définissant les critères d'une vie de qualité dans un contexte défini. En ce sens, si ces besoins s'avéraient stables à travers les sociétés, alors ce ne seraient que les moyens et les conditions de réalisation qui varieraient selon les contextes sociaux, économiques et culturels et dont les aspects symboliques constitueraient la trame de fond d'une cohérence historique. Ainsi, afin de conceptualiser plus précisément la satisfaction des besoins en lien avec une évaluation de la qualité de vie, la théorie des besoins fondamentaux de Maslow (1970) représentée par une pyramide (Figure 1) (Davis & Palladino, 2000: 149) procure un modèle référentiel suggérant les critères d'un équilibre de vie pouvant se rattacher au concept de la qualité de vie. Cette pyramide propose une figure de hiérarchisation des besoins, qui loin d'être absolue, a le mérite de tracer les lignes générales des besoins jugés essentiels pour le maintien d'une vie de qualité. Nous trouvons donc à partir de la base en ordre croissant les besoins fondamentaux décrits par Maslow.

Figure 1



Cette hiérarchisation des besoins nous permet de comprendre que leur actualisation est théoriquement réalisable, mais les conditions culturelles, sociodémographiques et politiques extrêmement variables d'une société à l'autre se combinant aux iniquités sociales rendent la satisfaction de ces besoins souvent problématique. De plus, rien n'empêche que cette pyramide soit inversée pour répondre à des critères correspondant à une échelle de valeurs différentes. Mais en réalité, la satisfaction des besoins fondamentaux dépend plus du **pouvoir** (Bourdieu, 1980) qu'un individu détient de ses capacités biologiques, psychiques et cognitives innées et celles acquises par le biais des capitaux sociaux, culturels et économiques. Sur ce plan, chaque milieu de vie offre des conditions particulières modulées par ses ressources et permettant ou non aux individus de satisfaire leurs besoins de développement (Sen, 2004). Dans ce sens, il est facile de présumer que tous les milieux n'offrent pas des conditions équivalentes pour la réalisation de tous les besoins. C'est dans cette perspective qu'est envisagé le concept de qualité de vie arrimé à celui de la satisfaction des besoins, qui dans le cadre de cette recherche sont relativisés par la différence des contextes ruraux et urbains répondant chacun aux besoins fondamentaux de manière originale. Quoique les besoins soient similaires, d'une part leur ordre de priorité varie en fonction d'une hiérarchie personnelle soutenue par un système de valeurs, et d'autre part leur réalisation dépend des moyens innés et acquis disponibles (Sen, 2004). Au premier niveau, la définition des besoins et leur réalisation dépend du génotype et de ses capacités. Au deuxième niveau suit l'influence du capital social, culturel et économique présent au sein de la famille, et au troisième niveau, ceux présents au sein la collectivité. Soulignons que l'influence des facteurs environnementaux sur le corps et incorporés par l'Habitus (Bourdieu, 1980) dépend de l'effet de dominance ou de carence de chacun d'entre eux au sein de la dynamique familiale et collective et de la place symbolique que le corps occupe dans l'espace social (Fassin, 1996). Ce sont les différents capitaux situés dans un contexte environnemental particulier qui agiront sur la réalisation des besoins et produiront la perception d'une qualité de vie réalisée ou non. On a vu que la perception de qualité de vie est entièrement subjective parce qu'avant tout liée à l'influence que les représentations symboliques exercent sur sa définition, la hiérarchisation et la réalisation des besoins actualisés au sein d'un contexte défini et situé. Alors, si « (...) pour étudier l'homme, il faut apprendre à porter sa vue au loin; il faut d'abord observer les différences pour découvrir les

propriétés » (Rousseau, 1750: 66). En ce sens, la différence entre milieu rural et urbain nous révèle des indicateurs portant sur la définition de la qualité de vie au travers des représentations symboliques faisant considérablement varier l'indice de perception de qualité, de santé et de satisfaction sociale. Dans cette optique, l'analyse du capital biologique, culturel, social et économique des participants en lien avec ceux présents dans le milieu se révélera particulièrement féconde en explications.

1.2 CAPITAL BIOLOGIQUE ET DÉFINITION DE LA SANTÉ

L'humain est un être individué, incorporé dans une « matrice biologique » vivant au sein de groupes constituant des ensembles sociaux, géopolitiques, économiques et culturels reliés entre eux et médiatisant des représentations sur l'altérité et la normalité. Les définitions de la maladie et de la santé, de même que les stratégies pour la maintenir ou la rétablir sont largement diffusées et représentées dans des systèmes symboliques polysémiques fortement connotés de valeurs culturelles (Rivers, 1926). Sur ce plan, la médecine de laquelle l'épidémiologie tient ses données sur la prévalence, la distribution et l'évolution des maladies est une science d'observation et de classification des signes incorporés de l'altérité. Néanmoins, selon les origines sociales, la culture et les besoins de l'individu, la notion de santé et de maladie est variable, voire même interchangeable et produit un terrain d'étude caractérisé par une complexité sémantique accrue (Fassin, 1996) rendant la définition de la santé un exercice périlleux en subjectivité.

Malgré cette complexité, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946). Dans cette définition un peu utopique, l'adjectif *complet* suggère un idéal de santé difficile à expliquer et à démontrer, car tant du point de vue individuel que médical, la santé est bien plus que l'établissement d'une norme physiologique ou une moyenne indiquant un idéal (Fassin, 1996). En apparence, cette définition a un caractère holistique parce qu'elle établit un rapport entre les différents aspects de la vie de l'individu, cependant elle opère une réduction en ne définissant la santé qu'au niveau individuel sans tenir compte des influences sociétales, oblitérant ainsi la dimension des influences environnementales contribuant à la construction de la santé des individus. Près de soixante ans après que cette

définition ait été inscrite à sa charte de fondation, c'est sous l'impulsion de l'OMS à la Première conférence internationale pour la promotion de la santé à Ottawa que sera énoncée une nouvelle vision de la santé décrite comme suit :

« La santé est la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci (...) il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques (...) la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes vie sains pour viser le bien-être.»
(Charte D'Ottawa, 1991).

Cette définition est intéressante parce qu'elle suggère que la santé puisse figurer comme une mesure, ou mieux un baromètre de la satisfaction des besoins et de réalisation du soi en rapport avec les capacités individuelles d'adaptation au milieu et les conditions sociales afférentes se traduisant en un état de bien-être qu'on peut relier à un concept de qualité de vie. Toutefois, même si cette définition de la santé dénote une évolution probablement influencée par la compréhension de la complexité du champ de la santé en rapport avec des contextes et des milieux particuliers se combinant aux capacités d'évolution et d'adaptation phénotypique des individus et des sociétés, cette représentation évacue l'iniquité et les inégalités sociales de santé rattachées à des contextes géopolitiques particuliers. En quelque sorte, elle entérine la vision actuelle des institutions de gestion de la santé publique dont les stratégies socio sanitaires relient la santé à des causes et des risques individualisés qui à leur tour sont dilués dans des problématiques populationnelles (Bibeau, 2004). Toutefois, et quoique surannée, la définition de l'OMS infère que tous les besoins fondamentaux d'un individu; affectifs, sanitaires, nutritionnels, cognitifs, sociaux et culturels, doivent être satisfaits pour dénoter un indice de bonne santé, ainsi, implicitement l'OMS montre la voie à des critères validant un concept de qualité de vie (OMS, 1994).

De ce point, on accède à une définition plus globale avec un concept holiste hérité de l'Antiquité établissant les critères de la santé sur trois principes basés sur le *Salus*, le *Sanitas* et le *Salubritas* représentant l'équilibre entre l'individu, la morale et la société. Le *Salus* définit la conservation du bon état physique et moral de l'individu; le *Sanitas* établit le principe moral et normatif indiquant les critères d'un esprit sain dans un corps sain; et finalement le *Salubritas* définit le concept politique des moyens sociaux, économiques et culturels qu'une collectivité se donne pour conserver son état de santé. Quoique cette

définition soit vieille de quelques millénaires, elle demeure actuelle parce qu'elle s'arrime à la conjoncture contemporaine où la santé est déterminée par des habitudes liées aux modes de vie, aux critères normatifs d'une vie de qualité, et aux politiques d'état à l'égard de la santé publique. Ainsi, cette définition est conceptuellement assez globale et épistémologiquement assez précise pour être appliquée au terrain car on peut y rattacher les modèles de représentations dans lesquelles les individus et la société projettent leurs concepts de corps et de santé en relation avec le contexte social et politique.

La santé est donc un thème à grand déploiement parce qu'elle est liée à plusieurs domaines connexes qui en déterminent autant les représentations que la fonctionnalité. Plus récemment, de nouvelles connaissances médicales et sociales au sujet des sociétés modernes ont permis d'accroître la conscience des rapports existant entre les domaines social, économique, culturel et biologique (Bourdieu, 1980; Black, 1988; Wilkinson, 1996; Fassin, 1996; Nguyen et Peschard, 2003) qui semblent tisser ensemble le canevas de la santé humaine. Sur ce plan, la maladie est conçue comme l'expression d'un déséquilibre entre le microcosme de l'individu et le macrocosme de l'ordre social (Lock, 2002). Ainsi, les analyses anthropologiques indiquent que les notions de santé et de maladie sont déterminées par la place symbolique que le corps occupe au sein de l'espace social (Fassin, 1996) défini par la culture dominante, à la fois celle des institutions d'état, de la collectivité et de la famille. Dans cette perspective, la santé n'est « pas réductible au corps plus qu'à la médecine » (Fassin, 2000 : 100) parce que ses enjeux dépendent aussi des relations catégorielles entre domaines juridiques, politiques, culturels, sociaux, économiques et éthiques. Même au sein de sociétés relativement homogènes culturellement, l'univers polysémique de la santé rend difficile l'application d'un concept uniforme, systématisé et général (Fortin, 2004), et cette perspective asymétrique caractéristique aux sociétés contemporaines nous oblige à reconnaître l'utilité d'un concept de santé à géométrie variable dont les paramètres restent à définir, mais dont les indicateurs significatifs seront soulignés par cette étude de terrain ancrée dans la réalité rurale.

À ce niveau, la recherche de récurrences dans les déterminants de la santé peut nous permettre d'atteindre une compréhension élargie des phénomènes socio-biologiques des groupes humains tout en ouvrant la perspective d'analyse à la variabilité. Selon Alland (1971) et Lieban (1973), promoteurs d'un modèle écologique, la santé et la maladie

constituent « des mesures de l'efficacité des groupes humains à combiner les ressources biologiques et culturelles pour s'adapter à leur environnement » (Lieban, 1973 : 1031). Dans cette perspective, si les niveaux de santé et de maladie sont indicateurs de l'efficacité des stratégies culturelles promulguées pour le maintien de la santé dans des contextes et des conditions variables, cela nous oriente vers une définition basée sur un concept de capacité d'adaptation physiologique et cognitive à l'environnement. Cette conception de la santé suggère une vision dynamique et évolutive dans le temps comme dans l'espace ouvrant la porte à l'influence de la culture dans la détermination des comportements liés à la santé, à la conceptualisation de la maladie, ainsi qu'à sa construction comme modèle nosologique. Les mécanismes d'adaptation du phénotype aux changements dans l'environnement, créent une pression adaptative entraînant un niveau de stress dont la manifestation physiologique est en rapport direct avec la satisfaction des besoins fondamentaux liés aux capacités innées et acquises d'adaptation de l'individu à ces changements. Le facteur *stress* est un indicateur stable mais silencieux amplement représenté dans le discours populaire et médical des participants mais généralement explicité par sa composante négative (Seyle, 1974) qui néanmoins se révèle un indice important participant au déséquilibre psychique, physique et social des individus. À l'opposé, la composante positive du stress demeure implicitement liée aux représentations symboliques participant à la réalisation des besoins, à la construction d'une cohésion sociale et par extension aux signifiants de la qualité de vie. Le facteur stress sera donc soulevé comme un des indicateurs biologiques principaux dont la représentation symbolique, autant que l'influence physiologique et psychique fait varier l'indice de qualité de vie, de la santé et la perception de celle-ci. De ce point de vue conceptuel, il n'y a qu'un pas à franchir pour que cette perspective serve de fondement à une étiologie écologique, politique, sociale, économique et culturelle de la santé, de la maladie et de la qualité de vie.

Au niveau de la vie rurale, le concept des « biologies locales éclaire en partie l'expérience incarnée, c'est-à-dire, l'expérience des sensations physiques, notamment celles du bien-être, de la santé, de la maladie et qu'elles impliquent en réalité le corps matériel, mais que ce corps dépend lui-même de facteurs évolutifs, environnementaux et autres » (Lock, 2005: 452), est congruent avec le concept du corps analogique de l'Habitus proposant que « L'Habitus transforme le corps en un véritable opérateur analogique qui

établit constamment des transferts, des déplacements et des équivalences entre le capital économique, le capital culturel et le capital social d'une personne » (Bourdieu, 1994: 170). Cependant, avant même que l'Habitus ne devienne un opérateur analogique, existe la dimension d'un capital biologique hérité d'un mixage génétique pas nécessairement, ni entièrement déterminé par l'environnement. Sur ce plan, le génotype qui détermine jusqu'à 40 % du développement phénotypique (Forest, 1975) peu importe le milieu, figure comme prémisse d'analyse du niveau de santé et d'une qualité de vie héritée. Ainsi et malgré tout, ce capital inné voit son expression non déterminée parce qu'elle demeure soumise à l'acquisition de pratiques variables en réponse à la pression adaptative de la variation environnementale. À ce niveau, la question de l'inné et de l'acquis sera abordée auprès des répondants afin d'identifier d'une part, l'existence d'un schéma biologique intergénérationnel, et d'autre part les stratégies adoptées en égard de l'héritage biologique adapté aux possibilités du milieu. La première étape sera de reconnaître les facteurs héréditaires et de rendre compte des facteurs environnementaux (écologiques, sociaux, culturels et économiques) exerçant une influence sur le phénotype. Dans cette optique, la famille sera questionnée sur la relation somato-psychique où le corps et le phénotype sont conçus « en tant qu'espace pluridimensionnel qui prend une spécificité particulière dans la groupalité familiale (...) à même de façonner les vécus autant que les représentations affectives et sociales » (Mariage & Cuynet, 2007 : 10).

1.3 CAPITAL ÉCONOMIQUE ET STATUT NOSOLOGIQUE

Afin de différencier les milieux sociaux, la statistique classe les individus et les groupes selon leurs revenus les reliant ainsi à une catégorie économique. Sur ce plan, la statistique utilise le niveau économique comme indicateur principal d'une classe sociale reliée à un quartier ou une région (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001). Cette méthode facilite le classement des catégories sociales parce que les individus ayant des caractéristiques économiques semblables sont apparentés aux groupes occupant des quartiers résidentiels offrant un même niveau de vie. À ce sujet, l'échelle de stratification du statut socioéconomique (SSE) est le résultat du calcul d'une moyenne de données urbaines et rurales pondérées récoltées à travers le Québec et utilisée comme modèle

universel tandis que le seuil de faible revenu (SFR) est calculé selon la taille des ménages et déterminé par Statistiques Canada à partir de données transnationales. Cette méthode de classification peut s'avérer réductrice si elle ne rend pas compte de l'existence d'une stratification socioéconomique différente. À ce niveau, la pondération des données et le calcul des moyennes aplanit les différences en ne considérant pas que les variances intra régionales des écarts à la moyenne ont pour effet de compresser ou d'allonger l'échelle socioéconomique. Une petite région rurale telle que la Petite Nation avec une échelle de revenu démontrant de faibles écarts avec la moyenne des écarts régionaux représente l'exemple d'une stratification sociale différente d'un modèle où les écarts à la moyenne sont fortement polarisés aux extrémités de l'échelle. Dans ce cas particulier on peut douter que l'estimation du SSE ait été soumise à un coefficient de variation permettant de relativiser la classification des sous-groupes auxquels les barèmes des échelles socioéconomiques nationales et provinciales ne correspondent pas.

Ce constat suggère qu'un biais se soit inséré dans l'estimation de l'échelle de stratification socioéconomique qui nous empêcherait d'établir un lien de causalité universel entre les variables de santé et de statut socioéconomique pour une population isomorphe représentative d'un milieu social et culturel atypique (De Koninck, 2008). Cette entorse méthodologique dans l'opération taxonomique de classification des classes socioéconomiques en catégories nosologiques révèle que l'approche catégorielle est « confrontée aux problèmes des limites et de la compréhension des champs sociaux » (Fassin, 1996 :24). Dans cette enquête anthropologique, les discours de deux familles de niveau économiques situés aux deux extrémités de l'échelle sociale permirent de comprendre l'influence du contexte et de nuancer les effets de hiérarchie (Nguyen, 2003). Ces aspects épistémologiques nous mènent à une question s'adressant à l'éthique située derrière la définition d'un statut social et économique associé au niveau de santé, et qui élude toute la question des critères subjectifs définissant la qualité de vie et les besoins. Ainsi, l'éthique derrière la définition de l'espace politique de la santé et des orientations institutionnelles (Cognet, 2004) ne semble pas exempte d'inférences reliées aux valeurs sociales, politiques et économiques d'une société (Kleinman, 1995). Dans ce sens, la notion de pauvreté et de stigmatisation socioéconomique sera exposée et analysée sur fond de représentations d'un métadiscours s'opposant aux signifiants et aux pratiques des

participants (Giddens, 1984). Parallèlement, l'analyse du capital économique ne se satisfait pas uniquement des modalités reliées aux revenus, mais s'investit aussi dans les catégories d'emploi, les accidents de travail et les maladies professionnelles, l'environnement et la culture organisationnelle du travail (Berthelette et Bilodeau, 2008), au sein desquelles le niveau de stress représente un indicateur faisant varier la perception de qualité de vie et le niveau de santé. De plus, l'invasion du champ de la santé par les compagnies d'assurances publique et privée sera considérée dans la perspective d'une violence structurelle institutionnelle occasionnant un déséquilibre psychosocial des clientèles vulnérables. Pour terminer, le statut du travailleur autonome sera abordé comme facteur identitaire et capital symbolique signifiant et représentatif d'un capital économique issu d'une sous-classe silencieuse ayant des impacts au niveau de la santé et de la qualité de vie (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001).

1.4 CAPITAL SOCIAL, STATUT ET CONCEPT D'IDENTITÉ

En faisant du statut le point focal de l'identité, les enquêtes socioéconomiques confondent deux concepts sémantiquement complémentaires mais pas nécessairement congruents. Le statut est attribué sur la base de variables macrostructurales fixes, dont l'âge, le sexe et l'état matrimonial pour les variables sociales; et la scolarité, le niveau de revenu et la catégorie professionnelle pour les variables socioéconomiques (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001). Lorsque les variables du statut social sont séparées de leur contexte, cela crée un effet d'atomisation modifiant l'identité de la variable parce que le procédé statistique omet les dynamiques implicites au processus de construction de l'identité (Gordon, 1988), telles que les valeurs culturelles et familiales, les savoirs, l'expérience, les croyances et idéologies, la richesse collective et le réseau social. Contrairement à la fixité du statut catégoriel, l'identité d'un individu ou d'un groupe est le produit d'une collection de signes (Saussure, 1916) et de représentations sensibles aux influences des conventions historiques et des idéologies dominantes de l'environnement social (Gallissot, 1987). En ce sens, l'identité évolue dans le temps et dans l'espace, elle évolue et change et donc s'adapte à l'environnement, ce qui lui donne un caractère multidimensionnel modulé par des influences multifactorielles. L'identité c'est le processus

d'une vie dans la mouvance du changement biologique, social, culturel et économique, et en ce sens on comprend que l'identité surdétermine le statut. Dans cette perspective, l'identité ne peut être une entité sociobiologique dont l'historique de sa constitution et de son altérité est réductible à quelques variables structurales et environnementales.

Sur ce plan, l'identité sera soumise à une recherche d'éléments structuraux sous-tendant son fonctionnement social où « une identité grossière, immédiate, une identité de surface doit laisser la place à une quête des structures profondes qui façonnent l'identité (Bourdieu) dans son aspect relationnel : la question de l'Autre apparaît comme constitutive de l'identité » (Benoist, 1977 : 17). Sur ce plan, le terrain de la ruralité, construit autour de la famille et constitué de réseaux sociaux étendus est abordé comme l'expression de dynamiques sociales, culturelles et économiques interdépendantes où l'identité des acteurs détermine l'actualisation des capitaux au sein de la communauté, laquelle détermine l'activation de pratiques situées et de comportements d'adaptation caractéristiques au milieu (Giddens, 1984; Giraud, 2001; Oriol, 1979, 1985; Bourgois, 1995; Alland, 1970; Leiban, 1973). Cet énoncé rejoint celui d'Élias proposant que « L'identité collective (...) du groupe et de ses prétentions contribue à façonner l'identité individuelle dans son expérience de soi comme dans celle des autres » (Elias, 1965 : 224) et dans la même suite Giraud explique bien les deux dimensions sur lesquelles s'appuie l'individu dans sa recherche d'identité;

« (...) d'un côté, l'identité désigne ce que chaque individu est à lui-même (...) et de l'autre elle suppose que la définition de l'individu dépend étroitement des relations qui le lient aux autres- à commencer par ceux de son environnement proche, dont il est le semblable, si ce n'est l'identique- et des manières de penser propres aux différents groupes auxquels il appartient » (Giraud, 2001 : 40).

Il y a donc deux vecteurs de l'identité : une identification fondatrice de l'appartenance sociale d'origine généalogique liée à la parenté, aussi constituée par les relations sociales de proximité (famille, travail, école, amis, quartier), et une identification de référence communautaire à caractère symbolique issue d'une projection collective actualisée entre autres dans le statut social et dans un partage d'idéologies communes (Gallissot, 1987) orientées vers la gestion collective des conditions de vie. Ici, il est question de relations entre individus, groupes et environnements modulés par l'influence du caractère

symbolique du rapport d'appartenance avec le territoire (Oriol, 1979) exprimé par une relation sémantique d'opposition (Oriol, 1979; Giraud, 2001) entre mondes rural et urbain. L'identité résulte donc d'un processus relationnel où le rapport aux autres est au centre d'une définition partiellement reçue de l'Autre où l'altérité « toujours inscrite au cœur de l'identité » (Giraud, 2001:41) devient l'expression d'une variance identitaire. Sur ce plan, le terrain identitaire familial sera abordé afin de soulever les indicateurs construisant l'altérité dans ses rapports avec le social. Cette identité s'inscrit aussi dans une définition classificatoire contraignante des groupes et des individus répondant à une logique d'abord sociale, puis administrative où les acteurs deviennent les « porteurs abstraits de certaines marques distinctives » (Giraud, 2001:43). Cet aspect de l'identité et du processus identitaire collectif sera évoqué dans une perspective historique et territoriale (Oriol, 1979, 1985), où un groupe majoritaire, soit de classe moyenne ou urbain, définit selon ses normes l'altérité de sous-groupes, pauvres, riches et ruraux en l'occurrence. Sur ce plan, les besoins sociaux et identitaires sont modulés par les capacités d'adaptation individuelle et collective reliées aux capitaux comme des dynamiques de transformation pondérant les effets des conditionnements culturels et des contraintes structurelles et sociales. Ainsi, les besoins motivent des choix identitaires permettant de mettre l'identité à niveau avec le milieu démontrant que « l'identité personnelle d'un individu et son identité sociale sont deux choses bien distinctes » (Giraud, 2001: 44). C'est à ce niveau que prend forme toute la question de l'identité individuelle liée à la place qu'elle occupe au sein du groupe d'appartenance et affichant des pratiques caractéristiques à la culture familiale et communautaire. Il sera question de soulever comment l'individu se représente son appartenance au collectif (Benoist, 1977) et dans cette perspective, l'identité se trouve saisie par sa consubstantialité avec celle du groupe et du capital social des réseaux sociaux participant à une qualité de vie communautaire. Dans la même trajectoire, la place occupée par l'individu et la famille au sein du champ social et économique influence inégalement la capacité d'agir (Giraud, 2001; Sen, 2004) et celle-ci s'avère déterminante sur les choix et les stratégies d'adaptation aux conditions de l'environnement et aux contraintes structurelles.

1.5 CAPITAL CULTUREL ET REPRÉSENTATIONS SYMBOLIQUES

Dans la perspective d'un raisonnement causal, les sciences ont fractionné le monde en le divisant en problématiques et en catégories afin de produire une connaissance rationnelle censée rendre compte des phénomènes observables. Toutefois, celle-ci évitait d'inclure dans son analyse un raisonnement interprétatif basé sur les relations entre les systèmes de sens et les symboliques particulières comme modèles d'explication du monde (Weber, 1985; Geertz, 1973). Cette conception dichotomique de la réalité nous ramène à l'interprétation matérialiste du monde (Marx, 1845; Bernier, 1991; Godelier, 1983) et mécaniste (Durkheim, 1893, 1912) opposée à celle de l'idéalisme et de la diffusion comme fondatrices des changements sociaux et culturels (Sahlins, 1976; Boas, 1888-1931). Toutefois, les modèles actuels, plus ouverts et compréhensifs, (Giddens, 1979; Geertz, 1973; Leavitt, 1992; Giraud, 2001; Oriol, 1983; Bourdieu, 1980; Comaroff, 1991) permettent de concevoir la dynamique du changement social et culturel comme une combinaison de facteurs déterminés et non déterminés, endogènes et exogènes, dialectiques, historiques, et de pratiques traditionnelles tissant l'évolution par les moyens qu'une communauté adopte pour améliorer son fonctionnement. Ainsi, dans une perspective constructiviste, les rapports sociaux entre dominés et dominants comportent des éléments menant à l'avènement de transformations sociétales modifiant le développement et la morphologie des communautés. L'histoire démontre que si l'exploitation des classes ouvrières créa l'iniquité, celle-ci produisit aussi les éléments sociaux et culturels participant à l'expression d'une conscience contradictoire (Oriol, 1979; Comaroff, 1985, 1991; Bourgois, 1995; Giraud, 2001) qui transforma le déséquilibre social (Boudon, 1984) par une culture d'entraide et d'échange (Mauss, 1950) optimisant le fonctionnement et la cohésion sociale (Oriol, 1985). Cela indique un ordre de valeurs, de normes, de croyances et de traditions reflétées dans un discours exprimant une conception commune du monde incorporée au sein d'une entité socioculturelle. À cet égard, le «partage idéologique des conflits» (Gallissot, 1987:17), combiné à la diffusion d'une dialectique de solidarité et de distinction identitaire liée au territoire et à ses représentations symboliques (Oriol, 1983; Giraud, 2001), intégrées aux stratégies de promotion de la santé promulgués par les autorités socio sanitaires et communautaires peuvent être considérés comme les éléments clés des transformations sociétales agissant sur la qualité de vie et la santé des populations.

CHAPITRE 2

PARTIE I

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Dans cette première partie du chapitre deux, le cadre méthodologique est abordé par la définition des objectifs, une description de l'approche utilisée de même que les difficultés rencontrées sur le terrain et les contraintes méthodologiques. La deuxième partie présente les participants et leurs caractéristiques sociales, ainsi que le terrain dans sa dimension géographique historique et culturelle. Dans la troisième partie, sont exposés les résultats de l'enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998 et ses régions par la présentation d'un tableau synoptique et une analyse des variables liées à la définition du statut socioéconomique, de la santé et des indicateurs silencieux pouvant être des facteurs causals agissant sur la variation du phénotype. Ici, j'interroge la valeur et l'identité des variables retenues comme les indicateurs catégoriels menant à la classification nosologique de groupes humains.

2.0 QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

La relation entre qualité de vie et santé étant le sujet central de cette recherche, je m'interroge ici sur l'universalité des indicateurs permettant d'associer ces deux notions. Une lecture attentive des statistiques de santé produites par le Département de Santé Publique du Québec (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001 : f-1 à 29, Déterminants de la santé, f-2 à 93) soulève les questions au cœur de ce mémoire, notamment entre l'interprétation des données concernant la construction et la prévalence des maladies et les données brutes. De façon générale, les devis statistiques utilisent des marqueurs universaux liant le statut socioéconomique à la santé, or cela n'est pas sans omettre les nuances des variances culturelles locales associées aux contextes. Dans une perspective anthropologique toutefois, les domaines écologiques, biologiques, historiques, politiques, économiques, sociaux et culturels fournissent des indicateurs pouvant déterminer l'emploi de stratégies locales particulières à l'égard de la santé. En ce sens, les maladies et les stratégies de santé d'abord individuelles et originales se refléteraient au niveau des groupes familiaux et du corps social et seraient congruentes avec l'articulation

des différents capitaux économiques, sociaux et culturels des familles et de la collectivité. Or, pour la plupart, ces capitaux endossent une valeur symbolique résultant souvent d'un transfert intergénérationnel intrafamilial pouvant exprimer des récurrences ou des clivages de nature sociale et culturelle. Ainsi, la provenance des familles, leur statut social, mais aussi leur culture familiale actualisant une identité particulière participent à élaborer une *qualité de vie* qui semble à son tour influencer le niveau de santé, ainsi, les facteurs économiques ne représenteraient qu'un aspect parmi d'autres des déterminants de la santé. Inscrit dans une remise en question de la posture épidémiologique associant la santé par l'entremise du concept de qualité de vie, ce mémoire s'articule autour de deux questions principales :

- 1- *Y a-t-il une relation entre qualité de vie et santé?*
- 2- *La qualité de vie est-elle liée au statut économique? Cette recherche questionne le concept de qualité de vie, à savoir si elle est déterminée par le niveau de revenu, sinon quels sont les critères permettant de juger d'une vie de qualité.*

Afin de répondre à ces deux questions, les objectifs principaux sont les suivants :

- 1- **Identifier** les indicateurs les plus sensibles exerçant une influence sur la santé et la qualité de vie dans le contexte rural de la région de la Petite Nation. Les indicateurs recherchés auprès des familles sont :
 - a) les indicateurs de stratification économique
 - b) les réseaux de soutien
 - c) les habitudes de vie
 - d) l'environnement physique
- 2- **Documenter** les notions de santé et de qualité de vie du point de vue des acteurs touchés par cette recherche recrutés parmi les familles et les intervenants locaux du milieu de la santé.

- 3- **Proposer** une interprétation plus nuancée des phénomènes de construction de la maladie et de la santé en les articulant avec le concept de qualité de vie dans un milieu rural.

2.1 APPROCHE QUALITATIVE

La première étape méthodologique fut l'analyse et la mise en relation des données épidémiologiques concernant la grande région de l'Outaouais comparées avec les données locales de la Petite Nation. C'est en abordant la question de la santé en lien avec la qualité de vie que j'ai pu identifier les indicateurs clés liés à ma problématique et questionner les variables utilisées dans le cadre de ces enquêtes sociales et de santé. Ces variables sont discutées dans une perspective relativiste mettant en exergue les données médicales sur la prévalence des maladies tout en effectuant une mise en relief des définitions de la santé, de la maladie, du statut socioéconomique et de la qualité de vie reliés à ces indicateurs. Suite à cette première démarche, j'ai examiné les représentations qu'infèrent ces indicateurs et documenté d'autres marqueurs représentatifs à partir d'une enquête de terrain d'inspiration ethnographique. En somme, il s'agit d'une étude qualitative, portant d'une part, sur les résultats d'études quantitatives sur la santé des populations et d'autre part sur les perceptions et les représentations que les membres des familles et les intervenants de la santé se font de la santé et de la qualité de vie en milieu rural. La famille est abordée dans une perspective intergénérationnelle et territoriale afin d'identifier la transmission d'un héritage biologique et culturel pouvant influencer le développement phénotypique et cognitif dans un milieu précis. L'enquête fut effectuée au moyen d'entretiens en profondeur menés auprès des familles de trois niveaux socioéconomiques et d'intervenants professionnels du CLSC (Centre local de services communautaires) résidants de cette région rurale. Cette approche permet d'aborder la complexité du terrain et les questions soulevées en documentant les perceptions et les représentations des participants.

2.2 POPULATION À L'ÉTUDE : CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Les participants ont été recrutés selon leur appartenance à deux groupes distincts; les familles et les intervenants professionnels.

Les familles. La recherche auprès des familles s'intéressant au contexte intergénérationnel et territorial, pour la grande majorité, leurs membres sont natifs et résidents de la Vallée de la Petite Nation depuis trois générations et regroupent trois grands-parents âgés entre soixante-quatorze et quatre-vingt-treize ans, six enfants âgés de vingt-sept à cinquante-cinq ans, et neuf petits-enfants âgés entre deux et trente-deux ans. Les familles ont été sélectionnées selon leur appartenance à trois milieux socio-économiques différents; une famille à revenu élevé; une famille à revenu moyen et une famille à bas revenu.

Les intervenants professionnels. Afin de documenter les indicateurs répertoriés dans le discours institutionnel et médical, les participants professionnels ont été recrutés parmi les intervenants de la principale institution locale de santé, le CLSC-CHSLD de la Petite Nation. Ces entrevues dirigées ont été menées avec les intervenants de trois catégories professionnelles : travailleurs sociaux, médecins et administrateurs. Le but visé est de récolter un matériel empirique assez consistant pouvant fournir des données permettant de nuancer le discours épidémiologique sur la santé et de placer celle-ci dans une perspective d'analyse incluant le concept de la qualité de vie.

2.2.1 RECRUTEMENT

Quoique je sois résident de cette région et la connaisse bien depuis plus de trente ans, ma recherche de terrain ne s'est pas effectuée sans embûches. En novembre 2007 ma première démarche fût de prendre contact avec la direction du CLSC pour l'informer de mon projet. Le délai de réponse fut assez long, après plus de quatre mois la directrice me proposa d'organiser une réunion en avril 2008 afin de présenter le projet aux intervenants du CLSC. Lors de cette présentation, plusieurs intervenants exprimèrent leur intérêt et furent contactés pour des entrevues planifiées pendant l'été et l'automne suivant. J'obtins la participation de deux travailleurs sociaux, d'une directrice générale, d'un ex-directeur de CLSC, ainsi que deux médecins. Les travailleurs sociaux ont été sélectionnés pour leurs connaissances du terrain social en tant qu'intervenants auprès d'une clientèle défavorisée et vulnérable et ont été questionnés sur le thème de la relation entre niveau de revenu, de critères du seuil de pauvreté et de qualité de vie. Les administrateurs ont été sélectionnés pour leur expérience et leurs connaissances du terrain rural, leur expertise des stratégies de

santé publique et des politiques administratives du ministère de la Santé et des services sociaux en relation avec leurs visions de la gestion de la santé publique et leurs représentations du concept de qualité de vie lié à la santé. Les médecins ont été recrutés pour leur expérience avec une clientèle rurale issue de toutes les couches sociales et pour témoigner de leur connaissance du terrain où leur pratique fut parfois confrontée aux normes de la santé publique et aux contraintes structurelles.

Le recrutement des familles constitua le principal obstacle et j'eus à réviser mes critères de sélection d'origine afin d'accéder à un échantillon théorique du milieu social. Après avoir posé une centaine d'affichettes dans des endroits publics, participé à une entrevue du journal local et contacté une vingtaine de personnes du milieu communautaire, les familles et leurs membres ont été recrutés par contact direct, par contact indirect ou par l'entremise de personnes impliquées dans la communauté. Lors de cette campagne de prospection, plusieurs personnes œuvrant dans le milieu organisationnel m'ont indiqué qu'il était difficile dans la région de rassembler des participants pour quelques activités que ce soit. Cet avertissement reçu au début de l'enquête s'avéra exact car je réalisai que même après quelques décennies de présence publique régionale, ici, beaucoup de choses se passent au ralenti. L'enquête auprès des familles démarra en mai 2009 avec un couple de personnes âgées demeurant dans un village voisin et représentant une famille d'un niveau de revenu moyen. En juin 2009, je rencontrai leur fils et son épouse ainsi que leurs trois enfants, eux aussi membres de la classe moyenne. Pour cette famille, je n'ai recruté que la lignée paternelle de la famille, la lignée maternelle étant demeurée fermée à tout échange.

En septembre 2009, je recrutai une deuxième famille formée d'un jeune couple et leurs trois enfants en bas âge tous résidant dans un milieu forestier éloigné. Ceux-ci furent référés par un travailleur social agissant dans leur dossier de santé et d'aide sociale au CLSC de la Petite Nation. Cette famille vit géographiquement isolée dans un état de grande vulnérabilité biologique et économique. Au niveau de la famille élargie, les grands-parents maternels et paternels refusèrent toute possibilité d'entrevue.

Les familles fortunées furent les plus difficiles à recruter, d'abord elles sont peu accessibles parce que limitées en nombre et généralement absentes des réseaux sociaux d'entraide ou des cercles communautaires locaux. Toutes les familles potentielles furent

contactées par téléphone, mais pour la plupart, leurs discours étaient marqués par un manque d'intérêt évident. Peu intéressés, distants, ne retournant ni les appels, ni les messages ou les courriels, les interlocuteurs demeuraient muets, une seule famille s'est engagée pour plus tard se désister sans préavis. À la fin du mois d'avril 2010, à la limite de mes échéanciers, je recrutai une famille fortunée qui cette fois s'est montrée très ouverte et disponible.

2.3 LA COLLECTE DES DONNÉES

Les entrevues se sont échelonnées de novembre 2008 à juillet 2010 et ont été menées auprès de vingt et une personnes. Les familles ont été contactées par téléphone et informées sur la recherche et ses objectifs. Au moment de la première rencontre, tous les participants ont reçu un formulaire d'inscription et un formulaire explicatif sur la recherche, tandis que deux familles et un couple âgé ont reçu un questionnaire fermé auto administré (QAA) comprenant deux cent soixante-dix questions. Ce questionnaire individuel destiné aux enfants de plus de cinq ans et aux adultes, porte sur leur situation sociale et économique (réseaux sociaux, indices de stratification socioéconomique, scolarisation), leurs habitudes de vie (habitudes alimentaires, tabagisme, consommation d'alcool, loisirs et croyances), et l'environnement physique (logement, village, campagne). Deux familles et un couple (regroupant dix personnes) ont répondu au QAA. Suite à cette première étape, chaque famille et individu ont été conviés à une entrevue semi dirigée d'une heure et demie dont cinq ont eu lieu au domicile familial et trois à mon bureau. Une entrevue fut effectuée avec une famille complète constituée d'un couple vivant au village avec leurs trois enfants âgés de quinze à dix-neuf ans; quatre entrevues ont été menées individuellement avec un père et ses trois fils; trois entrevues ont été menées en couple, dont une avec des grands-parents paternels, une avec une matriarche et sa fille, et finalement une troisième entrevue avec un couple ayant de jeunes enfants. En tout, huit entretiens d'une durée de quatre-vingt-dix minutes et comportant une trentaine de questions ouvertes ont été menés avec les familles (en annexe 1).

Afin de documenter les indicateurs utilisés par l'épidémiologie de même que ceux révélés par l'enquête de terrain, je dirigeai six entrevues d'une heure et demie chacune comprenant une quarantaine de questions fermées auprès de six acteurs institutionnels

locaux représentant le domaine de la santé (en annexe 2). Deux entrevues ont eu lieu dans les locaux du CLSC, deux autres ont été menées aux domiciles des intervenants et deux autres à mon bureau. Quant aux données épidémiologiques, elles ont été récoltées à même L'enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998 dont l'analyse par le Département de santé publique (DSP) fut publiée en 2001.

2.3.1 LES ENTREVUES

Lors des entrevues avec les familles et leurs membres, les sujets abordés concernaient des questions culturelles, sociales et économiques, et leurs expériences de la santé et de la maladie en rapport avec leurs perceptions de la qualité de vie. Plus précisément, les questions abordèrent les thèmes des réseaux sociaux d'entraide, les maladies familiales, l'éducation familiale, l'autonomie et la sécurité alimentaire, le milieu de travail, la stigmatisation, les relations avec les parents, la perception et la définition de la santé et de la qualité de vie, le stress, la perception du temps et de l'espace. L'enquête de terrain permis de documenter les significations accordées aux indicateurs par les acteurs concernés et d'identifier de nouvelles variables issues du milieu rural. J'ai eu recours à la notion de *qualité de vie* en interrogeant les familles sur leur mode de vie à partir duquel ont été identifiés des déterminants potentiels de la santé et des indicateurs vus comme des signes reliés au corps social familial.

Les participants professionnels n'ont pas eu à répondre à un QAA, ils ont plutôt été conviés à une entrevue où furent abordées des questions concernant les contraintes structurelles, la perception et la définition de la santé et de la qualité de vie, les maladies locales, la culture locale, les dynamiques familiales, les dynamiques des changements sociaux, économiques et culturels, les politiques et les stratégies de santé publique de l'état, l'approche catégorielle, les catégories à risques, la stigmatisation et l'identité. Ces répondants ont été questionnés sur leur bilan de la santé de la population locale, sur les indicateurs de *bonne santé* et de morbidité qu'ils identifient, et le cas échéant sur les spécificités de cette population rurale.

2.4 CONTRAINTES MÉTHODOLOGIQUES

Il m'a été impossible de rejoindre les deux lignées des trois générations de chacune des familles. Aussi, sur le terrain je réalisai que les schémas d'union maritale ne suivent pas un tracé strictement local ainsi, parmi les quatre couples interrogés, deux conjoints n'étaient pas natif de la région. De plus, j'ai observé une certaine réticence à témoigner dans le cadre d'une enquête sociale, est-ce par pudeur ou la crainte que ne soient révélées des informations confidentielles concernant leur mode de vie? Une troisième contrainte importante s'est révélée en rapport avec le phénomène de la scolarisation. En effet, je ne me doutais pas que l'analphabétisme était répandu dans toutes les couches de la population au point de créer une barrière difficile à franchir, non pas pour le chercheur mais surtout pour les participants potentiels pour qui répondre à des questions sur leur mode de vie semblait représenter une intrusion dans le silence entourant leur soi-disant incompetence intellectuelle. Cependant, dans le cas des participants ayant une très faible scolarité, une fois le langage du chercheur mis à niveau et la confiance établie les entretiens coulèrent de source. Une autre embûche apparut dans la présomption que la simplicité des questions du QAA ne représentait aucune difficulté. En effet, j'ai dû retirer le questionnaire en cours de recherche parce que trop long à remplir et à interpréter, et finalement les résultats obtenus avec le QAA ne furent pas de nature à influencer substantiellement les données récoltées lors des entrevues, même si ceux-ci me fournirent de bonnes pistes pour la préparation des questions. La période de temps pendant laquelle s'échelonnèrent les entrevues a représenté une difficulté parce que les dernières données sont arrivées à la limite des échéanciers, ce qui m'empêcha d'avancer régulièrement dans la rédaction et l'analyse des données. Dans certains cas, la mauvaise qualité sonore des enregistrements, due au bruit environnant, ou à la technologie utilisée a rendu l'écoute et la transcription des données plus difficile. L'échantillon de 21 personnes a aussi représenté une charge de travail mal estimée au départ. Une dernière embûche méthodologique et non la moindre, fut mon manque de connaissances concernant la méthodologie utilisée en épidémiologie, qui eut pour effet d'influencer dès le départ les prémisses de mon analyse sur la construction des catégories nosologiques. Heureusement, l'encadrement arriva à point pour rectifier l'ancrage conceptuel de la problématique étudiée.

2.5 ASPECTS ÉTHIQUES

Comme dans toute enquête sociale et de santé, cette recherche a été conduite en portant une attention particulière à la confidentialité des renseignements et de l'identité des participants. À cette fin, toutes les personnes interviewées portent des pseudonymes, et toute référence à leur identité personnelle a été éliminée. Dès l'inscription, les participants ont été informés de tous les aspects de la recherche et de leur droit de retrait. Ils ont aussi été informés de leur droit de refuser de répondre à des questions suscitant un malaise. Le protocole de cette recherche, le formulaire d'information et la lettre de consentement ont été évalués et approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de la faculté des arts et sciences (CÉRFAS) de l'Université de Montréal le 19 décembre 2007.

2.6 L'OBSERVATEUR ET LES « OBSERVÉS »

Même avec vingt-cinq années d'expérience en technique d'entrevue et en collecte de données, j'ai réalisé que le contexte clinique dans lequel mon activité professionnelle s'exerce est totalement différent d'une entrevue anthropologique menée pendant une heure et demie dans un endroit qui n'est pas familier. Ainsi, tout n'était pas dans la poche et les questions abstraites ou pointues qui s'enchaînent ont parfois été difficiles à expliquer et à mettre en contexte étant donné le vécu de participants peu scolarisés. Malgré tout, plusieurs de mes questions ont permis aux participants d'entamer une mise à jour de leurs expériences, ce qui a stimulé une discussion éclairée et nourri ma propre réflexion. Du côté des professionnels du CLSC, je crois que mon expérience et ma connaissance du terrain médical a favorisé le contact et mes questions ont stimulé la discussion à des niveaux conceptuels très intéressants pour les deux parties. Dans tous les cas, les rapports ont été chaleureux et propices à créer une bonne ambiance de communication.

2.7 ORGANISATION ET ANALYSE DES DONNÉES

Toutes les entrevues ont été enregistrées sur magnétophone, puis transcrites et consignées sur support informatique et papier. Une fois imprimées, des extraits significatifs

des réponses aux questions ont été transposés sur une grille affichant d'un côté les questions posées et de l'autre les réponses obtenues de chacun des participants.

PARTIE II

PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS

2.8 CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES PARTICIPANTS

Au fil des entrevues, des similitudes et des divergences sont apparues dans le discours des participants. Toutefois remarquablement les discours indiquent beaucoup plus de croisements de sens où professionnels et membres des familles disent en substance la même chose. Les divergences exprimées s'appuient davantage sur l'expérience du vécu familial ainsi que sur celle des professionnels qui s'oppose souvent aux présupposés scientifiques. Dans l'ensemble les discours dénotent une surprenante homogénéité dialectique tendant à confirmer à priori les réponses à la question de cette recherche. Malgré une grande différence dans les caractéristiques sociales et économiques des participants, on observe une continuité de sens reliée au contexte social et culturel défini par la relation avec le territoire.

2.8.1 TROIS FAMILLES, TROIS MILIEUX

La Famille Périard

La famille Périard est représentée par Albert (93 ans) et Pauline (88 ans) et figure comme une famille typique de commerçants et travailleurs autonomes d'une région rurale. Albert provient d'une famille d'agriculteurs locaux tandis que Pauline vient d'une famille ouvrière de la ville. Ils ont élevé leurs dix enfants au village et lorsqu'en âge de travailler à temps plein, les garçons (dont Michel est le benjamin) ont emboîté le pas dans l'entreprise familiale. Malgré leur bas niveau de scolarité, monsieur et madame Périard et leur famille sont représentatifs d'une catégorie de travailleurs autonomes de la classe moyenne locale. Albert et Pauline exercèrent leurs rôles respectifs de parents et de gestionnaires selon la traditionnelle division sexuelle des tâches. En tant que membres d'une communauté rurale, Albert et Pauline ont été activement impliqués pendant plus de six décennies dans des activités bénévoles de toutes sortes.

La famille Périard-Fournelle

Cette famille biparentale est formée par Michel Périard (55 ans, fils d'Albert et Pauline), Doris Fournelle (47 ans), et leurs trois enfants; Mario (19 ans), Mégane (17 ans) et Carole (15 ans). Michel a terminé un secondaire V et fut commerçant et travailleur autonome jusqu'à ce que lui et ses frères vendent leur entreprise à un concurrent. Il est maintenant employé manuel spécialisé au sein d'une grande entreprise située en ville exerçant dans le même domaine d'activité commerciale. Pour sa part, Doris provient d'une famille ouvrière du même village que son mari et exerce maintenant un emploi spécialisé au sein d'une entreprise de services sociaux à but non lucratif. Au moment de l'entrevue, Mario, l'aîné, avait terminé l'école secondaire et travaillait dans un service public local, tandis que Mégane était étudiante au Cégep et Carole à l'école secondaire. Michel et Doris ont exercé leurs rôles respectifs de parents dans la manière traditionnelle de division des tâches. Selon les standards locaux, ils ont le niveau de vie d'une famille de classe moyenne.

La famille Gingras-Girard

Marius et Juliette forment une famille biparentale dont l'aînée est Josiane (10 ans), le cadet, Simon (2 1/2 ans) et le benjamin, Daniel (1 an). Agés respectivement de 34 et 28 ans, Marius et Juliette mènent une vie familiale sous le seuil de la pauvreté tel que défini par le Ministère du revenu du Québec (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001). Ils vivent d'aide sociale et de petits boulots et demeurent dans une maisonnette de 600 pieds carrés dans un secteur reculé de la région. N'ayant pas terminé ses études secondaires Marius est très peu scolarisé et Juliette, qui a terminé un secondaire V tente de raccrocher tant bien que mal le monde de l'emploi en effectuant des formations d'appoint en comptabilité et tenue de livres informatique.

La famille Poitras

La famille Poitras est représentée ici par Constance (74 ans) et sa fille Lysanne (53 ans). Constance a vu sa famille de six enfants (cinq filles et un garçon) grandir sur la terre familiale consacrée à l'agriculture et à l'élevage de bétail et de vaches laitières, un mode de vie généralement associé à celui de la classe moyenne locale. Constance qui vit seule et séparée depuis plusieurs années est veuve depuis peu de temps. Lysanne est la cadette de la famille et celle des cinq filles qui aida beaucoup son père aux différents travaux de la

ferme. Lysanne est mère de trois garçons adultes et séparée depuis plusieurs années de son ex-conjoint Amédée. Lysanne parle plusieurs langues, elle a étudié plusieurs techniques professionnelles différentes et exercé plusieurs métiers. Aujourd'hui elle travaille à temps plein comme travailleuse autonome dans un domaine non spécialisé pour une famille vivant à l'extérieur de la région.

La famille Clément

La famille Clément est ici représentée par Amédée 55 ans, fils d'un commerçant en agriculture ayant fait de très bonnes affaires dans la région, il représente le portait type du « self made man ». Peu scolarisé, travailleur autonome infatigable et commerçant aguerri performant et fortuné, il a axé ses valeurs principales dans le travail et la capitalisation des profits. Après une période vécue en ville, il revint dans sa région natale pour fonder une entreprise qui ne cessa de croître et se multiplier depuis sa fondation et qui compte actuellement plus de sept cent employés. Amédée est le père des trois garçons qu'il eut avec Lysanne.

La famille Clément-Poitras

Dernière famille à s'être joint à l'enquête, la famille Clément-Poitras est représentée par les trois fils d'Amédée et Lysanne, Antoine (30 ans) employé qualifié dans une institution d'état en couple et sans enfants, Martin (27 ans), célibataire, sans enfants, employé spécialisé dans une firme privée, et Benoît (26 ans), célibataire, sans enfants et travailleur spécialisé autonome faisant commerce dans la région.

2.8.2 LES INTERVENANTS PROFESSIONNELS

Denise. Denise est cadre supérieure au sein du CLSC local avec une longue expérience en travail social. Elle connaît très bien son terrain et transige régulièrement avec les institutions d'état, tels que le ministère de la Santé et des services sociaux, le département de Santé publique, l'agence de Santé de l'Outaouais et plusieurs intervenants et organismes communautaires liés aux territoires ruraux et urbains. Cet aspect de son expertise permet de mettre en relief les contrastes intra régionaux exprimés par les dynamiques socioculturelles des différents milieux.

Philippe. Philippe est un ex-cadre supérieur de CLSC ayant travaillé autant en milieu urbain à forte densité qu'au sein du milieu rural. Sa longue expérience de terrain fait de lui un pionnier de l'intervention et de la gestion en santé publique et un participant exprimant une vision globale très enrichissante basée sur le changement culturel lié au développement de l'identité.

Guillaume. Guillaume est travailleur social exerçant sa profession depuis plusieurs années au CLSC local. Son approche pragmatique et son expertise de conseiller auprès des femmes et des hommes en situation de vulnérabilité font de lui un participant de choix qui exprima un discours nuancé sur la relation entre le corps social et le corps individué.

Sylvain. Sylvain est travailleur social spécialisé affecté aux dossiers des familles et des enfants en situation de grande vulnérabilité. Son expertise en matière de normes sociales et de barèmes d'évaluation psychosociale édités par le MSSS et leur application à des catégories hors-normes fait de lui un participant démontrant un regard critique sur l'application des lois à un terrain méconnu par les instances décisionnelles de l'état.

Maryse. Maryse est médecin travaillant actuellement auprès d'une clientèle adolescente en région urbaine, mais sa présence prolongée dans le milieu rural étudié ici lui laissa une vision élargie de la relation entre les habitants d'un territoire rural et le mode de vie prescrit par le milieu affectant le développement du phénotype.

Solange. Solange exerce la médecine au CLSC local et en raison de son expérience, de sa diligence et de la qualité de son écoute est une intervenante très appréciée par la population locale. Sa connaissance du terrain et sa vision globale de la santé font d'elle une participante au regard ayant éclairé plusieurs pistes de recherche.

2.9 PRÉSENTATION DU TERRAIN : LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS

L'Outaouais Québécois atteint une population de 320,788 habitants répartie en huit sous régions dont chacune est desservie par un Centre local de services communautaires (CLSC). La région est constituée d'un noyau urbain incluant les villes de Gatineau, Hull et Aylmer, maintenant fusionnées à la Ville de Gatineau. Aylmer, une petite ville (40,075 hab.) située à l'ouest de Hull, affiche le plus haut niveau de revenu familial global de la

région, tandis que la région rurale de La Petite Nation (21,863 hab.) à l'est de Buckingham, représente une des deux régions (avec les Forestiers) ayant le plus bas niveau de scolarisation et de revenu familial global. Au niveau économique, la région de l'Outaouais est caractérisée par un secteur d'emploi presque exclusivement dédié aux services et commerces pour plus de 71,5 % de la main-d'œuvre, le 28,5 % restant est occupé par l'industrie forestière, manufacturière et agricole.

Au plan culturel, la région de l'Outaouais Québécois, qui voisine la ville d'Ottawa et l'Ontario majoritairement anglophone, est depuis longtemps soumise à un incessant ballottage culturel, linguistique et politique qui semble avoir eu comme résultat de créer un « vide culturel » (Gaffield, 1994 : 710) reléguant la culture régionale à une sorte de flou identitaire. Deux langues et deux cultures, trois niveaux de gouvernement tergiversant sans cesse sur les priorités du développement régional témoignent d'une ambivalence culturelle souvent exprimée par une recherche et un questionnement politique, culturel et identitaire incessant (Gaffield, 1994), mais qui dans le temps a su démontrer une vitalité qui s'avéra garante de sa pérennité. Sur le plan de la santé, et contre toute attente par rapport au niveau de revenu, la stabilité de l'emploi et une espérance de vie en croissance, les études épidémiologiques attribuent à l'Outaouais urbain et rural le statut de région la plus malade au Québec (Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 1980, 1990 : 40, Santé Québec 1986, Santé Québec 1987). À ce sujet, les citations suivantes sont claires :

« Les comparaisons avec l'ensemble du Québec et avec les autres régions québécoises mettent en perspective le sous-développement de la région (...) sur treize indicateurs de santé, l'Outaouais fait mauvaise figure par rapport aux autres régions du Québec (...) comme pour la perception de l'état général de santé, l'Outaouais se distingue toujours par la négative » (Gaffield, 1994 : 686) et par rapport à la ruralité « (...) certains indices portent à croire que l'état de santé de la population de l'Outaouais urbain, et à plus fort titre de l'Outaouais rural est significativement plus faible que celui de l'ensemble du Québec », et « la désintégration sociale dans l'Outaouais rural constitue une source d'augmentation du nombre de personnes en besoin dans ce milieu à tel point qu'en ce qui a trait au développement social, on peut parler de deux régions dans une : une région urbaine en pleine expansion, et une région rurale en désintégration constante (...), on constate que pour l'Outaouais rural, le niveau de santé va en se détériorant, suivant ainsi la même tendance que son développement économique » (Gaffield, 1994 : 684-685).

On retient donc que l'Outaouais est nettement défavorisé au niveau de la santé, que les régions rurales le sont encore plus, et que suivant la logique économique derrière cette analyse, la région de la Petite Nation figurant comme une des deux plus pauvres de l'Outaouais se retrouve une des deux régions les plus malades au Québec. Or, ce constat extrêmement négatif sur le niveau de santé de l'Outaouais urbain et rural est relié à une analyse du contexte social en rapport avec des caractéristiques économiques et de développement dont les indices sont basés sur des variables tels que le pourcentage de la population vivant sous le seuil de la pauvreté, le revenu annuel moyen des familles, la valeur moyenne du logement, le niveau de scolarité, les taux de chômage et les pourcentages des ménages bénéficiaires de l'aide sociale (Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 1980, 1990). En aucun cas, l'étude ne se réfère à des variables macrostructurales ou environnementales pouvant expliquer les causes réelles de la variance du niveau de santé de cette population par rapport à une autre. Les treize indicateurs retenus pour tracer ce bilan de santé négatif sont la mortalité néonatale précoce, la mortalité infantile, l'espérance de vie, la consommation d'alcool, le tabagisme, les maladies ostéo-articulaires et cardio-vasculaires, les cancers, les traumatismes, l'insuffisance de poids à la naissance, les maladies transmises sexuellement, les troubles mentaux et les allergies.

Dans une autre étude épidémiologique issue de l'Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, le cahier méthodologique indique que l'Outaouais a été subdivisé en « (...) trois aires homogènes en fonction des caractéristiques socioéconomiques reconnues comme étant associées à l'état de santé : une aire vulnérable (1= pauvre), une aire intermédiaire (2= classe moyenne), et une aire peu vulnérable (3 = riche) » (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001). Ainsi formulée, cette classification fait une corrélation entre l'état de santé et les caractéristiques socioéconomiques sans confronter le concept et les données macrostructurales au terrain local. L'étude jette donc en préambule les bases d'un à priori dont la vision déterministe effectue une réduction des corrélats sociaux, culturels et biologiques de la santé en basant l'affirmation sur une variable unique : le statut socioéconomique d'une région (composée de sous régions) et de ses individus. Ce faisant, elle objecte à l'individu et au groupe toute possibilité d'autonomie et de variance à la norme en les considérant invariablement déterminés par l'environnement

socioéconomique. Pourtant, plus loin dans le rapport, l'étude affirme que « les mécanismes d'interaction entre l'environnement social et la santé sont encore mal connus » (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001) mais propose simultanément que :

« (...) certaines caractéristiques socioéconomiques ont une influence importante sur la fréquence et la durée des problèmes de santé déclarés (...) les personnes ayant un meilleur niveau de revenu, appartenant à une catégorie professionnelle favorisée ou possédant un emploi stable présentent moins de problèmes de santé en général et moins de problèmes de santé chroniques » (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001).

Que doit-on comprendre par « meilleur niveau de revenu », quels en sont les barèmes, et pour « catégorie professionnelle favorisée », laquelle serait plus favorisée qu'une autre? La dernière partie de la citation suggère qu'un emploi stable favorise la santé sans évoquer si l'employé exerçant un emploi stable payé au salaire minimum et ayant des enfants à charge échappe mieux qu'un autre aux contraintes structurelles productrices des inégalités sociales de santé. Au sujet du statut socioéconomique l'étude enchaîne en disant :

« (...) le portrait socioéconomique de la population de l'Outaouais en 1998 semble plus favorable que celui de l'ensemble de la population du Québec (...) qu'une proportion plus forte des résidents de l'Outaouais occupent des catégories d'emploi considérées comme plus favorables sur le plan socioéconomique » (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001).

Toutefois et contrairement aux effets attendus du statut socioéconomique (SSE) sur la santé cette affirmation est suivie par une contradiction qui s'oppose à ce constat en soulignant que :

« (...) les résidents de l'Outaouais présentent significativement plus de problèmes de santé, et de problèmes de santé chroniques que la moyenne des Québécois (...), un tel profil suggère l'influence de facteurs globaux et systémiques, notamment d'ordre socioéconomiques et culturel, en conjonction avec des facteurs biologiques, comportementaux et environnementaux traditionnels » (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001)

Malheureusement, ces facteurs systémiques, biologiques, culturels, comportementaux et environnementaux restent silencieux car en aucun cas l'étude ne mentionne quels sont ces facteurs et en quoi ceux-ci sont « traditionnels ». Que doit-on conclure à partir de ces constats épidémiologiques? A priori, cette interprétation des données inspire plutôt la

circonspection. À posteriori, l'étude que je fis révéla qu'il y a lieu de relativiser d'une part les résultats et d'autre part les données, les variables utilisées ainsi que l'interprétation des épidémiologistes de la santé publique. Sur ce plan, l'analyse du milieu rural de la Petite Nation témoigne d'un contexte particulier suscitant un regard critique sur les données socio-économiques et la prévalence des maladies pour l'Outaouais et la Petite Nation et révèle un discours local s'opposant aux représentations d'une dialectique médicocentrique urbaine.

2.9.1 LA VALLÉE DE LA PETITE NATION: UNE ENCLAVE SOCIOCULTURELLE

Le peuplement de l'Outaouais débuta autour de 1810 avec le développement de l'industrie forestière dirigée par Philémon Wright qui accueillit les premiers colons anglophones à Hull. Au même moment, dans la région de la Petite Nation, des colons francophones recrutés par Louis Joseph Papineau seigneur de Montebello et son frère Denis Benjamin Papineau vinrent s'installer dans la dernière terre de type seigneuriale en Bas Canada. C'est une terre de *cageux* et de *raftmens* surnommée le *pays de l'or vert*, que l'économie locale se développa avec l'exploitation forestière tandis que l'agriculture demeura jusqu'au début du 20^e siècle une activité de subsistance familiale (Gaffield, 1994). Pendant plus d'un siècle, l'industrie forestière et papetière demeura sous le contrôle des grandes compagnies manufacturières. Au début du 20^e siècle, à cause de l'épuisement des stocks de grands pins et la transformation de la forêt coniférienne en forêt de feuillus l'industrie forestière, des pâtes et papier et du bois d'œuvre cessa d'être l'unique moteur de l'économie locale. Simultanément à ce déclin de la foresterie, l'économie agricole devint la deuxième locomotive du développement local. Cette étape marque un point tournant dans l'histoire du développement puisque l'économie locale sera dorénavant contrôlée par deux familles commerçantes et grandes propriétaires terriennes qui firent main mise simultanément sur une partie de l'industrie forestière et de l'agriculture. Avec des scieries fabriquant du bois d'œuvre destiné au marché de gros et de détail, des quincailleries et usines de quincaillerie, des fermes laitières et bovines, des laiteries et des fromageries, une famille dans le nord de la région, et une autre au sud furent les deux seules familles à exercer un monopole sur ces deux industries.

Pendant près d'un siècle et demi (1810-1960), la majorité de la population de la seigneurie vécut dans un état de relative à extrême pauvreté (Gaffield, 1994). La richesse étant concentrée dans les mains d'une petite élite constituée par les dirigeants d'une grande compagnie forestière et manufacturière, de quelques familles commerçantes et quelques notables, il n'eut pas beaucoup de grosses fortunes locales. Ainsi l'économie rurale demeura longtemps supportée par une classe ouvrière vivant dans un état de subsistance. Dans ce contexte de pauvreté collective, le monopole du développement économique eut pour effet de ralentir significativement le développement social, culturel et sanitaire. En région éloignée l'urgence d'intervenir dans les épidémies domine (Gaffield, 1994) et la promotion de la santé par l'amélioration de la qualité de vie personnelle et collective ne fait pas partie des stratégies des autorités sanitaires. Majoritairement francophone, peu scolarisée, géographiquement isolée, vivant sur de grandes terres de façon relativement autonome, ayant peu accès aux services de santé et d'éducation, économiquement exploitée par une classe propriétaire des industries et des richesses naturelles, la population constituée de familles nombreuses s'est développée en marge de la minorité gouvernante. Dans ce milieu où les services essentiels sont éloignés, les routes peu praticables et les moyens de transports en commun inexistant, la débrouillardise, l'entraide et l'autonomie sont des qualités nécessaires à la survie (Gaffield, 1994). Ainsi, un siècle d'exploitation ouvrière combinée à une autonomie de subsistance typiquement associée à la vie rude des populations rurales menèrent des habitants de la région à des actions politiques qui permirent à la population de s'affranchir de la dépendance économique. Au deuxième tiers du 20^e siècle, sous la gouverne de Maurice Duplessis, Premier ministre du Québec qui exerça son pouvoir de 1936 à 1939 et de 1944 à 1959 et qui instaura une politique nationale de crédit agricole, on assiste au développement d'une conscience sociale de la ruralité.

C'est dans la foulée de cette politique d'état combinée aux initiatives des agriculteurs et des bûcherons que furent fondées les premières coopératives agricoles et forestières dont le principe de solidarité et le système de ristourne des profits amorcèrent une redistribution de la richesse et une amélioration des conditions de vie. Ces événements marquent un tournant historique et jouèrent un rôle important dans le développement de la collectivité. Cependant, malgré une économie en développement, le niveau salarial des emplois demeure peu élevé. De plus, à cette époque les grandes entreprises exploitantes ont

la réputation d'être de mauvais donateurs et collaborateurs aux bonnes œuvres régionales, ce n'est qu'avec l'avènement des syndicats locaux et l'intensification de la tertiarisation de l'économie dans les années soixante-dix que le revenu des familles et de la collectivité commencera à augmenter. Ainsi, au Québec le contexte historique, socioéconomique et culturel de la période de *grande noirceur* combiné à l'explosion démographique des années 1950-1960 seront les ferments d'une évolution de la cohésion sociale où les concepts d'autonomie et de démocratie participative aligneront les jalons du développement régional touchant les aspects économiques, sociaux, politiques et culturels orientés vers une amélioration de la qualité de vie du milieu rural (Gaffield, 1994).

Le deuxième point important de l'évolution économique et culturelle régionale est estampé du sceau de la révolution tranquille combiné à la tertiarisation de l'économie et sa centralisation urbaine (Gaffield, 1994) dans les années 1960-1970. Pendant que la révolution tranquille marque le Québec d'une bascule des paradigmes sociaux, économiques, politiques et culturels, la centralisation des décisions et l'accélération de l'urbanisation de l'économie tertiaire marginalise les régions rurales. Ce contexte d'insécurité matérielle liée à une reconfiguration de l'économie combinée aux changements de valeurs et d'idéologie constitue un des éléments clés à la base des profonds changements sociétaux qui ont amené dans la Petite Nation des vagues successives d'immigrants urbains simultanément à un exode massif et continu des ruraux vers la ville. Pendant plusieurs décennies, il y eut un mouvement régulier de population dans les deux directions. Les changements sociodémographiques qui s'ensuivirent ont ainsi été catalysés par une combinaison de facteurs sociaux, économiques, politiques et culturels, endogènes et exogènes. À ce niveau, la situation socioéconomique et culturelle que la région connaît actuellement est le résultat d'un brassage démographique issu d'un mouvement culturel qui stimula le développement économique. Sur ce plan, la région de la Petite Nation est une petite région rurale *pure laine* québécoise à 98,1 % francophone qui constitue une sorte d'enclave géographique, sociale et culturelle affichant un caractère distinct sur la carte politique de l'Outaouais. Malgré les importants changements sociétaux soulignés, le dynamisme social et culturel régional représente une sorte d'icône rassemblant de nombreux acteurs autour de thèmes promulguant l'identité. Or, les habitants de la région, la nature et la culture ont été, et demeurent les pôles symboliques principaux qui continuent

d'exercer un attrait pour plusieurs urbains cherchant à améliorer leur qualité de vie ainsi que pour les locaux désirant la conserver.

PARTIE III

2.9.2 DONNÉES DU PROFIL SOCIO-ÉCONOMIQUE ET DE SANTÉ DE L'OUTAOUAIS

Ce bref survol historique nous conduit à l'état actuel de la région de l'Outaouais et de la Petite Nation par le biais d'une grille de statistiques basée sur des données probantes du Département de santé publique du Québec récoltées en 1998 dans le cadre de l'Enquête sociale et de santé dont les résultats ont été analysés en 2001 (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001). Les statistiques figurant au tableau I en page suivante ont été sélectionnées parmi un ensemble de données socioéconomiques et de morbidité dans le but de révéler les contrastes et les similitudes des différents milieux et de soulever le concept de qualité de vie en relation avec le statut socioéconomique, le niveau de revenu, l'environnement et le niveau de santé. Une analyse comparative et globale des données intra régionales et provinciales soulève de nombreuses questions quant à l'interprétation des données et ouvre la voie à une discussion plus approfondie teintée d'un regard relativiste porté sur les effets de contexte agissant sur le phénotype.

Afin de faciliter le repérage, les données significatives ont été inscrites selon un code de couleur figurant les valeurs moyennes, négatives et positives représentées par des pourcentages. En bleu, figurent les valeurs de la moyenne québécoise; le vert représente une valeur intra régionale positive inférieure ou supérieure à la moyenne provinciale; l'orange représente les données proches de la moyenne régionale, tandis que les données marquées d'un astérisque bleu sont les valeurs intra régionales les plus proches de la moyenne québécoise. Finalement les données en rouge représentent une valeur négative par rapport à la moyenne intra régionale et provinciale. À des fins de comparaison, les données des villes d'Aylmer (CLSC Grande Rivière) et celles de la Petite Nation serviront de référence pour leur représentativité des milieux urbains et ruraux dont les contextes socioéconomiques sont opposés.

2.9.3 TABLEAU I : STATISTIQUES DE SANTÉ POUR L'OUTAOUAIS ET LE QUÉBEC

	Hull	Grande Rivière	Les Collines	Les Fores tiers	Pontiac	Buck Ing ham	Petite Nation	Outa ouais	Québec
Revenus Moyen	52,153	62,598	59,965	36,962	42,433	49,825	38,763	52,201	49,261
Faible Revenu	23,1	10,5	6,6	19,5*	19,1 *	15,2	18,1*	16,5	19,1
Niveau Scolaire 9 ^e et moins	15,9	8,2	14,9	30,5	23,3	18,0*	29,1	16,5	18,0
9 à 13 ^e	32,5	37,3*	37,2	42,7	46,5	46,0	42,8	39,9	39,5
Collégial	31,1	34,7	30,3*	22,2	25,3	28,9	22,2	30,4	30,3
Université	20,5	19,8	17,6	4,8	4,9	7,1	5,9	13,2*	12,1
Insatisfaction Sociale	11,7	10,7	10,3	11,5	11,6	10,6	11,7	11,15	13,1
Détresse Psycho	14,5*	13,2	12,6	14,1	14,2	13,05	14,32	13,8	15,09
Espérance de vie	H : 72,2 F : 79,4	H : 75,2 F : 79,8	H : 76,7 F : 81,9	H : 73,0 F : 78,4	H : 72,9 F : 82,4	H : 73,8 F : 80,6	H : 72,4 F : 84,2	H : 74,0 F : 80,3	H : 74,4 F : 81,2
Inactivité Physique	27,5	33,7	32,0	37,5	37,5	33,9	38,7*	36,2	48,0
Allergies	32,7	33,0	31,0*	33,5	34,7	32,05	34,14	35,0	28,8
Maux de Dos	9,6	9,7	9,1	9,8	10,1*	9,45	10,0	10,3	10,2
Affections respiratoires	11,6	11,7	11,0*	11,8	12,25	11,4	12,1	12,4	10,4
Arthrite et Rhumatisme		12,1	11,4	12,25	12,8	11,75*	12,6	12,9	11,8
Mortalité par tumeurs par100, 000	179	149	125	162*	130	150	120	157	160
Mortalité cardio-vasc p.100, 000	207	180*	189	186	197	204	175	197	181
Mortalité par suicide p. 100,000	H : 25* F : 7*	H : 18 F : 4	H : 18 F : 6	H : 63 F : 6	H : 35 F : 0	H : 48 F : 3	H : 54 F : 12	H : 29 F : 6	H : 28 F : 7
Perception de mauvaise santé	15,4	15,2	15,1*	16,3	16,2	15,2	16,6	15,4	11,1

2.9.4 ANALYSE DES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Au premier coup d'œil, on remarque que les niveaux de **revenus** les plus élevés sont concentrés dans la région urbaine et limitrophe; Hull avec un revenu moyen de 52,153 \$, Aylmer, où le niveau de **scolarité** est le plus élevé cumule à 62,598 \$ et Les Collines avec 59,965 \$. À ce premier niveau, on peut présumer sans risque que le niveau de revenu est fortement lié au niveau de scolarisation. Hormis le Pontiac avec un taux de 19,1 %, on remarque que les régions à forte majorité francophone, (Hull 87,8%, Les Forestiers 86,4 %, Petite Nation 98,1 %) détiennent les plus hauts **niveaux de faibles revenus** avec respectivement 23,1 %, 19,5 % et 18,1 %, où Hull se situe quatre points au-dessus de la moyenne Québécoise tandis que ses voisines rurales affichent les niveaux de scolarité les plus bas avec 30,5 % et 29,1 %. Cependant, même si les écarts de revenus entre Grande Rivière (Aylmer) et la Petite Nation sont substantiels avec une différence de 23,835 \$, les taux **d'insatisfaction sociale** demeurent équivalents avec un écart de seulement 1,0 %. Ainsi, la différence statistique des taux d'insatisfaction sociale entre la ville la plus riche et la région la plus pauvre de l'Outaouais semble non significative en égard d'un lien avec le niveau de revenu, il faudra chercher ailleurs l'explication à cette équivalence malgré l'importance de cet écart économique.

Une donnée très importante est le **taux de suicide** pour la Petite Nation. Dans l'Outaouais, le taux de **mortalité par suicide** pour 100,000 habitants est le plus bas à Grande Rivière avec 18 hommes et 4 femmes, alors qu'il est le plus élevé dans Les Forestiers avec 63 pour les hommes et 6 pour les femmes. Par contre, la Petite Nation détient le taux de **mortalité par suicide pour les femmes** le plus élevé avec 12 décès, tandis que celui des hommes se chiffre à 54. Ces résultats nous interpellent car on s'attendrait à une corrélation positive entre **taux de suicide** et **niveau de détresse psychologique**, pourtant les taux pour Grande Rivière et la Petite Nation pour la dernière variable ne diffèrent que de 1,12 %, alors que l'écart pour les suicides est de 36 par 100,000 pour les hommes et trois fois plus élevé pour les femmes de la Petite Nation. Dans ce cas, le croisement des indices de détresse psychologique et d'insatisfaction sociale ne nous permet pas d'expliquer la prévalence du suicide pour ces régions. De plus, le préambule sur la méthodologie indique que « les 14 questions posées pour bâtir l'indice de **détresse psychologique** nécessaire à l'élaboration de l'indice ne constituent pas une mesure de

diagnostique précis » (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001 : f-16, 17). En effet, dans le calcul de la prévalence des **idées suicidaires** généralement liées au niveau de détresse psychologique, la population de référence ne comprend pas les personnes ayant rapporté un para suicide. Le préambule spécifie que les symptômes évalués doivent être présents dans la semaine précédant l'enquête, d'emblée la méthode écarte ainsi toute perspective longitudinale empêchant de saisir les facteurs locaux et historiques ayant contribué aux suicides, à la prévalence des idées suicidaires, des tentatives de suicide et des résultats des programmes de prévention.

Malgré ce triste bilan du suicide chez les femmes, une donnée remarquable s'insère au tableau. **L'espérance de vie des femmes** est inégalée dans la Petite Nation avec un summum de 84,2 années, trois années de plus que la moyenne Québécoise, tandis que ce facteur est inégalé négativement par les hommes de la Petite Nation ex aequo avec Hull avec 74,2 années, deux années de moins que la moyenne Québécoise. Cela soulève deux questions : alors que l'espérance de vie est généralement liée au statut socioéconomique et sachant que les femmes ont un niveau de revenu inférieur aux hommes et souvent au bas de l'échelle économique, que font les femmes de la Petite Nation pour vivre plus longtemps? Est-ce parce qu'elles vivent mieux ou autrement? Et les hommes vivent-ils moins bien?

Le taux **d'inactivité physique** le plus haut est détenu par la Petite Nation avec 38,7 %, tandis que le plus bas est détenu par Hull avec 27,5 %, démontrant un écart de 11,2 % entre ces deux régions. Dans le cas de Hull, on peut comprendre ce taux élevé sachant que cette ville est très bien équipée en infrastructures sportives. Pourtant, malgré des infrastructures sportives insuffisantes (pistes cyclables, sentiers pédestres, centre de ski, piscines), la Petite Nation se démarque peu de ses voisines au niveau de la **perception de mauvaise santé** et la comparaison soulève une question; le taux **d'inactivité physique** de la Petite Nation significativement inférieur au taux provincial de 48 % contredit nos attentes face à l'indice local de **perception de mauvaise santé** chiffré à 16,6 %, démontrant un écart de 5,5 % supérieur au taux provincial et un écart maximal de 1,5 % avec ses voisines régionales. Ceci apparaît suffisamment significatif pour qu'on se questionne sur comment un taux provincial d'inactivité physique négatif peut figurer à côté d'un indice de perception de mauvaise santé aussi positif. Dans ce cas, on peut lancer différentes hypothèses : les différences régionales quant à la définition de l'activité

physique sont très variables, ou les efforts des sportifs sont perçus par eux-mêmes comme vains, ou encore il existe un indicateur silencieux faisant varier le niveau de perception de mauvaise santé et à priori sa définition. S'agit-il que la pratique sportive entraîne un niveau de blessures lié au risque inhérent à tout sport? Quelles variables silencieuses peuvent faire varier ainsi la perception de mauvaise santé? De tous les taux de morbidité en Outaouais, seul le pourcentage d'individus affectés par les **allergies** est nettement supérieur au résultat provincial avec une moyenne régionale à 35,0 % versus un taux provincial de 28,8 %, alors qu'au niveau intra régional la Petite Nation détient le niveau le plus élevé avec 34,14 %. Les moyennes régionales pour la prévalence des **maux de dos**, de **l'arthrite et rhumatismes** et des **affections respiratoires** sont à peu près équivalentes aux moyennes provinciales, alors dans ce cas, serait-ce le taux régional d'allergie inégalé qui ferait monter à lui seul l'indice de perception de mauvaise santé de l'Outaouais et de ses régions? Ou bien est-ce l'isolement social, les conflits personnels au travail ou familiaux, la pollution atmosphérique? À ce point, pour quiconque s'interroge sur la pertinence des résultats d'enquête en santé publique, beaucoup de questions demeurent sans réponses.

Deux données très importantes et probablement les plus significatives de cette enquête méritent une attention particulière : le taux de **mortalité par tumeurs et par maladies cardio-vasculaires** pour Hull est le plus élevé au Québec, alors que cette ville affiche un environnement socioéconomique associé aux niveaux de revenus et de scolarité parmi les trois plus élevés de l'Outaouais et nettement supérieurs à la moyenne Québécoise. À l'opposé, les taux de mortalité pour ces mêmes maladies pour la région de la Petite Nation sont les plus bas en Outaouais et au Québec où pourtant les niveaux de revenu et de scolarisation pour la Petite Nation sont les plus bas de l'Outaouais (ex aequo avec Les Forestiers) et du Québec. Ainsi, les données probantes interprétées par le CRSSSO (Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 1980, 1990) et le DSP (Département de santé publique) sur les conditions de vie en milieu rural (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001) dont les niveaux de morbidité sont liés aux caractéristiques socioéconomiques soulèvent à nouveau la question épistémologique sur la construction de catégories nosologiques populationnelles. Ainsi, quels sont les facteurs pouvant expliquer l'équivalence dans la prévalence des maladies non létales malgré la présence de forts écarts socioéconomiques intra régionaux? Quoique l'épidémiologie

fournisse une quantité impressionnante de données pertinentes sur la distribution, la fréquence et l'évolution des maladies, elle nous informe peu sur les circonstances contextuelles ou sur les causes possibles, sociales, économiques ou culturelles déterminant la distribution d'une maladie X dans un milieu Y. Alors, que font les habitants les plus pauvres pour démontrer les taux les plus bas pour les deux maladies causant le plus de décès au Québec? Les habitants les plus pauvres ne sont peut-être pas aussi démunis et vulnérables que le prétendent les résultats d'enquêtes statistiques. Malheureusement, peu de données sensibles au sujet de la variance des milieux ruraux sont présentes pour parler des contextes locaux et de leurs caractéristiques particulières. En effet, l'analyse des déterminants de la santé met rarement en relation les facteurs biologiques, historiques, culturels, sociaux et politiques, tels que les antécédents génétiques, les réseaux sociaux et la culture familiale, le mode de vie et les habitudes, les contraintes structurelles, l'exclusion sociale, la précarisation du travail et son environnement, les stratégies politiques de l'économie de la santé et l'écologie participant à améliorer ou dégrader la qualité de vie et la santé. La tendance actuelle de l'administration publique de la santé à fusionner au sein de grands ensembles les petites unités sanitaires tend à donner raison à ce constat sur la déconnexion des données probantes avec les milieux étudiés. Cette problématique se révèle très clairement dans les résultats d'enquêtes qui contrastent avec les témoignages des participants, tant ceux des professionnels de la santé que ceux des familles indiquant l'existence d'un clivage entre les données épidémiologiques populationnelles et la réalité du terrain. A priori, on peut présumer que les habitants moins fortunés des régions rurales développent en rapport aux conditions de vie locales, un mode de vie et des stratégies d'adaptation différentes des pratiques actualisées par leurs concitoyens urbains plus fortunés et plus éduqués. À ce niveau, quel rôle joue l'environnement sur le développement de leurs comportements en égard de leur santé et de leur qualité de vie? Le concept de qualité de vie, abordé dans la perspective d'une analyse du milieu de vie et de son contexte écologique, social, culturel et économique est-il pertinent dans un cadre épidémiologique? C'est ce que les prochains chapitres tenteront d'élucider avec un matériel empirique chargé de significations.

CHAPITRE 3 - LE CAPITAL BIOLOGIQUE

3.0 DÉFINITION DU CAPITAL BIOLOGIQUE

Ce chapitre présente le corps social et individué dans une perspective révisionniste des concepts de santé et de maladie et propose un concept constructiviste de capital biologique (Kuh & al, 1997; Frolich & al, 2008). Ce capital est vu comme l'expression des capacités innées de l'individu combinées à l'acquisition de pratiques favorisant son adaptation phénotypique à l'environnement et optimisant sa qualité de vie. Les besoins physiologiques fondamentaux que sont manger, boire, respirer, dormir et éliminer les déchets métaboliques de l'organisme nécessitent tous d'être satisfaits sur une base régulière et s'établissent sur des critères minimaux de qualité et de quantité. En-deçà d'un seuil minimal de satisfaction des besoins physiologiques en termes d'éléments participant à ses processus constitutifs, l'organisme humain peine à s'adapter à la carence et voit sa capacité d'adaptation hypothéquée dans des conditions de précarité biologique. Dans le cas contraire la surenchère de la satisfaction des mêmes besoins crée un effort d'adaptation que la biologie de l'organisme finit aussi par compenser négativement. Cette compensation organique est le résultat des réactions endogènes au stress d'adaptation à la carence ou à l'excès de pression environnementale. Les pratiques et les conditions du milieu, dans la forme des capitaux sociaux, culturels et économiques, viennent à leur tour rajouter des qualités complémentaires optimisant l'adaptation aux facteurs exogènes et endogènes affectant les individus et les collectivités. Les facteurs de stress combinés à la capacité d'adaptation modulée par les conditions d'un environnement répondant aux besoins physiologiques fondamentaux figurent donc comme éléments constitutifs du capital biologique influençant le développement du phénotype.

3.1 FAMILLE, CORPORÉITÉ ET INCORPORATION

Dans une perspective constructiviste, le corps est conçu comme le produit de la socialisation (Bourdieu, 1980; Detrez, 2002; Queval, 2008; Marzano, 2007) activée par des habitudes et des comportements. Cependant, avant même que prenne forme et que s'active le processus de socialisation, le corps est dès la naissance une entité organique porteuse d'une identité. La première instance de l'identité relève donc du niveau biologique

morphologiquement structuré sur la base d'une génétique héréditaire sexuellement différenciée, et qui dans le temps et l'espace s'adaptera aux influences de l'environnement. Sur ce plan, la famille biologique est la matrice fondatrice du génotype et du développement phénotypique, et malgré toutes les transformations de sa morphologie, elle demeure le point initial à partir duquel se construit l'identité. Au sein de ce microcosme social, l'espace familial est le premier lieu où les représentations de la santé et de la maladie, du normal et du pathologique, transforment le corps en une figure métaphorique (Mariage & Cuinet : 2007) actualisée dans le processus de socialisation-normalisation et défini par le concept de l'Habitus proposé par Bourdieu (Bourdieu, 1980). Si l'union biologique et sociale d'un homme et d'une femme confère un rôle parental, elle donne surtout une morphologie biologique, sociale et symbolique à la cellule familiale en fournissant les éléments génétiques, culturels, sociaux et économiques participant à la construction des caractéristiques phénotypiques de l'enfant influencées par le processus de socialisation. Dans cet espace social investi par le symbolique, le corps individué devient l'objet des représentations du code moral familial prescrivant des comportements normés établis selon des règles d'hygiène corporelle et psychique et dirigeant la pensée sur des représentations socialement acceptées du corps et de l'altérité. Soulignons que les notions de santé et de maladie sont en amont du concept de corporéité car elles sont à priori influencées par la place symbolique que le corps occupe au sein de l'espace social (Fassin, 1996). En définitive, la famille est le lieu privilégié d'incorporation des croyances et des valeurs normatives où s'exprime une dialectique corporelle actualisée dans les pratiques (Kleinman, 1995). C'est donc au sein de l'espace familial que l'on observe le mieux les effets de la socialisation sur le corps et le psychisme de l'individu auquel on associe un niveau de santé. Ainsi situé, le corps est un lieu unique représentant le concept central de l'incarnation de l'expérience humaine en tant qu'objet biologique et psychique familial endossant une identité généalogique.

Caractérisé par une plasticité malléable, le corps biologique se voit investi d'une capacité de modification morphologique qui fait de lui un organisme adaptatif incorporant son expérience de l'environnement dans une matrice cellulaire, et qui selon ses besoins et ses capacités est perméable ou imperméable aux influences exogènes. Dans le sens où l'environnement inclut les domaines écologique, social, culturel et économique, le corps en

est investi et il se surinvestit aussi des représentations symboliques qui donnent un sens à son existence et sur laquelle se centre l'identité (Queval, 2008). C'est dans cette perspective que le corps peut se voir qualifié de *fait biosocial* total en interaction continue avec l'environnement et porteur de représentations syncrétiques s'inscrivant dans un projet de construction identitaire. Le corps est donc un signe, à la fois signifiant et signifié parce qu'il communique en présentant sa forme au su et à la vue de tous. A priori cette forme est le résultat d'un code mémorisé incarné, il est donc à la fois mémoire d'un code et signe du code et « dans tous les cas son usage comme support de sens est culturel. » (Detrez, 2002: 128).

C'est sur cette base théorique que Bourdieu propose que « le corps agît comme un opérateur analogique » (Bourdieu, 1994: 170) au sein d'une « structure structurante et structurée ». La biologie humaine est ainsi soumise à un processus d'incorporation résultant de l'intégration psychique des représentations d'un éthos familial transféré au corps en tant que signifiant et signifié d'une métaphore sociale somatisée. Par définition, l'*opération analogique* effectuée par l'Habitus est un processus inconscient, donc perméable aux influences de l'environnement dont celles du code de l'éthos familial en rapport continu avec les contradictions et les besoins de l'individu. Dans le sens de l'opération analogique, le processus psychosomatique produit un symptôme considéré comme l'expression métaphorique d'un conflit intérieur non résolu à l'égard d'une moralité imposée et non consentie (Mariage et Cuyenet, 2007) et de besoins inhibés ou réprimés par ce même éthos. Ainsi, le contexte familial est à la fois le résultat d'un mixage génétique et le bouillon de culture d'un éthos potentiellement somatisé en pathos et dont l'enfant devient le miroir phénotypique et morphologique.

La théorie des capitaux de Bourdieu (Bourdieu, 1980) et le concept de l'Habitus incorporant les éléments des capitaux offrent une perspective intéressante pour l'analyse des indicateurs de la santé parce qu'ils font du corps individué le terminal morphologique des représentations symboliques de ces capitaux comme la réflexion identitaire d'une relation sémantique (Danchin, 1977) et métaphorisée du corps social. Cependant, l'incorporation des capitaux en tant que facteurs environnementaux demeure sous l'influence d'un processus d'interaction entre ces conditions environnementales et les dispositions génétiques favorables ou défavorables à leur acquisition parce que;

«(...) pour chaque programme neuronique, a-t-on une réalisation particulière, pour chaque individu. Le programme est la partie innée du système (définie par le programme génétique et son déroulement ontogénétique) et la réalisation individuelle est un compromis particulier entre l'inné et l'acquis obtenu grâce à l'interaction avec l'environnement » (Danchin, 1977 : 200).

De quelle façon s'expriment les caractéristiques innées et acquises dans leurs rapports avec le contexte environnemental présumé le terreau du phénotype se résume donc à une question de possibilités du contexte en relation avec les capacités innées de réalisation des besoins fondamentaux de l'individu modulées par l'acquisition des différents capitaux.

3.2 L'HÉRÉDITÉ : PREMIER CAPITAL BIOLOGIQUE

Si d'entrée de jeu l'hérédité, en tant que capital biologique, n'est quantifiable que par séquençage génétique, il demeure néanmoins qualifiable car il est plus souvent représenté dans l'imaginaire populaire et figuré au répertoire symbolique identitaire de la généalogie familiale qu'au palmarès des indicateurs épidémiologiques de la santé. En effet, cette qualité identitaire inhérente du capital biologique est celle que les gens suggèrent lorsqu'ils prétendent avoir hérité de bons ou de mauvais gènes parce que « (...) le programme génétique transmis héréditairement (...) la multiplication des êtres vivants suppose que le programme se reproduise, et l'identité de la descendance à l'ascendance suppose que cette reproduction se fasse avec le minimum d'erreurs » (Danchin, 1977 : 189), comme le prétendent Pauline et Albert lorsqu'ils disent, *on est chanceux, on a hérité d'une bonne constitution*. Hériter des bons gènes est véritablement une question de « chance » car les 40 000 quelques gènes constituant l'ADN sont soumis au mouvement aléatoire d'une roulette chromosomique implacablement objective dans sa sélection car celle-ci ne choisit pas en fonction d'une qualité mais plutôt en termes de récurrences combinatoires. Sur ce plan, l'héritabilité est aveuglément inclusive des gènes récessifs pouvant se manifester plusieurs générations plus tard, et qui selon les conditions environnementales, trouveront au moment opportun un environnement propice à leur expression. Quoiqu'inné, le capital biologique n'agit pas de façon déterminée car il permet et module l'adaptation phénotypique pour laquelle « il faut admettre une certaine

fluctuation des gènes, dont dépend la plasticité de l'adaptation, donc de pouvoir évolutif » (Canguilhem, 1969 : 161) en rapport avec l'écologie, la culture, le social et l'économie exerçant conjointement la balance de la pression adaptative. Dès la conception, le produit corporel tissé par l'ADN hérité de chacune des lignées filiales transporte des gènes qu'on peut retracer jusqu'à la troisième génération ascendante. Dans le contexte de l'héritabilité, cela indique que le bagage génétique en rapport avec les variances environnementales peut, selon le hasard des alliances chromosomiques, prendre la forme d'un fardeau génétique. À ce niveau, on peut parler d'expression diachronique des caractéristiques génotypiques comme d'un processus ontogénique dont les aspects physiques et psychiques sont aléatoirement sélectionnés et transmis à la descendance et constituant la base d'une identité phénotypique.

À ce sujet, de récentes études Norvégiennes en épigénétique (Reik, 2007) ont démontré que la prévalence du diabète dans certaines familles et communautés pouvait être le résultat d'une transmission génotypique datant de la troisième ou quatrième génération antécédente à Égo issue d'un contexte où les arrières grands-parents paternels avaient connu une période plus ou moins prolongée de famine pendant la vie gestative ou pré pubère. Ainsi, les conditions écologiques prévalant à cette époque auraient été génétiquement enregistrées par des individus mâles ayant souffert de la faim et de malnutrition pendant cette phase cruciale du développement génotypique. Toutefois, l'étude ne mentionne aucun fait social historique démontrant, si lors de cette famine certaines familles ont eu un accès privilégié à des ressources alimentaires leur permettant de s'adapter mieux que d'autres à cette disette, et cela soulève la question de l'accessibilité aux ressources souvent déterminée par des inégalités sociales et économiques. Dans un tel contexte, si des groupes familiaux, politiques ou religieux ont eu un accès privilégié aux ressources leur permettant une adaptation optimale, les exclus auraient assurément vécu biologiquement les effets collatéraux de l'inégalité, tandis que les inclus pouvaient invoquer à tort la loi de la sélection naturelle. Ainsi, la condition diabétique de trois membres issus des trois familles participant à cette étude pourrait être liée au contexte d'extrême pauvreté, de disette alimentaire et de famine vécues dans la Petite Nation suite au grand feu des Montagnes Noires qui incendia fermes, cultures et récoltes au début du XXe siècle. De cette manière, les conditions environnementales historiques de nature

écologique, sociale, économique ou culturelle que nos aïeux ont connues peuvent avoir un impact à la fois sur la phylogénèse et sur l'ontogénèse avec des répercussions biologiques incorporées se manifestant dans le corps de leurs contemporains. Dans l'affirmative, l'histoire de la phylogénèse régionale pourrait contribuer à expliquer la prévalence du diabète de type 1. Malheureusement, l'absence de données probantes sur la prévalence régionale du diabète combinée à la difficulté d'obtenir des références historiques autres qu'orales empêchent de tracer un portrait plus précis permettant d'étayer cette hypothèse.

Nonobstant cette absence de données historiques, on sait que les conditions présentes dans l'environnement peuvent limiter, inhiber ou favoriser l'expression du génotype et donc le développement phénotypique. En bout de ligne, ce sont les conditions environnementales de toutes origines qui favoriseront ou non l'expression du matériel génétique, leur adaptation ou leur désadaptation aux conditions changeantes de l'environnement car « les différents génotypes, les lignées (...) présentent par rapport aux circonstances ambiantes éventuelles des valeurs différentes. La sélection, c'est-à-dire le criblage par le milieu, est tantôt conservatrice dans des conditions stables, tantôt novatrice dans des conditions critiques.» (Canguilhem, 1969 :161). C'est donc la relation entre nature et culture qui détermine l'actualisation de pratiques, de comportements et d'un mode de vie caractérisant une identité incorporée au niveau phénotypique et morphologique.

3.3 HÉRITAGE GÉNÉTIQUE ET IDENTITÉ

Dans le contexte d'une entrevue, le corps se parle et l'éloquence à son sujet dépend des représentations qui sont projetées sur lui. Il y a une sagesse populaire qui se dégage des discours familiaux qui viennent confirmer la place symbolique occupée par le concept d'hérédité et comment les individus utilisent la culture comme une réponse adaptative à leur héritage biologique. D'une famille à l'autre le bagage génétique joue très différemment selon les conditions de vie des familles en rapport avec leurs milieux respectifs. Du côté de la famille Périard, représentant une famille de travailleurs autonomes de la classe moyenne, la roulette génétique semble avoir joué un rôle favorable. Albert, âgé de 93 ans, fier aîné du village m'apprend qu'il est le plus âgé de tous et que seules les femmes le talonnent puisque dans son entourage, il n'y a aucun homme de son âge. Pauline, son épouse âgée de

88 ans, admet avoir hérité de la faiblesse cardiaque de son père, tandis qu'Albert nous parle de sa santé de fer en disant *j'ai jamais eu de trouble avec ma santé, j'ai jamais été malade. J'ai eu quelques badlucks... me suis cassé les jambes trois fois, j'ai fumé pendant 40 ans, j'ai pris un coup, mais jamais fais de conneries. J'ai lâché la cigarette...*, et Pauline de poursuivre avec, *si on n'a pas été malades, ça doit être parce qu'on a une bonne constitution j'imagine... c'est parce qu'on est têtus*. Ainsi, malgré l'acquisition d'habitudes à risques, ils affirment d'une part que la chance a joué son rôle dans la loterie génétique, et que si la malchance a pu influencer leur santé, ils doivent celle-ci surtout à leur volonté d'agir contre les mauvaises habitudes. Être têtu veut aussi dire être tenace, ne pas se laisser abattre par l'adversité démontrant ainsi une force de caractère comme une caractéristique identitaire indiquant une capacité de résilience et d'adaptation propre à cette génération de bâtisseurs. Pauline souligne qu'elle est en aussi bonne santé que les femmes de son âge et même plus que plusieurs personnes beaucoup plus jeunes qui sont déjà hébergées à la maison des aînés.

Les dix enfants de Pauline et Albert âgés entre 50 et 65 ans ont « hérité » d'une santé relativement bonne et exempte de tares génétiques ou de maladies dégénératives. Tout comme Michel, sixième de dix enfants, ils auraient hérité d'une résistance peu commune aux maladies infectieuses, une caractéristique probablement liée au génotype et au mode de vie familial. Cependant, la chance génétique semble s'être estompée à la troisième génération lorsque le mixage chromosomique produisit chez les deux filles de la famille Périard-Fournelle l'expression de maladies incurables. Mégane, 17 ans, deuxième de trois enfants est atteinte du diabète de type 1, tandis que Carole, 15 ans, est atteinte d'épilepsie. Ces caractéristiques génotypiques seraient possiblement attribuables à une transmission provenant de la lignée maternelle. Malheureusement les grands-parents maternels n'ayant pas participé à la recherche, nous n'avons pu poursuivre l'enquête sur ce sujet et il a été impossible de tracer un lien menant à des causes génotypiques ou environnementales historiques.

Quant à la famille Gingras-Girard économiquement défavorisée, aucun des trois enfants en bas âge ne semble affecté de maladies transmises génétiquement. Ce sont les parents qui ont hérité de *mauvais gènes* car Marius, 34 ans, est diabétique tout comme ses deux parents. Pour sa part, Juliette 28 ans souffre d'anxiété et de dépression récurrente, et

pour elle il n'y a rien d'inhabituel dans cette situation puisque sa mère, sa tante et sa grand-mère sont depuis toujours affectées par l'anxiété et la dépression sans jamais en avoir été soignées, évoquant que « le pathologique pourrait engendrer le normal par reproduction » (Canguilhem, 1969 : 162). Tout comme sa mère, son père et sa sœur, Juliette est hyperémotive, son énergie est en dents de scie et elle souffre régulièrement d'insomnie, mais jamais elle ne mentionne ces caractéristiques comme anormales, comme si « l'image de soi était construite (...) sur un déni de la réalité (...) sans doute l'une des seules stratégies de survie accessibles » (Corin et al, 1990 : 154).

Au sein de la famille fortunée Clément-Poitras, Amédée, 55 ans et commerçant autonome, ne présente aucune défaillance organique importante, ni tares génétiques ou possibilité de maladie dégénérative. Amédée affirme *j'ai à peu près jamais été malade de ma vie, je me suis jamais cassé un membre (...) mais j'ai des enfants hyperactifs, un peu comme moi, deux des trois (...) mais le bon dieu m'a donné un cadeau (...) je peux récupérer à peu près comme je veux*. Tout en reconnaissant son caractère hyperactif, il souligne que le risque lié à cette caractéristique est tempéré par sa capacité de récupération qu'il reconnaît comme une qualité innée. Ainsi la qualité de son sommeil est une condition sine qua non à sa capacité d'adaptation aux exigences de la vie. Cependant, sans soulever le lien entre son hyperactivité, celle de ses fils et leur anxiété, il attribue à la lignée maternelle les problèmes d'anxiété, de haute pression et de dépression auxquels ses enfants font face en disant au sujet de son ex-épouse, *sa mère était dépressive, vraiment dépressive, le grand-père l'était, (...) le grand-père a déjà été interné*.

Constance, 74 ans, aïeule de la famille et mère de Lysanne, est atteinte du diabète de type 1, une condition qu'elle attribue aux habitudes alimentaires de son enfance liées à la culture culinaire de cette époque fortement axée sur la consommation, de féculents, de sucre et de gras animal. De plus, suite à un accident cardio-vasculaire il y a sept ans, elle est restée partiellement paralysée du côté droit, cependant elle met au-dessus de ses symptômes physiques sa condition psychique héréditaire en insistant que;

C'est nos émotions (...) qui prennent le contrôle de nos vies. Parce qu'on essaie, mais il y a des fois que c'est plus qu'on a du noir (...) C'est héréditaire sûrement (...) j'ai de la difficulté à être positive. Beaucoup. Puis c'est ça qui me fait beaucoup de dommages parce que c'est pas bon pour la santé.

Constance considère que ce qui l'a rendue malade c'est son extrême émotivité qui s'est exprimée par une inquiétude permanente au sujet du sort de ses enfants. Elle reconnaît avoir hérité de cette caractéristique comportementale, de l'avoir léguée à ses enfants qui l'ont léguée à leurs enfants. Il semble donc y avoir récurrence des comportements liés à l'expression d'un héritage génotypique potentialisé par un éthos familial intergénérationnel affectant la qualité de vie de la descendance.

Antoine, 30 ans, petit-fils de Constance et fils aîné d'Amédée et Lysanne nous dit;

J'ai une tante qui fait de la tachycardie (...) à l'exception d'un problème de haute pression et de tachycardie (...) mélange de stress, de surmenage (...) il y a de ma famille justement, on est portés à toujours vouloir en prendre plus (...) dans mon cas, je suis nerveux, stressé de nature (...) du côté de ma mère... le côté plus psychologique, donc dépression, antidépresseurs.

Antoine se réfère directement à l'hérédité en soulignant que les problèmes de santé qui en découlent sont surtout influencés par une compulsion à l'activité considérée comme un héritage familial culturel issu des valeurs paternelles. Sans le savoir, Martin confirme les paroles de son père au sujet de l'absence de maladies, mais renchérit sur ce qu'Antoine affirme sur le stress lié au besoin de performance et de productivité en disant :

On n'a jamais été vraiment malades (...) mais je stress avec un rien, je suis très nerveux (...) je veux tout le temps pousser plus (...) je pense que mon petit frère et mon père sont comme ça aussi (...) et on va peut-être péter une crise de cœur à 45 ans (...) juste à cause du stress.

Plus tard il poursuivra sur l'aspect dépressif qui caractérise sa famille maternelle en disant *ça m'a tout le temps ahalé, surtout sur un point qui est la dépression que je veux pas aller là-dedans (...) je sais que c'est une maladie extrême d'un côté de ma famille.* Les paroles de Martin suggèrent que le risque pour sa santé est lié à un comportement cherchant à satisfaire un besoin compulsif de performance menacé par l'héritage génétique qu'il perçoit ne pouvoir contrôler sciemment.

Ces discours reflètent une continuité de sens où l'hérédité fait partie des représentations de la santé constituant un des vecteurs de l'identité biologique et psychique familiale intergénérationnelle. À ce niveau, les participants n'expriment pas consciemment que les facteurs héréditaires colorent leur identité mais celle-ci est déclinée dans leurs explications sur ce qui les caractérise en tant qu'individus actualisant des pratiques en

réponse à leur génotype et, « c'est parce que la valeur est dans le vivant qu'aucun jugement de valeur concernant son existence n'est porté sur lui. Là est le sens profond de l'identité attestée par le langage entre valeur et santé » (Canguilhem, 1969 : 158). Ainsi, s'il n'y pas de jugement adressé au génotype, par contre la capacité d'adaptation à celui-ci est exprimée en termes de bonnes ou de mauvaises habitudes où la normalisation vient appuyer une génétique défaillante. Sur ce plan, si d'une part, la capacité d'adaptation est partiellement déterminée par le génotype, d'autre part, l'adaptation à celui-ci ainsi qu'à l'environnement est déterminée par des conditions environnementales permettant l'actualisation de comportements issus de la culture familiale et sociale dominante influençant la définition et la perception de la santé déterminant le choix des pratiques adaptatives. Concrètement cela nous indique que « la sémantique est le reflet privilégié de l'histoire culturelle et de l'histoire individuelle, elle retrace donc la mémoire d'un apprentissage, celui du milieu extérieur qui concourt à la formation épigénétique de l'identité individuelle » (Danchin, 1977 : 207).

Ainsi vu, le capital biologique ne se limite pas uniquement à une question d'héritabilité, de maladie ou de santé puisqu'il se combine à des éléments culturels servant à améliorer le potentiel et la qualité de l'adaptation ouvrant ainsi la porte à une définition contemporaine de la santé. Conséquemment, cette définition de la santé axée sur les qualités de l'adaptation phénotypique se voit investie par un discours figurant une nouvelle donne démontrant les effets du contexte social, culturel et économique dans lequel se construisent le corps, la santé et la maladie. Aujourd'hui, le facteur principal modifiant la perception et la définition de la santé est ce à quoi les participants se réfèrent quand ils évoquent le stress, et cet élément physiologique fondamental à la vie humaine est aussi celui qui semble influencer significativement la perception et la définition des critères de la qualité de vie.

3.4 TRAJECTOIRES DES CONCEPTS DU CORPS ET DE LA SANTÉ

Les notions de santé et de maladie sont intimement liées à celle des concepts du corps et de l'esprit, toutefois les frontières entre ces différents aspects de la corporéité sont souvent floues et ambivalentes ou tranchées et irréductibles comme la conception

dichotomique opposant le corps à l'esprit (LeBreton, 1990). L'exemple de la dichotomisation corps/esprit est un exemple parmi d'autres, mais sa diffusion généralisée nous fait comprendre l'importance de son influence sur la conceptualisation et la définition de la santé dans nos sociétés contemporaines. Fortement normées, les représentations du corps sont toujours signifiantes d'une symbolique métaphorique, (Kleinman, 1995) et au sens propre comme au figuré elles proposent habituellement un modèle idéal à atteindre. Cet idéal corporel est souvent connoté par la fonctionnalité biologique d'un corps-outil (Detrez, 2002) renforcée et soutenue par l'environnement qui traduit le message figuré en termes de préceptes de vie ou de prescription d'hygiène (Fassin, 2000). Dans ce sens, l'identité morphologique de l'individu s'inscrit dans un espace géographique, social, culturel et économique établissant à priori des conditions de vie qui définissent les usages du corps et la satisfaction des besoins fondamentaux selon les possibilités du milieu tel que suggéré par le concept du *Salus-Sanitas-Salubritas*. Au sein des discours, nous retrouvons ces trois principes où les mesures d'hygiène personnelle, l'alimentation et les habitudes de vie sont représentatives de la valeur symbolique accordée au corps et à la satisfaction des besoins exprimée dans le *Salus* définissant la conservation du bon état physique et moral de l'individu. Le concept du *Sanitas* établit le principe moral et normatif des critères d'un esprit sain dans un corps sain et se traduit dans la perception et la définition des bonnes et des mauvaises habitudes prescrites par les normes sociales et dont les processus de normalisation peuvent produire, soit la satisfaction ou l'inhibition des besoins fondamentaux. Au-delà des comportements individuels, existe ce que la société fait pour maintenir la santé de ses citoyens et procurer une qualité de vie répondant aux besoins de sécurité et d'autonomie du plus grand nombre. Ce niveau est représenté par le concept du *Salubritas* traçant les balises sociales et politiques des critères d'une vie de qualité dont la santé fait partie, incluant la satisfaction des besoins communs par les pratiques collectives. Sur ce plan, les besoins fondamentaux peuvent être satisfaits ou réprimés par les politiques de l'état, et c'est à ce niveau que ressortent le plus clairement les contradictions entre les politiques d'état, leurs applications sanitaires et la satisfaction des besoins fondamentaux et communs aux individus et aux collectivités.

La trajectoire suggérée par ces trois concepts complémentaires et interdépendants nous redirige vers le concept de qualité de vie parce que ces principes font le pont entre les

pratiques individuelles actualisées dans la définition que l'individu perçoit de sa position au sein de l'espace social et les pratiques que la société se donne collectivement pour améliorer sa qualité de vie et sa santé. Par contre, si le concept de qualité de vie semble d'emblée rattaché à la notion et à la perception de la santé, il n'en est pas toujours ainsi pour tous. Certains peuvent être malades, ou avoir hérité de *mauvais gènes* prédisposant à la maladie et ne pas ressentir pour autant que leur état de santé affecte négativement leur qualité de vie. À ce sujet le témoignage de Lysanne est éclairant, car quoique fumeuse invétérée, hypertensive, dépressive et affectée d'hypercholestérolémie, elle se considère en bonne santé et en meilleure forme que beaucoup de gens de son entourage parce qu'*il y a beaucoup de monde qui ont de la difficulté à me suivre*, une explication qui nous renvoie « à la relativité individuelle du fait pathologique » (Canguilhem, 1969 : 157). Inversement, malgré une santé relativement bonne, d'autres comme Doris diront avoir une qualité de vie et une santé menacées par les contraintes de l'environnement en disant *le travail et les obligations ont pris le dessus... ça nous laisse moins de temps pour s'occuper de la santé*. Tout semble dépendre de la perception de l'état altéré et donc de la définition même de l'altérité, du normal et du pathologique, car « la vie humaine peut avoir un sens biologique, un sens social, un sens existentiel. Tous ces sens peuvent être indifféremment retenus dans l'appréciation des modifications que la maladie inflige au vivant » (Canguilhem, 1969 : 155). Par contre, la santé est souvent définie par l'équilibre physique et psychique de l'individu en relation avec l'environnement social, et fait partie des critères définissant une vie de qualité, elle-même fréquemment reliée à un concept d'autonomie physique et psychique de la personne. À ce niveau, il s'agit de savoir comment les comportements individuels s'insèrent soit dans un processus de recherche, ou dans un processus de maintien de la santé et de l'autonomie, à travers lesquels les besoins fondamentaux sont adéquatement satisfaits inférant la perception d'une vie de qualité.

3.5 LES DÉFINITIONS DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE

Les définitions portant sur la santé mènent presque toujours à une explication sur ce que la maladie empêche d'être ou de faire et sont souvent interprétées comme des métaphores du social (Kleinman, 1983, Kirmayer, 1993). On définit l'une par opposition à l'autre, une caractéristique indiquant que la dialectique s'entrecroise et que les

représentations se juxtaposent dans un univers symbolique pourtant ancré dans la réalité du quotidien. À la question les invitant à définir ce qu'est la santé, Albert et Pauline Périard, grands-parents paternels âgés respectivement de 93 et 88 ans et représentant une famille de classe moyenne de travailleurs autonomes, répondent avec hésitation en soulignant qu'ils n'ont jamais été malades *quelques badlucks... c'est tout*. Pourtant tous deux affligés de maux qui ne les laissent pas indifférents, à leurs yeux, la santé serait dépendante de la chance ou de malchances sur lesquelles ils auraient peu de contrôle. Albert est affecté d'une arthrose le faisant souffrir régulièrement et Pauline a subi un petit infarctus, cependant ces deux maladies sont surtout reliées au processus normal du vieillissement qu'ils apprennent tous deux à gérer par la prévention. Michel, leur fils de 55 ans, lui aussi travailleur autonome pendant plusieurs années et père d'une famille située dans la classe moyenne, indique que c'est une question à laquelle il est difficile répondre étant donné que lui non plus n'a jamais été malade, il se ravise en résumant; *être en santé... c'est être en forme, pouvoir travailler, ne pas avoir de malaises, bien manger et de pas avoir de mauvaises habitudes*. Doris, 47 ans, conjointe de Michel, employée dans le secteur public, opine en rajoutant que la santé c'est *être capable de faire ce que l'on a à faire... c'est être autonome autant mentalement que physiquement*. Mario, 19 ans, fils aîné de Michel et Doris, souligne qu'il prend conscience de l'importance de la santé uniquement lorsqu'il est malade, probablement parce qu'elle fait alors entrave à son fonctionnement. Mégane, 17 ans, et Carole, 15 ans, vont plus loin en disant; *la santé c'est sur tous les plans, c'est être en forme au plan physique, mental et social*. Au sein de la famille Périard-Fournelle, le leitmotiv définissant la santé c'est l'autonomie à tous les niveaux fondé sur l'efficacité du corps. Dans un premier temps, nous retrouvons le concept du *Salus* où le père met l'emphase sur la capacité de travailler, l'absence de douleur et de mauvaises habitudes, alors que son fils perçoit la maladie comme une entrave. Dans un deuxième temps, la mère, plus inclusive infère le principe du *Sanitas* en proposant que la santé est liée à la capacité d'agir et d'être autonome au plan physique et mental, et dans un troisième temps, les filles accèdent au *Salubritas* en rajoutant la composante sociale aux définitions fournies par les parents. Ces brefs énoncés sur la santé nous démontrent un discours qui se transforme avec les générations et le genre, le père adopte une attitude responsabilisante en abordant la santé d'un point de vue matériel et individuel où le corps doit être fonctionnel et conditionné en

le soumettant à un « devoir de santé », mais dont l'aspect psychique est absent; la mère ajoute la notion d'équilibre mental et physique à laquelle les filles de la troisième génération, plus sensibles aux notions environnementales, rajoutent le contexte social comme facteur participant à la dynamique de la santé rejoignant ainsi la définition avancée par l'OMS.

Chez la famille Gingras-Girard vivant sous le seuil de pauvreté, Marius, 34 ans, sans emploi et père de trois enfants en bas âge, définit la santé par les effets que la maladie produit et ce qu'elle empêche, *La santé?... c'est gros. C'est dans ta vie, quand t'es malade tout arrête. Tu peux pas faire comme avant et quand tu tombes malade c'est physique puis c'est mentalement aussi, ça te rentre dans la tête et t'as pas le choix de vivre avec.* Par opposition, Juliette, mère de 28 ans et sans emploi, explique sa définition de la santé par ce qu'elle lui permet de faire, *tu peux faire à manger, t'occuper de tes enfants. T'as pas de casse-têtes, pas pour la santé au moins... tu peux t'occuper de ta vie.* Marius est d'abord saisi, il est interloqué par la vastitude que représente la santé, ses mots peinent à décrire des maux qu'il connaît pourtant très bien, les interpréter et les représenter verbalement est un exercice hasardeux, alors l'image et la figuration expriment le caractère abstrait d'un concept qui ne fait pas partie de ses pratiques discursives. Mais en soulignant que la maladie est une entrave faisant partie de la vie, il parle comme Canguilhem disant « (...) la stabilité est nécessairement précaire (...) l'irrégularité, l'anomalie ne sont pas conçues comme des accidents affectant l'individu, mais comme son existence même » (Canguilhem, 1969 : 159) et dans cela la question du choix est évacuée, il ne reste qu'à s'adapter au désordre. Plus pragmatique, la définition de Juliette dénote un rapport instrumental avec son corps orienté vers l'autonomie fonctionnelle, un état moins compliqué à gérer lui permettant de s'occuper de sa vie, comme de la production d'un objet où la maladie est un phénomène situé en marge de celle-ci. Ces paroles nous ramènent au concept du *Salus* centré sur un besoin de sécurité du corps et d'autonomie propre aux personnes actives pour qui la vie relève d'un état de productivité et où être en santé se définit par le pouvoir de fonctionner normalement de façon autonome sans restrictions physiques ou psychiques.

Amédée Clément, commerçant fortuné et père de 55 ans, nous dit que *la santé c'est un ensemble de tout (...) elle est séparée en trois parties (...) tu as l'amour, le travail et le repos. Si tu viens à bout de bien travailler ces trois fonctions-là, tu es pas déséquilibré là-*

dedans (...) tu mets les chances de ton bord. La vision globale avec laquelle Amédée conceptualise la santé autour du *Salus* démontre qu'il lie trois *fonctions* sur le même niveau, une fonction socio-affective, ensuite économique et biologique. Conceptualiser ces facteurs comme des fonctions dénote une vision mécaniste de la santé et fonctionnaliste de la vie suggérant que vie et santé se *travaillent*, soulignant la responsabilité d'un effort individuel inclusif au concept de chance. Les derniers mots liant déséquilibre et chance indiquent que le maintien de cet équilibre est précaire, difficile à acquérir face aux impondérables. Chance et volonté sont donc représentées comme deux concepts opposés mais intégrés à la réalité du quotidien. Lysanne, ex-conjointe d'Amédée, 53 ans, mère de leurs trois enfants et maintenant travailleuse autonome explique que la santé c'est :

La santé mentale; c'est de pas rester dans son petit coin et broyer du noir (...) c'est se tenir au courant des informations, de pas les prendre négativement (...) faire que nos méninges fonctionnent tout le temps. Si tu restes dans ton coin, ça avance pas. Tu auras pas une bonne santé mentale. La santé physique; je pense que c'est l'alimentation, te tenir en forme aussi, l'éducation physique ou l'exercice (...).

Dans un premier souffle, Lysanne insiste sur l'aspect social de la santé mentale en soulignant que l'isolement est synonyme de stagnation et de disqualification sociale définissant ainsi sa perception de l'altérité. Garder le contact avec le milieu, maintenir une activité mentale soutenue et une attitude positive face à l'adversité constituent des stratégies d'adaptation à son génotype. Dans un second souffle, elle affirme que l'alimentation et l'exercice physique sont les mesures d'hygiène (*Salus*) qu'elle favorise pour demeurer en forme. À nouveau, les pratiques qu'elle évoque indiquent un rapport instrumental avec le corps, où faire « fonctionner » corps et esprit s'inscrit dans une symbolique mécaniste du corps-outil. Constance, ex-agricultrice, mère de Lysanne et grand-mère de 74 ans nous dit que la santé c'est :

Premièrement, la nourriture qu'on consomme. Après ça, c'est la manière de vivre (...) c'est d'être attentive à nous, ce qu'on peut faire pour soi-même (...) puis l'activité au point de vue mental (...) fonctionner le mieux possible selon notre nature, notre façon de vivre.

Constance met l'accent sur le *Salus* en indiquant l'importance de l'alimentation et de l'activité mentale — un esprit sain dans un corps sain, elle rajoute toutefois une note en soulignant l'importance accordée à la manière de vivre — le *Sanitas*, dont les pratiques

devraient témoigner d'un respect à l'égard des besoins en accord avec sa nature propre. Il y a dans ce court énoncé les prémisses de critères « fonctionnels » définissant la base d'un concept de qualité de vie.

Quoiqu'ils aient été influencés par l'expérience des valeurs paternelles, les commentaires des trois fils Clément-Postras ressemblent beaucoup plus à ceux de leur grand-mère et à ce sujet je n'ai retenu que celui d'Antoine, 30 ans, employé d'état, qui les résume bien en disant que, *La santé, c'est de pouvoir vivre aisément dans ce qu'on aime faire, de ne pas avoir aucun empêchement dans nos activités régulières*. Ainsi sa définition concentre le concept du normal et du pathologique sur la capacité de faire ce qu'il préfère sans entraves. En ce sens, c'est sa qualité de vie et seulement elle qui définit la santé, la santé c'est la liberté, la liberté de bouger... qui nous ramène au besoin d'être autonome.

On retrouve dans ces discours les concepts du *Salus* et du *Sanitas* véhiculés par la grand-mère, la mère et le petit-fils; l'importance accordée à aimer ce que l'on fait dénote la nécessité de respecter ses besoins pour être bien dans sa peau; être fonctionnel au travail pour être autonome; avoir des comportements qui traduisent de bonnes habitudes de vie, aimer et être aimé, tous ces critères peuvent être reliés à la satisfaction des besoins fondamentaux. Ainsi, tout comme les autres participants, l'importance accordée à la fonctionnalité dénote l'instrumentalisation du corps dont la qualité est reliée au principe de liberté d'action conférant l'autonomie. En cela tous les commentaires se rejoignent en indiquant que les comportements doivent être conformes aux besoins et que dans ce cas, la santé est la représentation symbolique d'un état d'équilibre entre le milieu et l'individu (*Sanitas&Salus*) confirmant ainsi les propos de Canguilhem disant que :

« Une altération dans le contenu symptomatique n'apparaît maladie qu'au moment où l'existence de l'être, jusqu'alors en relation d'équilibre avec son milieu devient dangereusement troublée. C'est la totalité de l'être qui réagit catastrophiquement au milieu, étant désormais incapable de réaliser les possibilités d'activité qui lui reviennent essentiellement. L'adaptation à un milieu personnel est une des présuppositions fondamentales de la santé » (Canguilhem, 1969 : 164).

Il est toutefois intéressant de noter que toutes les définitions, sauf une, évoquent les principes du *Salus* et du *Sanitas* sans jamais soulever les conditions issues du *Salubritas*

créant un environnement favorable ou défavorable à l'adaptation phénotypique. À ce niveau, le métadiscours dont la dialectique individualise les facteurs de la santé et de la maladie semble tellement bien intégré cognitivement que le discours populaire suit cette trajectoire en opérant un déni des conditions environnementales, de nature sociales, politiques et économiques affectant directement la santé et la qualité de vie. À contrario, Dre Solange propose que *la santé est équilibrée lorsque les valeurs fondamentales de l'individu sont respectées par l'environnement social et lorsque que celui-ci réussit à satisfaire ses besoins*. Ainsi, sa définition est orientée sur une question de relation d'interdépendance entre l'éthos et la satisfaction des besoins individuels dans ses rapports avec l'éthos normatif du monde social. Dans ce sens, la santé témoignerait de l'équilibre entre corps individué et corps social.

3.6 GÉNOTYPE, STRESS ET ADAPTATION

Les conditions très variables de l'environnement multiplient les possibilités d'acquisition de pratiques adaptatives et combinées aux capacités innées elles produisent un phénotype totalement original. Cependant, ce dernier n'échappe pas aux impondérables de la vie car, imprévisibles, ceux-ci peuvent être issus tant du niveau génétique que de l'environnement dont les événements témoignent des caractéristiques spécifiques au milieu et au mode de vie exerçant une pression adaptative sur les individus. Cette pression environnementale constante déclenche un stress comme une « réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite » (Seyle, 1974 : 28). À ce niveau, les événements traumatiques, tels que les chocs émotifs avec séquelles, les maladies aiguës, chroniques ou incurables, les accidents avec blessures et séquelles, les échecs, les douleurs chroniques, la faim, la soif, les émotions intenses et les sentiments, la malnutrition et l'inhibition ou la répression des besoins fondamentaux humains sont des facteurs déclencheurs de mécanismes d'adaptation physiologiques et psychiques engendrant un stress négatif provoquant un état de détresse. À l'opposé, la notion de stress positif dépend elle aussi de la perception et de la définition que l'individu en a, ainsi des notions généralement associées à un stress positif telles que, le succès, une naissance, la sexualité, le travail, les relations sociales, le confort matériel, la beauté, la nature, le jeu, l'exercice physique et mental, sont des concepts qui peuvent être interprétés à l'opposé de ce qui est

attendu, simplement parce qu'elles évoquent des représentations et une symbolique neutre ou contraire ne sollicitant pas de la même manière les mécanismes d'adaptation. Les facteurs de stress exercent donc un niveau de détresse différentiel sur les individus, d'une part à cause de la variabilité de la notion et de la perception du stress, et d'autre part à cause d'une accessibilité variable aux moyens sociaux, culturels et économiques disponibles dans l'environnement permettant le choix de pratiques favorisant une réponse adéquate à la demande d'adaptation. Seyle explique bien cette dynamique par cette simple phrase « L'issue de nos interactions avec l'environnement est autant fonction de nos réactions au stresser, que de la nature du stresser » (Seyle, 1974 :78). À ce sujet, un bon exemple nous vient des modes de vie urbains ou ruraux pour lesquels les uns sont entièrement adaptés tandis que d'autres y voient un effort d'adaptation insurmontable. Dans les discours courants sur la vie en ville ou en campagne, il est fréquent d'entendre, d'une part, les ruraux évoquer la grande difficulté de vivre en région urbaine à cause de la perte des repères symboliques et signifiants, en l'occurrence d'une détérioration de la qualité de vie, et d'autre part, et pour les mêmes raisons, d'entendre les urbains parler de leurs difficultés d'adaptation à un mode de vie rural qu'ils avaient mésestimé. Un deuxième exemple nous vient d'Albert lorsqu'il parle des générations plus jeunes, en disant *un rien pis c'est malade, un p'tit mal de gorge, un p'tit mal de dent pis c'est un point pour demander des vacances ou une journée off (...) dans mon temps y'avait rien pour m'arrêter*, et Pauline opine en rajoutant que les gens deviennent malades plus jeunes sans doute parce que le niveau élevé de stress relié au travail et aux obligations familiales est généralisé. Ces commentaires soulèvent deux aspects; d'une part, Albert indique la perception d'une désadaptation phénotypique des descendants soulignant que sa résistance à l'effort exigée par la culture du travail de son époque constitue une force représentative de son identité biologique et sociale d'ouvrier manuel (Detrez, 2002). Il poursuit en soulignant que si les nouvelles technologies mécaniques ont augmenté et accéléré la productivité du travail des jeunes générations, elles ont du même coup rendu les gens moins endurants et plus malades à cause de l'augmentation du stress lié à ce contexte de productivité accélérée. Les présomptions d'Albert sont confirmées par Dre Solange qui indique que les maladies dégénératives se déclarent maintenant précocement par rapport au contexte d'il y a quelques décennies et que le facteur principal contribuant à cette variance serait lié à

l'augmentation généralisée des facteurs de stress négatifs. Dans ces deux exemples, l'intensité de l'effort d'adaptation est plus élevée que la capacité de répondre à ce stress (Seyle, 1974), et dans ce cas c'est le maillon le plus faible de l'ensemble des métabolismes qui cèdera sous la pression de l'effort d'adaptation et « la maladie peut être déclenchée indirectement par nos propres réactions d'adaptation—réactions excessives ou inappropriées » (Seyle, 1974 : 55). À ce niveau, c'est le pouvoir d'adaptation cherchant à créer l'homéostasie du corps et de l'esprit en relation avec un environnement changeant qui fait varier le niveau de santé et la perception de son état car « beaucoup de maladies n'ont pas une cause spécifique unique, mais sont le résultat d'une multitude de facteurs parmi lesquels le simple stress non spécifique joue souvent un rôle décisif » (Seyle, 1974 : 139).

C'est en l'arrimant avec le concept de satisfaction des besoins fondamentaux que le concept du « syndrome général d'adaptation » (Seyle, 1974) franchit un seuil d'application plus large. Sur ce plan, plus la satisfaction des besoins fondamentaux exige le développement de comportements inadéquats, extrêmes et prolongés, plus le mécanisme d'adaptation à cette surenchère de stress se voit compensé par le phénotype entraînant simultanément un déséquilibre des capacités adaptatives se répercutant sur la santé et altérant la qualité de vie. Dans ce contexte, les capacités adaptatives sont dépassées par les demandes internes ou externes et la pression exercée sur le phénotype est alors à son maximum. C'est à ce moment, par un mécanisme rétroactif de désadaptation libérant dans l'organisme des agents catatoxiques que le risque pour la santé augmente. Dans ce sens, la maladie pourrait être l'expression phénotypique d'une difficulté d'adaptation aux changements dans l'environnement, tandis que la santé serait le témoignage du succès des stratégies d'adaptation à la pression environnementale. Par contre, rappelons-nous que la capacité d'adaptation n'est pas uniquement tributaire de facteurs innés, car les différents capitaux en action dans l'environnement viennent jouer un rôle potentiellement stabilisateur hétérostatique ramenant l'état d'homéostasie nécessaire à la santé. La pression adaptative en rapport avec l'environnement suscite des niveaux variables de stress et donc des niveaux variables d'adaptation participant à l'édition de nouvelles normes de fonctionnement et dans ce sens Canguilhem définit très bien la santé par le concept de capacité d'adaptation :

« La santé est précisément, une certaine latitude, un certain jeu des normes de la vie et du comportement. Ce qui la caractérise c'est la capacité de

tolérer des variations de normes (...) L'homme n'est vraiment sain que lorsqu'il est capable de plusieurs normes (...) la mesure de la santé c'est une certaine capacité de surmonter des crises organiques pour instaurer un nouvel ordre physiologique. » (Canguilhem, 1969 : 167).

On ne peut qu'entériner cette affirmation, car de la naissance à la mort la capacité d'adaptation à l'environnement exerce une influence constante, à la fois sur l'expression génotypique et sur le développement du phénotype par la satisfaction ou l'inhibition des besoins fondamentaux dont les effets se répercutent à long terme sur la santé des individus autant que celle de populations entières. La capacité d'adaptation phénotypique aux événements endogènes et exogènes est donc modulée par une mixité de facteurs innés et acquis agissant sur la perception de la qualité de vie.

Amédée est convaincu d'être en meilleure santé que ceux de son âge en disant que *j'ai un grand défaut, je suis un gros fumeur, puis je regarde les gens à côté de moi qui sont essoufflés (...) ils sont beaucoup moins en bonne santé physique*, comme quoi une habitude à risque est rarement remise en question tant qu'elle n'est pas perçue altérante pour la fonctionnalité du corps, dans ce cas c'est la comparaison avec le milieu social qui inverse le sens de l'altérité en opérant une négation du risque encouru. Qui plus est, rétrospectivement au commentaire d'Amédée au sujet de son hérédité, il semble minimiser les effets néfastes des habitudes à risque en s'appuyant sur une symbolique de résilience génotypique. En se comparant à son entourage Martin dit, *oui je suis plus nerveux, mais j'ai un temps de réaction plus rapide et une maniabilité plus rapide (...) moi je fume pas, je bois pas*. Ce commentaire indique que malgré les désavantages de son hérédité, celle-ci est compensée par l'absence d'habitudes à risques respectant ainsi ses limites génétiques. De cette manière il répond à son besoin de sécurité du corps en adaptant ses pratiques à son génotype, indiquant une perception et une attitude contraires à celles de ses parents. Sur ce plan, si le génotype caractérise des comportements, il oriente aussi des pratiques basées sur des critères de qualité de vie et de santé répondant à des besoins fondamentaux. De même, l'inné peut limiter le choix des pratiques et même si l'environnement exerce une influence favorable sur le phénotype permettant l'adaptation à toutes sortes de conditions physiques et psychologiques, l'héritage génétique peut exercer un frein ou imprimer une direction prédéterminée au développement du phénotype. À ce sujet, Antoine se perçoit en moins bonne santé que ceux de son âge parce qu'il est affecté par des problèmes de santé depuis

l'enfance et, réaliste, il souligne que *ce que j'ai en ce moment va me durer à vie, donc il faut que j'apprenne à vivre avec*. « Apprendre à vivre avec » indique sa volonté de s'adapter à cette condition en actualisant des comportements améliorant sa qualité de vie, il indique que marcher, prendre l'air, se changer les idées, se tenir occupé et consommer des produits naturels sont des pratiques qu'il a acquises avec le temps et qui ont produit de bons résultats. En effet, si ces activités semblent avoir un effet curatif, c'est que le passage d'une activité à l'autre est plus efficace que le repos total et c'est aussi probablement parce qu'elles sont parfaitement adaptées à ses besoins fondamentaux confirmant que « (...) tous les agents auxquels nous sommes exposés produisent aussi une accentuation non spécifique dans le besoin d'accomplir des fonctions d'adaptation et par là de rétablir la normalité. » (Seyle, 1974 : 30). Parlant de sa santé chancelante, Constance souligne l'importance de l'aspect social en disant, *par rapport à mon état physique dans le moment (...) j'essaie de faire des efforts... j'ai de la difficulté à reprendre ça (...) que vivre seule, c'est impossible. On a besoin des autres. Tu es pas capable de fonctionner autrement*. À ce niveau, la capacité d'adaptation de Constance à l'évolution de son phénotype est donc clairement liée au soutien et fonctionnement du réseau social de sa communauté.

Ces discours nous ont révélé que le corps individué est une entité organique porteuse d'une identité généalogique dont l'origine identitaire est le génotype s'inscrivant au sein du microcosme social de la famille. Dans cet espace social investi par le symbolique, le corps est l'objet des représentations du code moral familial prescrivant des comportements normés en accord avec les représentations de l'altérité où l'Habitus figure comme une métaphore du corps social. Ce corps est aussi investi par le domaine écologique, social, culturel et économique contribuant à sa construction identitaire, ce qui fait de lui un *objet biosocial total* considéré comme le terminal morphologique de l'incorporation des différents capitaux. À ce niveau, nous avons trouvé que les représentations expriment un rapport instrumental dans le concept du corps-outil inférant une vision mécaniste de la santé et fonctionnaliste de la vie. De plus, même si les perceptions de l'altérité sont très variables, la santé est souvent définie par l'équilibre des aspects physiques et psychiques de l'individu en relation avec son environnement social et lié à une autonomie de fonctionnement. Ces aspects constituent donc les éléments d'un capital biologique dont l'expression est le résultat d'un mixage entre matériel génétique et

incorporation de pratiques culturelles variables. Cependant, l'hérédité peut comporter des éléments génétiques récessifs représentant un fardeau pour les descendants et souligne la présence d'éléments historiques environnementaux génétiquement enregistrés affectant l'adaptation phénotypique et la qualité de vie des descendants. La question de l'évolution génotypique et de l'adaptation du phénotype en rapport avec les conditions environnementales est donc le résultat de la relation nature-culture intrinsèque à l'évolution de l'espèce humaine. En ce sens, nous avons vu que les risques liés à l'expression du génotype se voient compensés ou décompensés par les pratiques du mode de vie et inversement, que les habitudes à risques se voient compensées par la qualité du génotype, et qu'en substance l'éthos familial, comme premier système culturel, est un facteur fondamental contribuant positivement ou négativement à cette expression.

Parce que les définitions de la santé sont situées dans un espace géographique lié à un contexte particulier, elles expriment un rapport à l'environnement établissant les conditions de vie et les usages du corps selon une hiérarchisation des besoins fondamentaux inscrits dans les principes du *Salus-Sanitas-Salubritas* inférant la perception d'une vie de qualité. Ces trois concepts interdépendants nous ont redirigé vers un concept de qualité de vie promulguant des pratiques individuelles et collectives s'exprimant dans la santé. Ces constatations nous ont permis de proposer une définition contemporaine de la santé basée sur la capacité d'adaptation du phénotype aux facteurs endogènes ou exogènes de stress. Ainsi, chaque individu a une manière originale de s'adapter au stress entraîné par les contraintes de son génotype, la satisfaction ou la répression de ses besoins fondamentaux et les exigences de l'environnement, où l'accessibilité aux moyens écologiques, sociaux, culturels et économiques permet de moduler sa capacité d'adaptation à la variation de la pression environnementale. En ce sens, le mode de vie d'abord défini par le milieu écologique auquel se greffe le contexte sociétal fournit les conditions de désadaptation ou d'adaptation phénotypique. La maladie serait donc l'expression phénotypique d'une difficulté ou de l'échec des stratégies d'adaptation aux changements dans l'environnement où les capitaux joueraient un rôle stabilisateur pour la santé inférant la perception d'une vie de qualité.

CHAPITRE 4 : LE CAPITAL ÉCONOMIQUE

4.0 UNE PERSPECTIVE RELATIVISTE

On a vu que les études épidémiologiques s'appuient sur les statistiques économiques et sociales pour mettre la distribution des maladies en relation avec le milieu. On a aussi vu que le statut social est généralement lié au niveau économique et de scolarisation et plus une personne augmente ses revenus plus on s'attend à ce qu'elle gravisse les échelons de la hiérarchie sociale, et dans ce cas on peut parler d'une corrélation constante entre ces variables (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001). Toutefois, la multiplicité des facteurs endogènes et exogènes contribuant à la genèse des pathologies et qu'on cherche à transformer en indicateurs de santé complexifie la recherche empirique et l'analyse des données. En ce sens, une approche holistique des champs sociétaux représente une contribution qualitative élargissant la perspective d'analyse. À ce niveau la notion de pauvreté telle qu'établie par la statistique mérite d'être relativisée en rapport avec les contextes des milieux environnants. Sur ce plan, la définition du statut socioéconomique (SSE) basé sur des paramètres nationaux nécessite une mise à niveau respectant la réalité démontrée par le milieu rural. Ainsi, cette enquête indique que cette population étiquetée défavorisée démontre des pratiques contredisant l'association universelle et générale entre SSE et morbidité telle que définie par la littérature scientifique (Gaffield, 1994; Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001). Par exemple, dans cette région rurale, le niveau de revenu et le statut social ne sont pas nécessairement liés à la scolarisation puisque plusieurs personnes très peu scolarisées ont atteint non seulement un niveau économique très élevé, mais ont aussi été socialement très impliquées au niveau communautaire et municipal, allant jusqu'à occuper le poste de maire. Amédée, 55 ans et commerçant très fortuné, détient un secondaire 5 qu'il admet avoir obtenu de justesse et pourtant il est propriétaire et dirige une entreprise ayant plus de sept cents employés. Ainsi, les indicateurs usuels, tels que le statut social, le niveau de scolarisation et le niveau de revenu associés à la santé sont plus difficiles à corrélérer dans un milieu social et culturel atypique. La multiplicité des facteurs contribuant à l'émergence de la maladie et dont nous devons tenir compte rajoute ainsi un niveau de complexité qu'on doit aborder avec discernement et esprit critique. Dans les lignes qui suivent nous verrons que si le capital économique est un

champ défini par l'ensemble des ressources économiques d'un individu, à la fois ses revenus et son patrimoine (Bourdieu, 1979), il ne détermine pas nécessairement l'actualisation de tous les autres capitaux tels que Bourdieu le définit (Bourdieu, 1997). D'entrée de jeu il est important d'appréhender les relations entre les domaines sociétaux non pas dans une perspective linéaire dans laquelle un champ détermine l'autre, mais de reconnaître que la complexité des relations entre chacun des champs produit une dynamique circulaire où tous les domaines sont complémentaires et interdépendants. Dans ce sens et pour mettre en contexte le capital économique, les milieux de travail seront analysés en tant que contextes déterminant non seulement le niveau des revenus, les taux d'accidents et de maladies professionnelles, mais aussi le niveau de stress agissant sur les capacités d'adaptation des individus. Dans la même trajectoire, nous aborderons l'invasion du champ de la santé par les compagnies d'assurance publique et privée dans la perspective d'une violence structurelle institutionnelle occasionnant un déséquilibre psychosocial auprès de clientèles vulnérables. En conclusion de chapitre, le statut du travailleur autonome sera abordé comme facteur identitaire et capital symbolique important ayant des impacts au niveau de la santé et de la qualité de vie.

4.1 LA PAUVRETÉ : CONTEXTE LOCAL ET FACTEURS STRUCTURAUX

La Petite Nation porte depuis longtemps l'étiquette de région économiquement défavorisée (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001; Gaffield, 1994). Cette notion de population *défavorisée* appliquée à la région est inclusive car elle lie sans discernement les aspects économiques, sociaux, culturels et biologiques. Jusqu'aux années 1980 il existait encore de grandes poches de pauvreté dans la région, et selon Philippe, ex-cadre supérieur de Centres locaux de services communautaires (CLSC) urbain et rural, cette pauvreté, autant matérielle que culturelle, exerçait une influence déterminante sur les habitudes de vie familiales et sur les comportements relationnels entre parents et enfants. La cellule familiale reproduisait alors des valeurs et des coutumes traditionnelles parfois contraires à la santé et à contre-courant du développement socioculturel et même économique. Denise, cadre administratrice du CLSC local, indique qu'au moment de sa fondation en 1972, il y avait encore beaucoup de pauvreté, d'isolement et peu de services, toutefois depuis cette époque, *beaucoup a été fait pour les plus démunis*. Elle souligne

toutefois, que le manque d'argent agit directement sur les conditions de vie et la satisfaction des besoins de base chez les familles les plus vulnérables, dont la capacité de se loger, de se nourrir et de se vêtir convenablement. Au niveau du logement, elle indique que des propriétaires sans scrupule louent des maisons insalubres favorisant le développement d'allergies et de maladies respiratoires. Sur ce plan, la région est dépourvue de politique de logement social pour familles économiquement défavorisées ou de maisons d'accueil pour itinérants, pour femmes, hommes et enfants violentés. Au niveau de la nourriture, l'offre régionale en produits alimentaires est assurée par une seule chaîne d'épicerie dont les prix élevés rendent l'achat de produits frais difficilement accessible aux familles économiquement défavorisées. Ainsi, les intervenants professionnels sont d'accords que le poids des conditions économiques sur la santé est important, et Dre Solange, médecin omnipraticienne au CLSC local soutient *qu'il est énorme... au moins 60 %*, soulignant que ce genre de situation est pire en région pour les patients financièrement vulnérables aux prises avec des problèmes de santé multiples se combinant à l'isolement social et géographique. Ces personnes sont doublement fragilisées parce que l'offre de services de santé est limitée, et que l'absence de transport en commun rend l'accès aux ressources médicales plus difficile qu'en ville. Elle souligne aussi que les patients économiquement défavorisés nécessitant des soins plus spécialisés (radiothérapie et chimiothérapie de long terme, psychologie, psychothérapie, physiothérapie, ostéopathie, herboristerie, acuponcture) non couverts par la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou d'autres régimes d'assurances santé ou invalidité, ne peuvent bénéficier de ces services qui autrement leur seraient bénéfiques. Ces faits indiquent que le niveau de revenu ne représente qu'un des éléments pouvant être lié à la santé et que le milieu présente des éléments structurels silencieux mais non négligeables pouvant exercer un frein à la réhabilitation des malades et la qualité de vie des plus vulnérables. Ainsi l'offre limitée de services médicaux et spécialisés, la grandeur du territoire, l'isolement géographique et social, les coûts alimentaires élevés, l'absence de transport en commun, l'absence de logements sociaux et de plans d'assurance pour clientèles vulnérables sont des éléments indicateurs faisant partie des facteurs économiques contribuant à la variation du niveau de santé et la qualité de vie de cette population rurale.

4.1.2 RELATIVITÉ DU STATUT SOCIAL ET ÉCONOMIQUE

Au sujet de la définition des normes catégorielles et de statut socioéconomique, Denise, cadre administratrice, souligne que même si le CLSC a une meilleure connaissance et une vision plus globale du terrain, le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) est l'unique responsable de la définition des critères catégoriels socioéconomiques établissant une norme appliquée à travers le Québec. Sur ce plan, la définition des catégories à risques n'est pas toujours conforme au terrain, puisque dans les faits la classification ne correspond pas à la réalité de l'échelle sociale locale. À ce fait, elle ajoute que le ministère utilise des statistiques populationnelles afin d'orienter ses stratégies sur des cibles fixées d'après les ratios d'un problème « x » pour une population « y » mais qui ne correspondent pas aux besoins réels du milieu. Elle qualifie ce procédé *de bric à brac conceptuel menant à un non-sens*. Dans la même ligne de pensée, Dre Solange médecin au CLSC indique que *les modèles statistiques mêlent tout et produisent trop de généralisations* et qu'ici, *on devrait s'attarder aux moyens que la région a ou n'a pas*. Sylvain, travailleur social auprès des familles défavorisées, indique que le MSSS calcule le seuil de pauvreté d'après un coefficient basé sur le revenu familial global divisé par le nombre de personnes par logement et questionne les barèmes en disant *pourquoi arrêter à 22,000 \$ et non à 23,000 \$*. À ce sujet, il souligne que le barème du MSSS rejette fréquemment des familles hors-normes pour un écart de cinq cents ou mille dollars par année sans considérer que les besoins sont très différents d'une famille et d'une région à l'autre. De cette manière, en établissant les critères d'application de ses politiques sans évaluation préalable du terrain, le MSSS définit implicitement les besoins et la qualité de vie des demandeurs et bénéficiaires d'aide sociale.

Que ce soit ici ou ailleurs, à cause de réalités environnementales différentes, d'autres valeurs, d'autres besoins ont priorité sur l'aspect économique de la vie. La question n'est pas que le capital économique soit sous déterminant ou peu important puisqu'il est toujours présent comme moyen de satisfaire une part importante des besoins de base, cependant, même s'il caractérise une bonne partie des actes de transaction, il ne les domine pas tous. L'actualisation de valeurs sociales et la satisfaction des besoins fondamentaux au moyen du capital économique varient selon le contexte géographique et culturel et s'inscrivent historiquement dans la recherche continue d'une amélioration de

la qualité de vie faisant varier les comportements comme des phénomènes d'adaptation à l'environnement. À ce sujet, Dre Solange, médecin omnipratricienne affirme que moins les gens ont d'argent, plus ils sont débrouillards et que tous n'ont pas les mêmes besoins monétaires pour être heureux et se maintenir en santé. Dre Maryse, médecin omnipratricienne ex-employée du CLSC local, souligne que la plupart du temps les moyens nécessaires pour garder la santé sont relativement simples, peu coûteux et accessibles à tous, ce n'est plus alors uniquement une question de classe sociale et de revenu. De plus, elle prétend que la vraie pauvreté est plus culturelle et morale suggérant que celle-ci sous-tend un comportement d'impuissance face aux facteurs externes comme les contraintes structurelles d'ordre administratif, macro-économique ou institutionnel. L'absence de nuance dans la définition de ce que signifie être défavorisé mérite donc une attention particulière. Si une population est étiquetée défavorisée signifie-t-il qu'elle l'est autant culturellement que socialement? Est-ce que le seul fait d'être économiquement défavorisé influence tous les autres domaines sociétaux dans une relation linéaire de cause à effet? Sinon, comment les indicateurs des autres domaines exercent-ils une influence déterminante sur la santé et le cas échéant, lesquels? Cette variation liée aux milieux est primordiale, car les données récoltées sur le terrain semblent d'emblée s'opposer aux conclusions des études épidémiologiques en indiquant que la variabilité des milieux et leurs contextes démontre des pratiques fournissant des explications novatrices sur les données de santé des populations. Cette perspective relativiste du statut socioéconomique nous permet donc d'aborder la question de la santé et de la maladie en lien avec la qualité de vie dans une optique empirique laissant place aux discours soulignant la présence de déterminants économiques silencieux et comment ces indicateurs non répertoriés influencent favorablement ou non le niveau de santé et la qualité de vie d'une population.

4.2 CATÉGORIES D'EMPLOIS ET DÉTERMINATION ÉCONOMIQUE DE LA MALADIE

Même si la Petite Nation est identifiée comme une région économiquement défavorisée (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001), et que le revenu moyen n'est pas élevé (38,763 \$), cette moyenne basse démontre que la moyenne des écarts entre le plus haut et le plus bas revenu est modérée. En effet, le seuil de faible revenu (SFR) est de 18,1 % pour les personnes et de 14,7 % pour les familles, comparativement à Hull,

où le SFR atteint respectivement 23,1 % et 18,0 % (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001; Déterminants de la santé: f-18). Sur ce plan, c'est donc à Hull que l'on trouve les écarts à la moyenne des revenus et les taux de prévalence pour les cancers et les maladies cardio-vasculaires les plus élevés de l'Outaouais et nettement supérieurs à la moyenne Québécoise. En région, la pauvreté ne saute pas aux yeux comme dans certains quartiers décrépits des métropoles, cependant il existe des poches de pauvreté affectant des secteurs comme des hameaux isolés, certaines rues de villages, mais rarement un village entier. Depuis l'année 2008, la région est identifiée comme *territoire en difficulté* à cause de la perte massive d'emploi dans le secteur forestier et des pâtes et papiers, un taux de chômage conséquemment élevé (16 %) lié à la forêt, la faiblesse des revenus ainsi que le vieillissement de la population. Face à ces faits, une question s'impose; *est-ce que la maladie se distribue dans des directions économiques?* À cette question, Denise cadre administrative supérieure du CLSC répond que chaque catégorie socioéconomique a son type de pathologie et que les plus fortunés comme les plus pauvres encourent des risques reliés à leurs conditions de vie et donc à la qualité qui la caractérise. À ce niveau, Dre Solange, omnipraticienne, souligne qu'auprès des groupes économiquement défavorisés on trouve une prévalence accrue de problèmes dépressifs, d'anxiété et de troubles de l'adaptation, ce que Sylvain, travailleur social en milieu défavorisé nuance en indiquant que *dans ces familles, ils expérimentent vivement leurs émotions*. Si ces problèmes de santé semblent associés à ce groupe marginalisé, c'est parce qu'ils sont récurrents au sein des catégories situées au bas de l'échelle socioéconomique, alors quels peuvent être les problèmes rencontrés par les catégories de populations se retrouvant au-dessus ou dans la moyenne des revenus? À ce sujet, Denise soutient que *dans le territoire Les Collines, qui est beaucoup plus riche, il existe un autre type de pauvreté (...) ils vivent beaucoup de stress, ils sont surendettés, souvent seuls*. Ainsi, la richesse économique n'exclut pas une pauvreté morale et culturelle où le stress du surendettement et de l'isolement social contribue à des conditions de vie situées en amont de la santé. Dre Maryse, médecin omnipraticienne, souligne que *le lien entre santé et niveau de revenu est discutable parce que les déterminants varient selon des contextes* faisant varier les résultats. Pour elle il s'agit de savoir comment les gens utilisent l'argent qu'ils possèdent. Cela ramène la question des valeurs, de la priorité des besoins et le choix subséquent des pratiques au sein

des familles. À ce niveau, le revenu ne serait pas le déterminant principal de la santé, mais la façon dont l'argent est dépensé. Ainsi, même si beaucoup d'études confirment que certaines maladies prennent des directions socioéconomiques, pouvons-nous présumer que la morbidité est polarisée uniquement au bas de l'échelle sociale? À contrario, le niveau de morbidité peut-il être généralisé à une population dont les écarts de revenus sont si faibles qu'ils témoignent d'un phénomène d'isomorphisme socioéconomique? En effet, dans cette petite région rurale, la moyenne des écarts entre les revenus les plus élevés et les plus bas est faible, ce qui a pour effet de créer une catégorie économiquement homogène et statistiquement proche du seuil de pauvreté. Ainsi, la pondération des données oblitère la différence dans l'échelle de stratification socioéconomique locale et crée une distorsion de l'analyse du milieu en masquant que cette homogénéité socioéconomique cache l'existence de catégories sociales invisibles ne figurant pas dans les enquêtes statistiques. Denise, cadre supérieure du CLSC de la Petite Nation soulignait que les catégories socioéconomiques du MSSS ne correspondent pas à la réalité de l'échelle sociale locale, alors quelles peuvent être ces catégories et où les trouvent-on?

Le terrain révèle l'existence de sous-catégories sociales et nosologiques liées aux milieux et aux conditions de travail incluses au sein d'une catégorie économique généralisée au niveau local. À ce sujet, la littérature scientifique stipule que « certaines contraintes de l'environnement psychosocial au travail peuvent contribuer au développement de problèmes de santé physique et psychologiques » (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001 : f-27). Un bref portrait des catégories d'emploi de la région nous procure des éléments pertinents pour notre analyse; une première catégorie regroupant 25 % des emplois (secteur primaire et secondaire) est liée aux domaines agricoles, forestiers, manufacturiers et de la construction, et quoique plusieurs de ces emplois peuvent être très payants, dépendamment du statut d'employé ou d'entrepreneur, ce sont des emplois à haut niveau de risque d'accident et de maladies. Dans ces milieux de métiers manuels, c'est au niveau des conditions physiques de travail, des normes de sécurité dans l'utilisation des machineries, elles-mêmes tributaires de facteurs économiques (renouvellement et entretien) et culturels (formation, ergonomie, prévention) que l'on trouve les taux d'accidents les plus élevés. Martin, 27 ans, exerçant un métier qualifié dans cette catégorie, est employé par une firme privée et nous dit :

J'ai des décisions qui vont m'apporter un certain stress (...) c'est un travail dangereux (...) conduire ça nous dérange pas (...) à comparer des décisions en mécanique où t'as à pas faire d'erreur (...) c'est toi qui est responsable. C'est plus stressant, plus poussé pour que ça aille plus vite (...) à un moment donné je faisais au-dessus de 80 heures par semaine, je dormais moins de quatre heures par nuit. J'ai remarqué que c'est le physique qui suivait pas. Là, les chevilles m'ont lâché (...) j'avais plus la force.

Son discours au sujet de ses conditions de travail démontre à quel point un employé manuel qualifié peut être poussé au bout de ses capacités physiques sollicitant au maximum sa capacité d'adaptation au stress et aux exigences externes, et ce pour les bénéfices d'une entreprise irrespectueuse des normes de sécurité et de santé du travail. Pour Martin, le manque de sommeil atteint directement la satisfaction d'un besoin physiologique de base et les heures consacrées au travail augmentent son niveau de détresse et diminuent sa qualité de vie en augmentant significativement le risque de développer une dépression réactionnelle ou à tout le moins un épuisement physique.

La deuxième catégorie (secteur tertiaire) regroupe 75 % des emplois au niveau des entreprises de services; les commis des commerces de détail et de bureaux, cadres et professionnels des services publics, et l'industrie du transport et de l'entreposage où les conditions de travail et non le salaire (bas à élevé) semblent déterminer le niveau de santé. Dans cette deuxième catégorie, Dre Solange souligne que c'est le niveau de détresse lié aux conditions et aux charges de travail qui fait augmenter le nombre de consultations médicales pour des maladies professionnelles. Lorsque je demandai à Antoine, 30 ans et employé professionnel, quel était le stress négatif qui l'affectait le plus, sa réponse fut;

L'insatisfaction au niveau du travail, je dirais que la manière que le système fonctionne (...) ils s'organisent pour mettre le stress sur les épaules de l'employé (...) c'est un travail assez difficile (...) on est 90 employés, on a facilement 4 à 5 burn-out par année (...) J'adore mon travail. C'est pas avoir du stress qui est vraiment le problème, c'est la structure au niveau de l'administration qui est pesante et qui fait beaucoup de pression sur l'employé, sur la productivité et la réussite.

Les paroles d'Antoine sont appuyées par la citation suivante « une demande psychologique élevée avec une faible autonomie décisionnelle au travail joue un rôle important dans le développement des problèmes de santé mentale » (Enquête sociale et de santé de

l'Outaouais 1998, 2001 : f-27). À ce niveau, on constate que ce n'est pas seulement la nature du stress qui est importante, mais que l'intensité de la demande par rapport à la capacité d'y répondre et de s'y adapter joue un rôle primordial. Ainsi, « la probabilité d'être victime d'une lésion professionnelle n'est donc pas la même pour tout le monde, certaines catégories de travailleurs sont plus à risque que d'autres (...) » (Berthelette et Bilodeau, 2009: 328). Pour ces deux catégories d'emplois, les facteurs économiques de la maladie semblent beaucoup moins liés aux niveaux de revenus qu'à la culture de gestion et aux stratégies administratives derrière les budgets alloués à l'éducation et à la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles. Seyle soutenait que « l'une des plus grandes causes de détresse est le mécontentement que leur apporte leur vie, à savoir un manque de considération pour leur travail » (Seyle, 1974: 85). Dans ce sens, les causes d'accidents et de maladies dans les milieux de travail semblent plus souvent liées à l'absence d'un code de valeurs au sein de la culture organisationnelle et défavorisant la santé par le non-respect des limites physiques et psychiques des employés et des normes de prévention et de protection. À ce sujet, Philippe, ex-cadre supérieur de CLSC, a observé que la prévalence locale des maladies mentales est influencée par le niveau d'employabilité dans lequel contexte le taux de suicide augmente significativement chez les hommes de 20 à 45 ans pendant les périodes de mises à pied. Il rajoute qu'au sein des grandes entreprises et des sociétés d'état, les mesures de prévention de la dépression et des comportements suicidaires liés aux mises à pied est inexistante. Ainsi, d'une part, « plus de 65 % des travailleurs ne peuvent compter sur ces ressources pour obtenir des informations et des conseils en matière de prévention des lésions professionnelles » (Berthelette et Bilodeau, 2009: 331) et, d'autre part, dans le cadre des inspections préventives des lieux de travail, la Commission de santé et sécurité au travail (CSST) compte 300 inspecteurs pour 240 000 entreprises inscrites à son programme, ce qui donne un ratio de 800 établissements par inspecteur (CSST : 2006a), ces seules données laissent planer un doute justifié sur la capacité réelle d'intervention de cette société en matière de prévention. Sur ce plan, si l'Assurance santé et sécurité au travail a force de loi (LSST), l'application des principes de protection et de prévention des accidents physiques et des maladies professionnelles semble par contre soumise aux visées de l'actuariat et des stratégies administratives des sociétés d'état. D'après les chercheurs Berthelette et Bilodeau, (2009) les valeurs sociales derrière la

loi et les budgets alloués à la prévention ne sont pas systématiquement inscrites aux planifications des gestionnaires et des employeurs, ni même appliqués en faveur des employés car « les programmes de retour au travail après une lésion professionnelle sont peu répandus. Les travailleurs qui ne bénéficient pas de tels programmes sont désavantagés car ils possèdent de moins bons outils de protection contre les risques liés à leur travail » (Berthelette et Bilodeau, 2009: 329). Dans ces situations, les revenus gagnés compteraient peu dans l'émergence et la prévalence des maladies, puisque les types d'emplois associés à des conditions élevées de stress faisant émerger des difficultés d'adaptation combinées à l'absence de stratégies de prévention seraient parmi les déterminants les plus importants du niveau de morbidité. Il pourrait donc exister une corrélation significative entre ces types de contraintes et certains indicateurs de santé, tels que la perception de mauvaise santé, l'indice de détresse psychologique, l'insatisfaction sociale et l'indice de morbidité locale. Les conditions de travail inhérentes à un type d'emploi devraient donc figurer au palmarès des indicateurs contextuels participants au niveau de santé et à la qualité de vie d'une population.

4.3 MARIUS GINGRAS ALIAS « MONSIEUR CHOSE » ET LA VIOLENCE STRUCTURELLE

Plusieurs intervenants prétendent que la région compte un nombre élevé d'accidentés de la route et du travail indemnisés par la Commission de santé et sécurité du travail (CSST) ou la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ). Toutefois, mes efforts pour obtenir des données probantes sur les accidents du travail afin de vérifier et documenter ces allégations furent freinés par l'absence de données liées au milieu local. En effet, la méthode statistique et l'archivage des données de la CSST ne permettent en aucun cas de lier le type d'accident du travail ou de maladie professionnelle à un milieu de travail ou social spécifique. Les données disponibles fournissent des informations sur le type d'accidents et de lésions liées à la grande région de l'Outaouais sans jamais mentionner quels milieux sont sujets à une récurrence de plaintes, d'accidents et de maladies. En ce qui concerne les accidents d'automobile, quelques calculs effectués avec les données statistiques de la SAAQ, m'ont permis de démentir ces allégations. C'est en pondérant le nombre annuel d'accidents mortels et avec blessés avec le nombre de kilomètres de route pour la superficie du territoire et la densité de la population comparée à une région avec des

taux équivalents de permis de conduire, de véhicules personnels et d'habitants que je constatai que toutes proportions gardées, les résultats pour la Petite Nation sont en réalité meilleurs qu'ailleurs. On ne peut donc associer le taux d'accidents automobiles dans la région à des conditions typiquement locales.

Dans le cas d'une lésion professionnelle ou d'un accident, la CSST et la SAAQ garantissent l'indemnisation des revenus pour une période d'une année pour les entreprises de moins de 20 employés et jusqu'à deux années pour les grandes entreprises, et trois années pour les accidentés de la route. Cela est sans compter que les cas graves avec séquelles importantes peuvent voir la convalescence dépasser la période d'indemnité accordée, et dans ces cas, encore faut-il que la lésion soit reconnue et validée par l'évaluation médicale effectué par les spécialistes des sociétés d'état et pour laquelle la loi ne définit pas le concept de maladie (Berthelette et Bilodeau, 2009). Ainsi, à défaut d'être complètement réadaptés, ou si leur plainte est rejetée, de nombreux accidentés sont reconduits du système de compensation des revenus (Berthelette et Bilodeau, 2009). Or, ce type de situation semble récurrente et pourrait participer significativement à l'appauvrissement de certaines catégories de la population, mais surtout à l'amenuisement des conditions favorables au rétablissement de la santé des malades et des accidentés, en affectant la qualité de vie des familles par la production d'un déséquilibre psychosocial et économique.

L'histoire de santé de Marius est l'évocation de tout ce que les contraintes structurelles peuvent provoquer de pathétique dans la vie d'un individu manquant de capitaux économiques et culturels pour défendre sa santé contre les intérêts des sociétés d'état appliquant les lois d'indemnisation du revenu et des séquelles d'accident. Marius a mal au dos, une souffrance continuelle qui lui enlève l'autonomie physique dont il a besoin pour subvenir aux besoins de sa famille. Ce mal de dos résulte d'un accident de travail datant de 1997 qui fut suivi d'un accident d'automobile en 1999. L'accident de travail est survenu alors que Marius, surnommé *Monsieur Chose* par son patron, transportait à force de bras de lourdes caisses de marchandise. Conscient de l'ampleur de la tâche à accomplir il demanda une aide manuelle supplémentaire afin d'achever l'ouvrage en temps et en toute sécurité, demande légitime à laquelle son employeur refusa d'obtempérer. C'est dans ces moments d'efforts physiques intenses et répétés qu'il se blessa sérieusement à la région

lombaire. Suite à cet accident, il demeurera en réadaptation pendant près de deux années au bout desquelles la CSST questionna la qualité de sa réadaptation et la pertinence de sa longue convalescence. C'est à ce moment, alors qu'il recevait les indemnités de remplacement du revenu qu'il eut un accident de voiture. Ce deuxième accident eut pour effet d'aggraver significativement ses douleurs lombaires sans que quiconque puisse diagnostiquer l'origine de ces nouveaux symptômes douloureux. C'est ici que le drame de Marius prend la couleur de la violence structurelle, lorsque la CSST et la SAAQ se renvoient la responsabilité légale à l'égard de leur client. La CSST prétend que; *n'eut été* l'accident d'automobile, les problèmes lombaires de monsieur n'auraient pas été aggravés, tandis que la SAAQ présume que monsieur n'aurait pas été affecté par l'accident d'automobile *n'eussent été* ses blessures liées à l'accident de travail. Dans ces circonstances de confusion médico-légale à savoir qui devait indemniser Marius, la CSST et la SAAQ décidèrent simultanément et sans explications de se retirer du dossier et de soustraire monsieur du système de compensation du revenu, du suivi médical ainsi que des indemnités forfaitaires pour séquelles post-traumatiques. Peu après, incapable de travailler, de rencontrer ses paiements ni même de subvenir à ses besoins, Marius dû déclarer faillite et vendre la majorité de ses effets personnels afin d'amasser suffisamment d'argent pour déménager à la campagne et élire domicile là où la vie lui coûterait moins cher. Depuis ce temps, incapable d'assumer les exigences physiques de tâches manuelles pour lesquelles il était jadis compétent, Marius et sa famille vivent d'aide sociale.

Au sujet des contraintes structurelles, Dre Solange, médecin omnipraticienne au CLSC, souligne que l'invasion du champ de la santé par les compagnies d'assurance privées et publiques a modifié le suivi médical des accidentés en soumettant les médecins ainsi que les critères de traitement et de réadaptation aux barèmes fixés par les sociétés publiques et les compagnies privées. Il en résulte beaucoup de lourdeur administrative et le médecin doit souvent utiliser des subterfuges pour défendre la cause de son patient. Elle cite en exemple les douleurs chroniques post-traumatiques vécues par ses patients et dont la prolongation de l'indemnisation est systématiquement refusée. Les critères et la période de réadaptation de même que les programmes d'indemnisation du revenu sont préétablis et ainsi, réadaptation ou non, au bout de la période de couverture, les patients sont éconduits du système. Dans ce type de situation courante chez les accidentés graves, la judiciarisation

de la médecine a fait en sorte que la douleur chronique et les principes de perte de jouissance de la vie et perte de qualité de vie ne sont pas reconnus. De cette manière, les demandes des patients sont déboutées par un processus d'objectivation de la douleur et de négation des séquelles, désengageant les sociétés d'état de l'obligation à verser une indemnité compensatrice. Ainsi, il est très fréquent que ces sociétés prennent des décisions négatives dans un dossier médical tout en sachant que celles-ci ne sont contestables qu'en cour de révision et pour laquelle cause le défendeur doit se prévaloir de services juridiques et de contres expertises médicales onéreuses. À ce niveau, la CSST refuse de reconnaître 13 % des lésions professionnelles qui lui sont déclarées (CSST: 2006) et à cause des délais de livraison des examens et des rapports médicaux, de l'arbitrage et des appels, le processus de révision s'avère long, compliqué et fastidieux. Ce combat dans lequel l'accidenté ou le malade est engagé malgré lui contribue non seulement à augmenter les délais d'attente pour les traitements, mais se répercute aussi en coûts sociaux, économiques, biologiques et psychiques compensés par la famille et le milieu. Ainsi, ces conditions structurelles ont « un impact psychologique se traduisant par la diminution de l'estime de soi, des sentiments de vulnérabilité, d'isolement, d'insécurité financière, d'agressivité, la perturbation de relations de couples (et familiales), la colère, le ressentiment envers l'employeur (la CSST et la SAAQ) et enfin la dépression » (Baril et al., 1994 dans Berthelette et Bilodeau, 2008: 345). De plus, 40 % des employés victimes d'une lésion professionnelle et éligibles à des indemnités et dont la plupart ont des enfants, mais qui pour des raisons de manque d'information ou d'instruction scolaire, d'énergie ou d'argent omettent de déclarer l'accident et un nombre équivalent refusent de contester les décisions rendues par les instances d'état (Shannon et Lowe, 2002).

Au premier niveau, le cas de Marius nous indique que dans un contexte de travail où les besoins de base, tels que le respect de la sécurité corporelle, la reconnaissance du travail et l'autonomie décisionnelle, ne sont pas respectés, il s'ensuit un stress intensifié menant à une fatigue physiologique et probablement psychique produisant un niveau de détresse à laquelle il n'a pu s'adapter. À un deuxième niveau, son histoire nous fait comprendre que l'application de la loi de la santé et sécurité au travail (LSST), la loi de l'assurance automobile (LAA), et les valeurs sociales derrière l'esprit de ces lois ainsi que les budgets qui les opérationnalisent semblent soumis à une dérive bureaucratique et administrative

anti-éthique promue par les intérêts financiers des sociétés d'état. Or, dans la région, une majorité de salariés couverts par le régime de santé et sécurité au travail travaillent pour quelques gros employeurs régionaux (usines de fabrication, papetière, moulins à scie et séchoirs, chaînes d'épicerie, entreprises de construction, chaînes de quincaillerie, hôtel international, institutions financières, commissions scolaires, divers ministères, municipalités, municipalités régionales de canton) qui versent des salaires de bas à moyens. Dans une situation d'accident, de maladie et d'indemnisation où les revenus ainsi que les capacités physiques et psychiques sont diminués, les accidentés de la route et employés en souffrance sont peu enclins à défendre leur cause, découragés qu'ils sont de faire face aux méandres de la judiciarisation médicale. Ainsi « la probabilité qu'une demande d'indemnisation soit refusée est 3 à 4 fois plus élevée lorsque les travailleurs ont des difficultés financières » (Berthelette et Bilodeau, 2009 : 336). Sur ce plan, pour les accidents de la route et du travail et les maladies professionnelles ayant lieu dans un milieu culturellement (taux d'analphabétisme élevé) et économiquement vulnérable, la judiciarisation de la médecine représente un frein structurel contribuant à faire varier à la hausse le niveau de morbidité de cette population. Selon les intervenants interviewés, le cas de Marius n'est pas singulier, on peut donc présumer l'existence d'une violence structurelle institutionnalisée et récurrente qui dans un premier temps défavorise le niveau de santé et la qualité de vie et dans un deuxième temps entraîne des répercussions négatives et durables au niveau économique se traduisant dans un état de vulnérabilité prolongée. Ces malades et accidentés en viennent ainsi à former une *catégorie d'aliénés* faisant augmenter les statistiques sur la prévalence des maladies pour la région. Qui plus est, malades, handicapés physiques ou invalides au travail, trop souvent ces « aliénés » vont joindre les rangs des assistés sociaux sans pour autant recevoir les soins que justifie leur état. Ces facteurs structurels peuvent donc être retenus comme des indicateurs négatifs agissant sur le niveau de santé et la prévalence des maladies pour cette région et ayant pour effet de diminuer la perception de la santé, de la satisfaction sociale et de la qualité de vie pour cette catégorie de la population.

4.4 CONCEPT DU TRAVAIL AUTONOME, UN INDICATEUR DE SANTÉ

En prenant au pied de la lettre ce que Dre Solange exprime en disant que les gens les plus démunis sont les plus débrouillards, on déduit qu'ils réussissent à faire beaucoup

plus avec beaucoup moins. Cette qualité nécessaire à la survie est souvent considérée comme signe d'intelligence, mais elle dénote avant tout une attitude d'autonomie reflétant une capacité d'adaptation qu'on retrouve fréquemment chez les gens exposés à une instabilité des conditions de vie (Power, 2005). Devant le faible niveau d'employabilité et la précarité des emplois dans un contexte de sous scolarisation et faisant face à des critères d'embauche de plus en plus restrictifs et une offre de services régionaux restreinte, et enfin pour se sortir d'une situation d'insécurité financière, plusieurs hommes et femmes ont investi temps et argent dans la création de leur entreprise. Sur ce plan, un nombre important d'individus et de couples de la Petite Nation ont participé à la formation d'une catégorie sociale et économique relevant d'un statut identitaire et de travail atypique regroupés dans la classe des *travailleurs autonomes*. Ces *autonomes* forment 16,1 % des travailleurs de la Petite Nation, contre 10,2 % pour l'Outaouais et 11,3 % pour l'ensemble du Québec. Pour ces travailleurs, la Municipalité régionale de canton de Papineau (MRC) se situe donc 5,9 % au-dessus de la moyenne Outaouaise et 4,8 % au-dessus de la moyenne Québécoise. Considérant que chacun de ces 1 500 emplois autonomes fait vivre une famille de près de quatre personnes, et souvent quelques employés, on peut extrapoler que près du tiers de la population locale est liée à l'exercice de ce type d'emploi, ce qui représente un fait plus que significatif dans la construction d'une catégorie sociale et économique.

Plusieurs faits culturels et socioéconomiques ont contribué à la construction de ce phénomène. Premièrement, les entreprises agricoles et forestières familiales sont majoritairement tenues par des propriétaires ayant le statut de travailleurs autonomes et comme ces activités sont des moteurs économiques importants ils représentent une part non négligeable des autonomes. Deuxièmement, des subventions et des prêts à la création de petites entreprises pour travailleurs autonomes, totalisant près de 6 millions de dollars depuis 2004 ont été investis par le Centre Local de Développement (CLD) (Rapports annuels 2004-2009, CLD Papineau). À cela, se rajoutent depuis 1985 les investissements de la Société d'aide au développement des collectivités (SADC) atteignant une moyenne annuelle de 500 000 \$ (Rapports annuels 1989-1999), les stratégies du Centre Local d'Emploi (CLE) et le fond d'aide au développement rural du Mouvement des Caisses Populaires Desjardins qui optimisèrent le développement économique, social et culturel de la région. Depuis une vingtaine d'années ces projets, souvent novateurs, virent la création

annuelle et le maintien d'une cinquantaine d'emplois autonomes liés au commerce de services, de fermes agroalimentaires ou biologiques, de fabrication artisanale, d'économie sociale et d'infrastructures touristiques et culturelles faisant vivre nombre de familles. Cette stratégie de développement des collectivités rurales, amorcée au milieu des années 80 et encore présente de nos jours, témoigne d'un mouvement de résilience sociale et économique persistant qui représente un tournant historique déterminant pour l'économie locale et la construction de la cohésion sociale.

Dans un contexte de travail autonome, l'autonomie et une certaine multidisciplinarité au niveau des fonctions et des tâches administratives sont des qualités essentielles pour le bon fonctionnement de l'entreprise. De plus, parce que la plupart de ces travailleurs sont seuls ou en couple et uniques responsables de leurs modalités de travail, une bonne santé constitue une condition sine qua non pour la pérennité, la rentabilité de l'entreprise et pour le maintien de la qualité de vie. Lysanne, 53 ans, mère de trois enfants commente sa situation de travailleuse autonome de cette façon :

Tu fais plus attention à ta santé vu que tu es travailleur autonome. Tu as pas un emploi, tu as rien de garanti (...) c'est toi-même qui te prends en main, personne d'autre (...) C'est toi-même qui es en charge (...) parce que j'ai aucune assurance (...) je peux pas me permettre d'être malade. Ça va me coûter trop cher. Fait que, oui, il faut que tu y penses.

Si la débrouillardise, l'autonomie et la santé sont des qualités comportementales et biologiques importantes pour le travailleur autonome, rien dans les recherches en santé des populations ne nous indique l'existence d'une variable de statut social *travailleur autonome*. Pourtant, selon l'Enquête sociale et de santé Outaouais 1998, 2001, cette variable sociale peu utilisée en épidémiologie ferait varier significativement et positivement le niveau de santé des travailleurs autonomes car « l'autonomie décisionnelle au travail influence favorablement l'état de santé physique et mental des personnes » (Enquête sociale et de santé Outaouais 1998, 2001) et dans ce cas confirmerait le lien présumé entre santé et ce type de statut socioéconomique. Et pour cause, dans la région, cette catégorie d'emplois atypiques forme une classe à part entière fortement représentée puisqu'elle chevauche les secteurs primaire, secondaire et tertiaire de l'économie locale. 26,7 % des emplois autonomes sont regroupés dans le secteur agro-forestier, 17,5 % dans la construction, 55,8

% dans le domaine des services dont les revenus se situent légèrement au-dessus ou dans la moyenne locale.

À la question penses-tu que le fait d'être ton propre patron et de prendre tes décisions par toi-même est un facteur qui agit sur ta santé?, d'emblée Amédée 55 ans chef d'entreprise et commerçant répond, *Oui je le pense. Moi c'est toujours dur de faire quelque chose que l'autre a décidé. Quand ça implique que toi, puis la personne à blâmer c'est toi, puis c'est toi qui contrôle tes affaires... je pense que ça aide.* Dans ce sens, Amédée affirme que la responsabilisation de ses actes est plus facile à accepter que de subir les conséquences des mauvaises décisions d'autrui. Son fils Benoît, 26 ans, lui aussi entrepreneur et travailleur autonome est à la fois explicite et nuancé en disant :

Dans certains aspects, ça va la favoriser. Dans d'autres, ça va la défavoriser. Coté social ça doit la favoriser parce qu'on a plus d'occasions de rencontrer beaucoup de gens. Mais mentalement, ça peut aussi t'affecter à cause du stress des décisions (...) mais j'aime bien être libre de mes pensées et de mes actes. Je suis plus heureux en pensant par moi-même (...) J'ai déjà travaillé pour quelqu'un qui me disait que j'étais pas là pour penser, j'étais là pour agir (...) selon moi, il nous a fait faire un paquet de choses qui étaient pas rentables, ni productives. J'aime pas travailler pour rien, je trouve ça démoralisant.

Tout en priorisant les bénéfices du contact social et ses effets sur la santé, Benoît les oppose au stress lié à la prise de décisions. Cependant, il se ravise en indiquant que la satisfaction de penser et d'agir librement selon ses besoins s'oppose à l'obligation d'agir contre sa conscience du travail bien fait, un genre de situation apte à créer un stress néfaste pour sa santé mentale. Autonomie décisionnelle et liberté d'agir semblent donc des facteurs agissant comme agents motivateurs et tendent à suggérer que le statut d'autonomie du travailleur indépendant et sa liberté décisionnelle sont des caractéristiques de travail contribuant à un équilibre psychologique favorisant la santé (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001).

À plusieurs personnes dans l'entourage d'Albert lui demandant le secret de son grand âge, il rétorque candidement (...) *ma recette... c'est l'travail... pour nous-mêmes sans la sécurité au bout, on comptait pas nos heures, on s'levait à cinq heures pis on y allait jusqu'à cinq heures dan' journée.* À eux deux et plus tard aidés de leurs enfants, Albert et Pauline 93 et 88 ans ont mené une vie de commerçants actifs et productifs par un

travail à *jus de bras* physiquement très difficile, sans grande rémunération ni vacances, ainsi ils ont commercé dans toute la région sur les rives Québécoise et Ontarienne de l'Outaouais. Pauline, qui mit au monde dix enfants, faisait des journées de dix-huit heures six jours par semaine en cuisinant quotidiennement trois repas complets pour la famille, les ouvriers pensionnaires et l'aide domestique. Ils affirment tous deux que c'est la motivation de travailler pour eux-mêmes, d'être maîtres de leur qualité de vie qui les a soutenus tout au long de leur vie de travailleurs autonomes. Pour sa part, Michel 55 ans, longtemps travailleur autonome, affirme qu'il n'avait pas le temps d'être malade et souligne que c'est le *train-train quotidien*, l'engagement au travail et sa bonne génétique qui favorisent sa santé. Tel père tel fils, Michel exerce le même métier que son père et va dans le même sens en affirmant que; *le travail, c'est formateur et ça garde en santé, parce que ça garde en forme, c'est comme un entraînement continu, si on travaille pas on est plus à risque d'être malade*. Doris et Michel renchérissent en soulignant l'importance d'exercer un travail qu'ils aiment, et dans le sens du travail autonome, celui qui crée et choisit son travail est destiné à l'aimer et pour longtemps, et cela participe certainement à l'appréciation d'une vie de qualité. Les participants n'ont peut-être pas lu Seyle disant que « leur vie en dépit de beaucoup d'années d'activités intenses, était une vie de loisirs, vu qu'ils ne faisaient que ce qu'ils aimaient » (Seyle, 1974 :105) et en effet ils ont fait ce qu'ils aiment et se sont ainsi créé leur qualité de vie. Marius, qui est sans travail et vit d'aide sociale, rêve de créer son entreprise de réparation de petits moteurs ou d'ébénisterie, *j'aimerais faire d'la mécanique ou d' l'ébénisterie, un travail manuel pis me partir en business à mon nom*. Ainsi, il estime que la possibilité de travailler à son compte l'assurerait de meilleures conditions de travail en lui permettant de gérer son temps en fonction de ses capacités physiques, mais le fil conducteur demeure le besoin d'autonomie décisionnelle et le pouvoir de créer une qualité de vie qui est sienne.

Dans ce contexte d'autonomie exercée ou fantasmée, le capital économique et surtout la qualité de vie sont liés non pas uniquement à la rémunération produite par le travail, mais plus encore à la valeur accordée à la liberté d'agir et de penser de manière autonome. Ce que ce statut confère de plus c'est qu'il leur évite le stress créé par les relations de pouvoir et de hiérarchie vécues par l'employé. Le travail autonome mène à des emplois atypiques permettant à l'individu d'affirmer et de développer son identité par la

réalisation de transactions sociales, culturelles et économiques lui permettant d'être reconnu par la communauté, de consolider sa sécurité et de satisfaire des besoins qui définissent sa qualité de vie. Pour ces individus, la réalisation des besoins physiologiques, sociaux, personnels, d'estime et d'accomplissement passe par le développement d'une autonomie liée au travail autonome. Ainsi, la quête de sens par l'emploi, la propriété, l'appartenance à un groupe, le besoin d'estime par la confiance en soi et l'estime des autres par la reconnaissance des compétences, et le besoin d'accomplissement personnel par la créativité et la résolution de problèmes sont des besoins que les conditions du travail autonome permettent de satisfaire à plusieurs égards. Dans cette enquête, pour tous les participants des familles, leur travail représente la valeur optimale de l'autonomie, tandis que la maladie est considérée comme une perte d'autonomie autant physique, que psychique, sociale et économique. Ainsi pour eux, travail et autonomie sont liés à santé et qualité de vie. Dans ce sens, celui-ci est non seulement un gage quotidien de motivation à créer sa vie mais aussi une nécessité sociale qui par les échanges formels et informels permet d'assurer la pérennité du réseau social, des actes de soutien et conséquemment d'une stabilité économique. Il est donc intéressant de noter que cette région statistiquement décrite comme économiquement défavorisée avec un taux d'employabilité et de scolarisation modeste ait développé une « classe moyenne » constituée à 16 % de travailleurs autonomes, à partir d'investissements et d'initiatives personnelles et par l'apport des programmes gouvernementaux de développement des collectivités rurales. À cela on peut ajouter que le statut de travailleur autonome et sa capacité d'adaptation au milieu constituent des variables clés dans la construction du niveau de santé et de la qualité de vie, et parce que cette catégorie de travailleurs fortement représentée dans la région semble moins à risques que d'autres, elle participe à améliorer le bilan général de santé de la population locale. Voilà un indicateur socioéconomique important à retenir pour l'évaluation de la morbidité au sein d'une région.

En résumé, nous avons vu que la notion de pauvreté liée au SFR et au SSE devient relative lorsque celle-ci est comparée aux contextes environnants, car ce qui définit ce statut et les critères du seuil de faible revenu (SFR) provient de calculs basés sur une pondération de données socioéconomiques transnationales non adaptée à l'échelle de stratification du milieu local. En ce sens, la définition de catégories à risques basée sur le niveau

socioéconomique de cette région est biaisée par l'opération statistique. C'est sur cette base que le MSSS crée une catégorie générale d'aliénés tout en imposant des critères déterminant les besoins des bénéficiaires d'aide sociale sans tenir compte des besoins réels et de critères différents de qualité de vie liés au milieu. Nonobstant, le manque d'argent agit directement sur la satisfaction des besoins de base de se loger, de se nourrir et de se vêtir convenablement, mais la pauvreté est exacerbée dans un contexte où les contraintes structurelles liées aux conditions physiques, politiques, sociales et économiques du milieu, tels que l'isolement géographique et social, l'absence de transport en commun et de logement sociaux, le coût élevé des aliments, les stratégies administratives des institutions d'état et de la macro économie, sont des conditions fragilisant la santé des classes sociales vulnérables.

Sur cette question du statut défini par l'opération statistique, nous avons constaté que l'isomorphisme socioéconomique régional dont le niveau de revenu moyen est situé au bas de l'échelle provinciale masque l'existence de sous catégories nosologiques liées aux milieux et aux conditions de travail. Loin d'être polarisée au bas de l'échelle sociale, la morbidité semble se distribuer le long de l'échelle où le type de métier et de profession démontre des pathologies liées beaucoup plus aux conditions de travail qu'à son niveau économique. Dans ce contexte, l'émergence de la maladie est déterminée d'une part, par les stratégies financières et budgétaires des employeurs, et d'autre part par une application aléatoire des normes de prévention de la santé et de sécurité au travail. De plus les données épidémiologiques du SSE pour la région de Hull semblent confirmer que plus les écarts à la moyenne des revenus sont importants plus le taux de morbidité augmente au sein de la population. L'exemple de l'isomorphisme socioéconomique de la Petite Nation confirmerait donc à son tour que le niveau de santé augmente proportionnellement à la diminution des écarts à la moyenne des revenus. Ainsi, même si le lien entre revenu et santé semble confirmé par ces données, il demeure discutable parce que les déterminants varient d'un contexte à l'autre. Nonobstant, les facteurs économiques de la maladie sont silencieux et essentiellement liés à des causes structurelles tributaires des conditions du milieu en rapport avec les stratégies politiques et financières des employeurs et des gouvernements. Par contre, d'autres stratégies économiques, telles que les investissements effectués par des sociétés d'état dans le développement rural ont permis à de nombreuses familles de

satisfaire leurs besoins par la création d'un emploi atypique à titre de travailleur autonome. À ce niveau, l'autonomie décisionnelle inférée par la liberté de penser et la capacité d'agir de manière souveraine plaide en faveur d'un lien avec la santé où les conditions de travail ainsi que la valeur symbolique accordée au statut de travailleur autonome est un facteur surclassant la valeur économique de l'emploi. La multiplicité des facteurs environnementaux liée aux dispositions génétiques réduit donc l'incidence des facteurs économiques sur la santé suggérant la multi causalité de l'altérité. Ainsi, la relation entre domaines sociétaux et leurs effets sur la santé et la qualité de vie n'est pas linéaire, mais découle d'une dynamique circulaire où les domaines sont complémentaires et interdépendants.

CHAPITRE 5 - LE CAPITAL SOCIAL

5.0 LE CAPITAL SOCIAL

Dans les dernières décennies, les enquêtes sociales et de santé ont été investies par la notion du capital social associé aux variables indicatrices de la santé et du statut social et économique (Bibeau, 2004). Les variables les plus importantes participant à la construction et à l'activation du capital social sont ; l'emploi et son niveau hiérarchique, le quartier de résidence, le niveau de scolarisation, les réseaux sociaux, la solidarité, la cohésion et la confiance. Toutefois, selon Bourdieu, le capital social c'est « l'ensemble des ressources actuelles et potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissances et d'inter reconnaissance ou en d'autres termes, à l'appartenance à un groupe (...) unis par des liaisons permanentes et utiles » (Bourdieu, 1986: 119-120). Ces réseaux sociaux servent d'ancrage aux individus qui s'y affilient en y tissant des liens dont les interactions produisent un contexte relationnel au sein duquel se construisent les identités. Dans ce contexte, une réflexion sur l'altérité et sa participation à la définition de l'identité démontre l'importance du rôle et des effets du processus identitaire sur l'adaptation phénotypique. Même si les recherches en épidémiologie sociale (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001) soulèvent l'importance des réseaux sociaux de parenté, d'amis, de voisinage, des collègues de travail, des organisations communautaires et caritatives, elles ne soulignent pas la primauté de l'influence familiale dans la construction de l'identité et du capital social et leurs rapports avec la santé et la qualité de vie. De plus, rarement elles mentionnent que la situation sociale de la famille au sein de l'échelle économique, peu importe sa position dans cette échelle, exerce une influence importante sur la santé à travers l'actualisation des processus de socialisation et de normalisation, dont la stigmatisation est un des éléments. Au niveau sociétal, tous les groupes sociaux ont besoin d'individus pour fonctionner et assurer leur pérennité, et tous les individus ont besoin des groupes pour assurer leur fonctionnement au sein de la société. Le fonctionnement et la raison d'être des réseaux sociaux seront abordés ici dans une perspective holiste où individus et réseaux entretiennent une relation d'interdépendance renforçant l'identité et une qualité de vie participant à la cohésion

sociale (Elias, 1965). À ce niveau, la famille demeure le concept groupal constituant la pierre angulaire des fondations de la structure et de la fonctionnalité biologique, psychique, cognitive et sociale de la fratrie ainsi que le « prototype de toutes les unions en communauté » symbolisant les liens entre « les trois piliers : le sang, le lieu et l'esprit » ou « la parenté, le voisinage et l'amitié » (Gallissot, 2000 : 56). Suivant cette trajectoire conceptuelle, la famille en tant qu'unité *biosociale* socialisante, ou « structure structurée et structurante » (Bourdieu, 1980: 88) des individus est considérée une indicatrice valable des déterminants de la santé. Dans un premier temps elle sera abordée par le biais d'une typologie qui caractérise les rapports entre les parents et la fratrie. Ensuite nous aborderons le phénomène de la stigmatisation qui dans les cas où l'identité familiale et individuelle est définie par le revenu ou l'âge, l'inégalité économique-identitaire se traduit en inégalités de santé et en mécanismes d'adaptation différentiels. De plus, étant donné que « L'effort qu'il y a à vivre avec ses semblables représente une des plus grandes causes de détresse » (Seyle, 1974: 74), le concept d'adaptation au stress social sera arrimé au concept des réseaux sociaux en tant qu'éléments constitutifs d'une cohésion sociale inférant la perception de la santé et d'une vie de qualité. Ces deux phénomènes sont ainsi juxtaposés dans une analogie représentative du corps social se reflétant dans le corps individué.

Si cette perspective d'analyse peut sembler déborder le champ anthropologique pour s'insinuer dans celui de la psychologie c'est qu'elle s'inspire directement des données du terrain fournies par les intervenants professionnels, les participants des familles et les statistiques épidémiologiques (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001). Ainsi, l'observation du contexte relationnel entre le domaine social et individuel ne peut éviter de noter les effets psychologiques et mêmes physiologiques du premier sur le deuxième. Même réductrice, la typologie familiale proposée ouvre une avenue de recherche sur les mécanismes d'adaptation des membres de la fratrie. Sur ce plan, les données épidémiologiques sur les plaintes reçues par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) au sujet de la maltraitance des enfants et leurs séquelles psychiques suggèrent l'existence d'un lien entre typologie familiale et certains types de morbidité. Ainsi, nos tentatives d'objectivation des conséquences du social sur la santé globale, individuelle et populationnelle ne devraient pas nous mener à un réductionnisme instrumental oblitérant

l'historique de vie des individus et leurs mécanismes d'adaptation à la société en tant que phénomènes de la santé. C'est ce que le chapitre qui suit tentera d'expliquer.

5.1 LA VALEUR DU CAPITAL SOCIAL

Le concept de « capital » avancé par Bourdieu s'applique bien au contexte de cette recherche en partie parce que l'étymologie du terme capital infère la représentation d'une valeur. On sait que le *capital* au sens du capitalisme suggère la notion de profit, cependant dans une perspective symbolique, le capital, social en l'occurrence, infère plutôt la signification d'une « valeur ajoutée », comme un titre en bourse dont la valeur fluctue selon la représentation symbolique que les acteurs actionnaires et cambistes échangistes s'en font. Permettez la métaphore suggérant que la valeur attribuée au capital social fluctue selon la représentation de la valeur des actions à la bourse des échanges sociaux dont la qualité et la quantité dépend des caractéristiques socioculturelles du milieu. Ainsi, une personne transposée dans un lieu différent de son milieu d'origine n'aura pas, à cause des symboles et des références liées à son identité, la même *valeur* sociale. Dans le sens suggéré par le terrain, le capital social est considéré une *valeur-refuge*, ajoutée et sécurisante à long terme parce que cumulative, évolutive et multidimensionnelle pour les individus et les réseaux sociaux auxquels ceux-ci participent. Afin de pouvoir donner une valeur indicatrice aux variables du capital social (Bibeau, 2004), on doit d'abord savoir comment le domaine social fonctionne et pouvoir en nommer les éléments constituants qui interagissent au sein des réseaux qui le construisent. Ainsi, pourrions-nous évaluer l'influence des variables sociales reliées au niveau de santé ou de prévalence des maladies et leur donner un statut d'indicatrices selon une échelle d'importance déterminée par le contexte d'où elles sont issues et là où elles s'appliquent.

5.2 PROCESSUS IDENTITAIRES ET CAPITAL SOCIAL : DE L'UN ET DE L'AUTRE

Les statuts pris dans un sens large, qu'ils soient sociaux et économiques, ethniques ou culturels, ne reflètent que quelques-uns des nombreux aspects de l'identité d'un individu. Le terme *individu* provient d'*individuum* qui définit un « corps indivisible » suggérant une personne *caractérisée*, unique en son genre, atypique, ne pouvant être reproduite. À un premier niveau, tout ce qui est inné à l'individu et tout ce qu'il acquiert en

connaissances et en compétences, en échecs et succès, en biens matériels, en traumatismes, en joies et en idéaux participe à la construction de son identité. Les périodes de l'enfance et de l'adolescence sont les étapes cruciales du développement humain où l'enfant intègre et module les acquis culturels, sociaux, économiques et symboliques transmis par la famille et le réseau social participant à une construction identitaire généalogique (Gallissot, 1987). Toutefois, ce processus identitaire se fait partiellement en dehors de son choix car les normes et les prescriptions soutenant les valeurs et les modèles familiaux sont issus d'un environnement préexistant, culturellement et socialement déterminé (Giraud, 2001). Cependant, de l'enfance à l'âge adulte, le développement identitaire se fait dans des conditions et des configurations sociales élargies impliquant des choix personnels dont les modes de transactions seront multipliés à travers la quête de réalisation des besoins dans le monde scolaire, du travail, des loisirs et des réseaux sociaux. À ce niveau, si l'individu s'identifie à son environnement physique, à ses idées, ses actions, ses émotions, sa culture, ses possessions, son corps, c'est parce que ces éléments symbolisent et médiatisent en quelque sorte une signification ontologique s'inscrivant dans sa réalité sociale. Ainsi construite, l'identité relève d'une collection de signes qui communiquent à l'Autre un message porteur d'une signification particulière. Consciemment ou non, l'individu porte un *logo* comme la représentation identitaire, à la fois de l'innéité de son être et des acquis de sa socialisation en tant qu'expressions des significations sociales, culturelles et économiques le définissant et évoluant avec lui depuis sa naissance. Dans ce dernier sens, le principe de l'acquisition confère à l'identité un caractère cumulatif et évolutif faisant d'elle une représentation se développant dans le temps et qui voit la valeur de sa signification augmentée par sa qualité et l'étendue de sa diffusion.

Pour paraphraser Elias, le concept d'identité représente en quelque sorte le dénominateur commun des statuts, rôles et attributs de l'individu et des groupes parce qu'il est le seul concept capable de rassembler sous un même vocable les indicateurs cognitifs, biologiques, comportementaux, culturels, sociaux, et économiques. Cet énoncé propose que « la recherche sociologique doit commencer par l'étude des individus en tant que tels, voire d'éléments encore plus petits comme les actions individuelles qui formeraient la réalité ultime à laquelle il faut rattacher les propriétés des entités composites » (Elias, 1965 : 308). De cette manière, on s'assure sortir de la dichotomie société/individu donnant la priorité

génération des dynamiques sociétales à l'un ou l'autre et masquant la réalité contextuelle au profit d'une polarité axiologique unidirectionnelle. Les aspects multidimensionnels de l'identité individuelle et collective sont ceux qui lui confèrent un caractère holistique fondé sur un empirisme heuristique nous permettant d'éviter le piège de la réduction catégorielle en donnant la voie à une maïeutique féconde de sens émergeant de l'interdépendance des individus, de ceux-ci avec leurs communautés et de celles-ci avec la société.

Bien entendu, les discours révèlent que l'individu est caractérisé d'une identité originale, mais ils indiquent surtout qu'elle se reflète en qualités sociales s'exprimant dans des comportements conditionnés par sa position socioéconomique, mais aussi adaptés à ses besoins ainsi qu'à ceux de son environnement et se traduisant dans ses actions et ses fonctions sociales. L'identité ne peut être réduite à elle-même et fonctionner en vase clos parce qu'elle ne peut s'actualiser que dans le contexte d'une relation. Pour exister et assurer la pérennité de son identité, l'individu doit la faire connaître en la faisant circuler dans un milieu social, si petit soit-il, elle doit se diffuser au sein de réseaux pour être reconnue et validée (Giraud, 2001) car « (...) l'individu, quelque grand qu'il soit, n'est jamais le point de départ de la société, qu'aucun individu et aucun groupe particuliers ne peuvent trouver en eux-mêmes, dans l'isolement et l'autarcie, toutes les conditions nécessaires pour exister réellement, c'est-à-dire socialement » (Godelier, 1983: 358). Dans le même ordre d'idée, Philippe, ex-cadre supérieur de CLSC, paraphrase Gallissot en disant (...) *l'identité individuelle est importante mais il manque quelque chose si elle n'est pas reliée avec une identité collective* (Gallissot, 1987) rejoignant aussi les paroles d'Elias stipulant que « L'identité collective (...) du groupe et de ses prétentions contribue à façonner son identité individuelle dans son expérience de soi comme dans celle des autres » (Elias, 1965 : 224). Ainsi, l'identité doit son existence tant à sa diffusion qu'au reflet renvoyé et diffusé par l'Autre et par le groupe. Dans ce contexte, la permutation, la variabilité et la diffusion de sa représentation sont des qualités intrinsèques au concept de l'identité (Gallissot, 2001) permettant d'optimiser son fonctionnement social, alors qu'à l'opposé, l'absence de ces qualités confine l'individu à une identité réduite et un fonctionnement social possiblement lui aussi réduit. Dans ce sens, l'Un ne va pas sans l'Autre.

La famille Clément-Poitras exprime bien cette conscience de la dynamique sociale unissant chaque individu à plusieurs Autres. Constance, 74 ans, mère de huit enfants et la

matriarche de la famille, parle d'identité en évoquant son rôle de mère; *ça avait beaucoup d'importance qu'on m'appelle maman (...) c'est ça d'être parent (...) nos enfants, on dirait que c'est une partie de nous* et Lysanne, sa fille, 53 ans, mère de trois enfants rajoute, *Si tu es pas en amour, tu te sens pas aimé, tu te sens déprimé tu vas moins manger, puis ta santé va en...* (elle pointe le pouce vers le sol), et sa mère poursuit en disant *c'est une valeur parce que ça t'apporte un confort, quand tu sens que quelqu'un t'aime (...) ça te donne de la valeur à toi, on a besoin d'amour. On peut pas vivre sans ça,* tandis que Lysanne rajoute (...) *toute notre famille, on est des affectifs* », et du tic au tac Constance conclut en disant *des malades affectifs, cherche pas, c'est ça.* Ici, toutes deux parlent de leur identité comme indissociable du reflet donné par l'Autre, en tant que mères reconnaissant qu'une partie d'elles-mêmes se prolonge dans leurs enfants et petits-enfants, et s'il y a continuité biologique, elles soulignent une continuité identitaire en termes de comportements, de manière de penser et de vivre. Leurs paroles démontrent la teneur du lien d'interdépendance dans lequel l'Un est dans l'Autre, et où « les notions d'altérité et d'identité se sont révélées à la fois distinctes et indissociables » (Augé, 1994: 83). Dans un premier temps, ce commentaire sur la relation entre l'individu et l'Autre parle de celui qui ajoute de la valeur à l'être par le regard porté sur lui, indiquant que les premiers indices du capital social et la valeur de l'identité se construisent au niveau microsocial. Par contre, dans un deuxième temps, toutes deux soulignent que ce besoin d'être reconnu et aimé est parfois si intense que le regard de l'Autre, réprobateur ou absent peut être la source d'un stress conduisant à la maladie. Ainsi, « c'est toujours une réflexion sur l'altérité qui précède et permet toute définition identitaire » (Augé, 1994: 84) et dans leur ligne de pensée, elles conçoivent la maladie comme la métaphore biologique d'une désaffectation sociale. Dans cette vision, santé, maladie et altérité ne peuvent être considérée uniquement comme un processus individuel et isolé, parce que l'Autre, le réseau social et la communauté entière servent de point d'ancrage permettant à l'individu d'éviter le point de rupture dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux. Ainsi, en termes de milieu, de qualité de vie et de maladie mentale, la perspective de l'altérité et de la relation entre l'individu, l'Autre et la communauté, et le reflet que celle-ci projette sur l'individu démontre l'importance du rôle et des effets du processus identitaire sur l'adaptation phénotypique.

Amédée, 55 ans, ex-conjoint de Lysanne parle en ces termes *je suis quelqu'un qui a très besoin des autres (...) j'ai besoin d'amour, j'ai besoin de sentir qu'on m'aime*. Tout comme Constance et Lysanne, il souligne son besoin de l'Autre et la nécessité que la relation s'actualise dans un contexte de proximité affective et sociale dans laquelle la recherche continue d'amour est un signe identitaire démontrant un mécanisme d'adaptation au stress social et de satisfaction de ses besoins fondamentaux. Il reste qu'il est un individu en quête de reconnaissance actualisant des besoins et des comportements au sein d'une communauté à laquelle il est intimement lié. Quant à Benoît, 26 ans, fils de Lysanne et d'Amédée, il dit; *je suis assez dépendant affectif (...) c'était assez important pour moi d'être toujours à la recherche d'un peu d'attention*. La compilation de ces discours révèle que certaines caractéristiques psychiques familiales se sont diffusées d'une génération à l'autre. Elles expriment à différents degrés comment identité et altérité se définissent par la relation avec l'Autre et que « la différence s'inscrit au sein de l'identité; mais elle se montre comme constitutive du soi » (Benoist, 1977: 21). Cette dimension du concept identitaire nous oblige une fois de plus d'élargir la perspective d'analyse à une notion d'identité reliée au capital social intergénérationnel en relation avec la communauté et les réseaux. Le fonctionnement des identités est donc optimal lorsque les individus actualisent leurs besoins dans des réseaux capables d'y répondre. Ainsi, si l'identité est un concept valable pour la définition de l'individu, elle voit son efficacité de signe décuplée par sa capacité de mutation et d'association à celle d'un groupe, familial, ethnique, territorial, organisationnel, social, culturel ou économique. À ce niveau, individus et entités collectives peuvent se fusionner en assimilant leurs identités respectives et voir ainsi se renforcer l'identité de l'un et de l'autre. Ainsi présentée, on peut concevoir que la qualité d'une identité dépend de sa relation avec le contexte communautaire qui définit l'altérité sur la base des paramètres de l'identité collective. Les lignes qui suivent démontreront comment l'identité s'actualise et l'importance qu'elle joue au sein des réseaux sociaux s'activant dans une communauté rurale.

5.3 LA FAMILLE : L'INFLUENCE PARENTALE

La normalisation sociale agit sur nous dès la naissance parce que d'entrée de jeu nous sommes soumis au pouvoir de ceux qui déterminent la norme, parents, frères et sœurs,

avec qui se forme la première unité sociale transmettant les éléments biologiques, culturels, économiques et sociaux qui participeront à la construction de l'identité. Si tous les individus d'une famille jouent un rôle sur chacun des membres, tous n'exercent pas une influence égale sur l'identité, car les parents, en tant que figures d'autorité et modèles de référence demeurent les premiers facteurs d'influence de la famille. Au premier degré, que les parents soient omniprésents, autoritaires, soutenant ou inconsistants, le type de relation que ceux-ci ont avec leurs enfants influence l'adaptation de leur progéniture à l'environnement (Langlois & Langlois, 2005). Au sujet de cette influence des parents sur son développement, Benoît, 26 ans et benjamin de la famille Clément-Poitras, affirme que :

C'est les patterns. C'est de père en fils (...) ce qui t'a été enseigné, c'est comme tout... dans le même moule, de génération en génération (...) c'est sûr qu'avec l'influence des gens aux alentours, ça peut varier un peu. Mais, tu peux être très gros affecté par tes parents.

Au sujet de la dynamique relationnelle familiale, Langlois et Langlois proposent trois types de fonctionnement (Langlois & Langlois, 2005) au sein desquels s'actualisent les processus de la normalisation, de la socialisation et du développement cognitif. Par exemple, la famille **autoritaire** dont les parents appliquent des règles rigides exigeant soumission et obéissance aveugles aux devoirs et aux interdits, verra les droits et l'individualité de chacun niés. Ce contexte crée des répercussions tant sur l'évolution de la personnalité, que sur le développement cognitif et psychique. Dans ce type de cellule familiale fermée sur elle-même, l'enfant est accepté et validé tant qu'il répond au code familial en satisfaisant d'abord les valeurs et les besoins des parents. Plus tard à l'âge adulte, cet enfant aux besoins et aux valeurs niés verra le manque de support à son autonomie s'exprimer sous différentes formes de dépendance compensatrice affective ou autres. (McAll, 2009, Langlois & Langlois, 2005). Dans ce type de famille, la solidarité est inexistante et mène souvent à la désintégration de l'unité de la cellule sociale.

La famille **inconsistante** est caractérisée par l'absence de règles et de limites comportementales et fait des droits et libertés individuelles une loi implicite prenant souvent la forme de négligence ou d'abus. Sur ce plan, cette famille peut aussi afficher des comportements alternant entre autoritarisme et laxisme créant un climat de contradiction perpétuelle menant à l'incohérence. En l'occurrence, ce type de famille est le plus fréquemment sujet aux plaintes reçues par la Direction de la protection de la jeunesse, et

dans la région le taux de 10,3 % des prises en charge dans le cadre de la loi témoigne du taux le plus élevé de l'Outaouais ex-aequo avec la région Les Forestiers. (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001). Au sein de cellule familiale, il n'y a pas de cadre moral référentiel stable car l'attitude des parents oscille entre un code aux règlements inappropriés, un code non appliqué ou simplement absent. Dans ce contexte les besoins de base des enfants ne sont ni respectés, ni satisfaits et les « carences produisent des comportements violents chez les enfants et les adolescents » (McAll, 2009: 90). Cette dynamique de désaffiliation parentale instille un sentiment d'aliénation et d'éloignement affectif donnant souvent lieu à des crises d'anxiété, de dépression et de troubles d'adaptation sociale. L'incohérence de la loi familiale crée une insécurité qui sape le développement de l'individualité empêchant d'optimiser la normalisation sociale par la construction d'une cohésion interne.

La famille **supportante** représente un troisième type où la flexibilité fait loi. Cette famille représente un modèle d'équilibre entre droits, devoirs et interdits et dont le code s'adapte aux changements vécus par les enfants exposés aux influences endogènes et exogènes. L'encadrement, l'assouplissement ou la modification de certaines règles est appliqué selon les besoins exprimés par les membres de la fratrie réagissant aux pressions de l'environnement social. Dans ce type de cellule familiale, le respect de la différence incite à l'autonomie participant ainsi à la construction de l'identité individuelle stimulant le sens de l'appartenance et renforçant le sentiment d'affiliation et d'unité. De cette manière, l'identité du groupe et de ses membres se trouve simultanément enrichie et renforcée. Dans ce contexte de flexibilité, l'ouverture à la réalisation du soi au sein de la famille est une valeur de base et serait un facteur positif contribuant à long terme à la construction de la cohésion sociale (Langlois & Langlois, 2005).

Au sein de ces différents contextes familiaux, tout changement exogène ou endogène élève le niveau de stress en sollicitant les capacités d'adaptation de tous les membres de la famille. Que ce soit pour des problèmes financiers, une perte d'emploi, les difficultés des parents au travail, une nouvelle naissance, un décès, une maladie grave, un départ ou un déménagement, ces événements créent une pression adaptative sur les valeurs insérées au code familial et portées par l'ensemble de la fratrie. Ainsi, l'esprit du code de valeurs permettant l'adaptation aux changements vécus par la famille déterminera à long

terme la capacité d'adaptation de ses membres pour d'autres événements portant une charge symbolique similaire. Toutefois, Guillaume, travailleur social auprès de personnes vulnérables, nuance l'influence de la famille en soulignant que les conditions du contexte ne déterminent pas totalement les comportements :

Les effets sont ambivalents et pas systématiques parce qu'ils peuvent être négatifs ou positifs dans les facteurs de guérison ou de maladie (...) mais la qualité de la relation intra familiale est un des facteurs les plus importants, dans certaines familles, certaines variables auront plus d'influence, tandis que pour d'autres elles en auront moins.

Il affirme par contre constater l'existence d'un plus grand nombre de familles nuisibles que de familles aidantes. Il appuie ses dires sur le contexte social actuel où selon lui, très souvent les enfants sont incompris parce qu'ils ne sont ni écoutés ni appuyés par les parents et la fratrie. Ces enfants voient leur identité non validée au sein du groupe et une telle situation de rejet comporte un risque pour l'équilibre psychologique de l'enfant. À long terme, il soutient que cette tendance à l'aliénation de l'enfant au sein de la famille produit les conditions favorables au développement de difficultés d'affirmation du soi participant à l'augmentation des facteurs de risque pour la dépression. À ce niveau, Guillaume stipule que (...) *dans les cas de dépression, l'incompréhension du milieu familial augmente la pression sociale, ce qui a pour effet d'augmenter le risque de rechute et de diminuer les conditions favorables à la réhabilitation.* De plus, il souligne que ce type de conditions de vie familiale augmente le risque d'émergence de problèmes psychologiques dans le milieu de travail. Dans cet ordre d'idée, les témoignages des familles donnent une matière inspirante pour la compréhension des phénomènes de la socialisation ayant une incidence sur la perception de la qualité de vie souvent jumelée à la santé.

5.3.1 LA FAMILLE GINGRAS-GIRARD

À la question demandant si le type de relation qu'il eut pendant son enfance avec ses parents a influencé sa santé, Marius, 34 ans, sans emploi et père de trois enfants, répond sans ambages *oui c'est certain* parce que l'absence de support paternel combinée à une attitude autoritaire et négative ont affecté son moral. Alors qu'il recevait de l'attention de sa mère plus permissive, son père de nature sévère était peu enclin à l'affection et aux contacts physiques, tellement que Marius se rappelle avoir eu plus de reconnaissance de la part de son voisin. Parce que la participation aux tâches et aux corvées de la maison était exigée de

façon péremptoire et que dans ce contexte la reconnaissance n'était pas de mise, la réciprocité s'est avérée inopérante. On retrouve ici un modèle familial autoritaire dominé par l'identité paternelle et Marius admet avoir trouvé cela *moralement dur parce toujours rabaissé par mon père*, il affirme toutefois essayer ne pas reproduire le modèle en indiquant que l'attitude ambiguë de son père l'a stimulé à développer son autonomie en créant sa vie selon ses besoins et ses ambitions. Malgré les aspects négatifs de leur relation père-fils, Marius demeure empathique à l'égard de son père à un point tel que la séparation récente de ses parents a provoqué chez lui un niveau d'anxiété affectant la qualité de son sommeil et qui lui mit *l'estomac tout à l'envers*. Juliette, 27 ans, conjointe de Marius et sans emploi, mentionne qu'elle et sa fille se confrontent régulièrement et que cette situation a pour effet d'augmenter son niveau de stress à un point tel qu'elle a recours à des services psychologiques l'aidant à mieux contrôler ses émotions. Ainsi, à la question demandant si les comportements de l'Un peuvent provoquer l'émergence de la maladie chez l'Autre?, Dre Solange, omnipraticienne au CLSC, répond sans hésitation; *les comportements des autres augmentent le risque de maladie parce que ça augmente le niveau de stress qui peut provoquer des ulcères d'estomac, un infarctus et la dépression*, de là on peut présumer qu'à l'inverse, certains comportements améliorent la qualité de vie et peuvent s'avérer bénéfiques pour l'équilibre et la santé des individus.

5.3.2 LA FAMILLE CLÉMENT-POITRAS

Amédée, 55 ans, père de trois enfants et commerçant fortuné, est bien conscient de l'influence que sa famille a exercée sur lui en témoignant ainsi; *Ma mère a connu la crise, (...) elle avait tellement peur d'en manquer (...) qu'elle nous a élevés peut-être un peu insécures (...),* tandis qu'au sujet de son père il évoque; *le père chez nous, il a dix enfants. Ça marchait au doigt et à l'œil (...) à un moment donné, est arrivé le gros Amédée (...) le bonhomme il s'en foutait,* et il enchaîne au sujet de sa mère en disant *quand elle est décédée (...) mes sœurs, qui étaient professeurs à Montréal ont fini de m'élever (...) ça m'a donné une chance aussi de voir comment ça se passait ailleurs (...) je suis allé voir dans d'autres familles (...) puis je le voyais bien comment ça se passait là.* Dernier de onze enfants, élevé entre la peur du manque et l'insécurité maternelle d'un côté, l'autoritarisme et le désengagement paternel de l'autre, Amédée en retient un sentiment d'abandon et son discours hors texte relie cette expérience traumatique à son angoisse chronique de perdre

l'amour qui caractérise ses relations affectives. De plus, il relie l'insécurité financière vécue par sa mère à ses ambitions d'affaires tout en soulignant que le décès de celle-ci auquel succéda la solidarité familiale lui permit de vivre des expériences extrafamiliales qui l'ouvrirent au changement. Quoi qu'il en soit, le développement de la personnalité et la socialisation d'Amédée résultent des effets combinés de facteurs familiaux endogènes, de la recherche de satisfaction de ses besoins et de facteurs exogènes ayant exercé sur lui une influence stimulant des comportements d'adaptation à l'environnement. Si Amédée a grandi au sein d'un modèle familial inconsistant alternant entre l'autoritarisme, le désengagement paternel et l'insécurité maternelle, les témoignages de ses fils nous indiquent aussi une certaine continuité de sens dans la définition des relations entre père et enfants. Antoine, 30 ans et aîné de la famille, parle de l'influence familiale sur sa santé en ces termes : *Le milieu familial a été non plus le plus facile au niveau émotif (...) mes parents sont séparés, oui, ça a pu me donner des maux. C'est certain que la relation de mes parents m'a aidé à être quelqu'un plus stressé de nature.* Ces paroles nous rappellent les commentaires d'Antoine cités au chapitre trois, indiquant l'existence potentielle d'un lien entre le milieu familial l'ayant aidé à être plus anxieux, la tachycardie qui l'afflige depuis l'enfance, l'hypertension actuelle, et son anxiété d'adaptation au stress de l'environnement social. Il y a donc une continuité de sens de l'éthos familial dans le processus de socialisation de l'enfant où l'insatisfaction des besoins de base en relation avec le stress d'adaptation peut s'exprimer par la maladie. C'est en se remémorant son mode de vie familial que Benoît, 26 ans et benjamin de la famille, en souligne les effets sur sa santé;

On n'était pas très stables, en ayant des parents séparés (...) ils se lancent la balle, moi c'était toujours une porte de sortie de changer de côté quand ça allait pas bien. Le matin j'étais chez quelqu'un, le soir j'étais chez l'autre (...) il aurait fallu que ce soit... les guides plus serrés (...) je me sentais moins entouré, moins structuré, c'est sûr que tu crées comme une espèce de dépendance qui va te suivre le restant de tes jours (...) On est tous, mes frères et moi à la recherche de stabilité.

Benoît exprime bien comment l'absence d'un code de valeurs et de conduite a influencé son comportement actuel. L'instabilité permanente a entraîné un comportement compensateur dans la recherche continuelle de stabilité qui domine sa vie. L'excès d'un stress spécifique répété a donc créé chez lui une angoisse existentielle liée aux conditions

de vie familiales. Les besoins non comblés dans l'enfance d'Antoine et de Benoît se traduisent aujourd'hui par la recherche de conditions de vie pouvant compenser cette carence. Pour les trois fils, il existe un fil conduisant au développement du phénotype, les difficultés d'adaptation au stress social semblent les avoir menés à l'anxiété, et possiblement aux problèmes d'insuffisance cardiaque précoce pour Antoine et comme facteur de risque de la dépression pour Martin. Leurs histoires démontrent que dans un contexte d'insatisfaction des besoins fondamentaux, la pression adaptative est très élevée et le niveau de stress engendré par l'environnement social peut entraîner l'enfant aux limites de ses capacités d'adaptation. Les discours des trois générations révèlent un schéma familial anxiogène intergénérationnel et leurs problèmes de santé actuels suggèrent que la satisfaction des besoins fondamentaux dépend de la dynamique des relations intrafamiliales laquelle détermine une qualité de vie familiale pouvant influencer la santé.

5.3.3 LA FAMILLE PÉRIARD-FOURNELLE

Doris, 47 ans, employée dans un organisme public et mère de trois enfants, parle de l'influence de la vie familiale en évoquant le rôle de la solidarité et de l'engagement. Elle souligne que face à la maladie de Mégane, 17 ans, et Carole, 15 ans, toutes deux étudiantes, toute la famille est concernée indiquant que le phénomène est une question sociale parce que l'entourage doit être bien informé afin de pouvoir agir en cas de besoin. Doris parle de communication familiale en soutenant que parler régulièrement de la maladie diminue ses effets collatéraux et influence le niveau de santé parce que *Cela nous a donné une raison de faire des choses, de prendre acte, de faire avancer*. En faisant des maladies de Mégane et Carole une question de solidarité familiale et sociale, elle indique que leur code de valeurs se traduit en comportements cohérents démontrant les effets qu'une famille supportante peut avoir sur la santé de la fratrie. Cette cohérence actualisée dans la communication et l'engagement familial semble influencer favorablement la capacité d'adaptation phénotypique aux facteurs génotypiques et environnementaux améliorant ainsi les conditions de vie et conséquemment la qualité de vie et la santé.

5.4 COHÉSION ET CAPACITÉS D'ADAPTATION

Ce que les deux premières dynamiques familiales nous révèlent, c'est que les effets aliénants de la socialisation sont à leur paroxysme lorsque les traumatismes importants ont

lieu pendant l'enfance, produisant des effets d'adaptation caractérisée par des réactions cognitives, psychiques ou physiques compensatrices (McAll, 2009, Langlois & Langlois, 2005). Dans ces cas, les douleurs et les blessures psychiques liées aux carences vécues pendant l'enfance semblent induites par l'absence d'un code de valeurs parentales ajusté aux besoins de l'enfant, qui une fois adulte se traduira par la construction d'un système de sens et de valeurs personnalisées orientées vers la satisfaction de ses besoins réprimés. (Voir aussi chapitre 6). Dans cette optique, les parents créent avec leurs enfants les conditions de vie participant à optimiser ou à entraver le fonctionnement familial ainsi que le développement individuel. Le contexte familial produit donc les éléments favorables ou défavorables à sa cohésion ainsi qu'aux capacités d'adaptation de la fratrie aux conditions exogènes et endogènes de l'environnement. **Cohésion**, au niveau physique, signifie « Ensemble des forces qui maintiennent associés les éléments d'un même corps » et au niveau abstrait « Union, solidarité entre les membres d'un groupe », tandis que **cohérence** signifie « liaison, rapport étroit d'idées qui s'accordent entre elles dans une absence de contradictions » (Le Petit-Robert, 2011: 462, 463). Ainsi définie, la cohésion fait rejaillir le principe de **connexion** entre les parties. Dès lors son antonyme, l'incohérence signifie la confusion inférant la désagrégation et la dispersion résultant de la **déconnexion**. Par analogie, afin de s'adapter au stress, toutes les cellules d'un organisme vivant doivent être en relation d'interdépendance pour adhérer ensemble afin d'aller dans un même sens de fonctionnement permettant l'adaptation à la pression exercée par le milieu; au sein de l'organisme humain, c'est lorsque les cellules ont un fonctionnement chaotique et *déconnecté* que le processus d'adaptation au stress encoure le risque de l'autodestruction. En ce sens, « les principes fondamentaux de défense, au niveau de la cellule, sont dans une large mesure applicables également aux individus et même aux sociétés » (Seyle, 1974: 18) à cause des relations existantes entre homéostasie biologique et sociale (Damasio, 2003). Dans cette perspective, la qualité du contexte relationnel intrafamilial influencerait les représentations que les membres de la fratrie se font de la cohésion sociale. Les contradictions entre l'énoncé d'un code de valeurs parentales, son application et la satisfaction des besoins de base des enfants, contribueraient à déséquilibrer l'homéostasie individuelle et familiale entraînant l'effritement de la cohésion interne. C'est ainsi que le sentiment de déconnexion se traduirait dans des comportements adaptatifs souvent

antinomiques et compensateurs pouvant s'exprimer dans l'aliénation et la maladie. (Mc All, 2009). Ce sont généralement dans les conditions de stress social extrême où l'intensité et la répétition de la demande d'adaptation sollicitent les capacités au maximum que les réponses adaptatives sont excessives ou inappropriées en cherchant à tout prix à compenser une rupture de l'équilibre homéostatique. Sur ce plan, les qualités relationnelles intrafamiliales influencent au moins partiellement la qualité de vie et font d'elle une entité sociale cohérente ou incohérente, fonctionnelle ou dysfonctionnelle selon sa capacité de satisfaire les besoins des membres de la fratrie et de s'adapter au stress de la vie sociale. C'est dans ce sens que cohésion sociale et santé semblent signifier la représentation d'un équilibre implicite au concept de l'unité dont la famille est la figuration et dont l'altérité des enfants représente l'expression d'une analogie incorporée telle que suggérée par Bourdieu (1980).

Guillaume, travailleur social auprès de personnes vulnérables, apporte une nuance en indiquant *Dans une famille, les variables X auront plus d'influence chez une que chez une autre (...) c'est relié à une question de point de vue et de croyances (...) par exemple; des enfants avec des parents abominables...à cause de ça ils vont faire une vie intéressante.* Dre Solange, omnipraticienne au CLSC, opine en disant que *toute personne est multifactorielle et même avec des contextes sociaux et familiaux équivalents, les dénouements seront différents.* Ainsi, même considérée l'unité sociale de base de la société par sa prégnance en tant que « *structure structurée et structurante* », la famille ne peut être la fondatrice de tous les problèmes et de toutes les capacités d'adaptation car le contexte élargi de l'environnement procure aussi des conditions positives et négatives qui peuvent favoriser ou défavoriser les réponses adaptatives des individus. Dans ce sens, si on ne peut relier la santé, la qualité de vie ou les capacités d'adaptation au stress uniquement en rapport avec la dynamique familiale, cela nous oblige à en relativiser les effets. De ce point, on doit considérer les conditions créées par le milieu et les moyens disponibles pour le développement individuel et collectif au sein des réseaux sociaux. Le potentiel et les capacités d'adaptation sont donc influencés d'une part, par la présence et l'accessibilité au capital social en interaction avec le capital culturel et économique, et d'autre part, par la valeur symbolique attribuée à chacun de ceux-ci par les acteurs sociaux. En abordant ainsi la dynamique du développement des individus et des sociétés, de la santé individuelle et

collective et de la qualité de vie, on ne peut éviter une perspective humaniste qui s'obstine à demeurer holistique.

5.5 IDENTITÉ ET STIGMATISATION

Si le statut laisse présumer une identité, c'est qu'il représente un sens prédéfini significatif pour les interlocuteurs. Qu'il soit un signe social, biologique, culturel ou économique stigmatisé et ne modifie en rien son efficacité de signe, toutefois son efficacité sociale variera selon le sens de cette stigmatisation. Ainsi, dans le contexte du capital social, autant pour l'individu que pour les groupes, il vaut mieux être porteur d'un statut valorisé pour que ce capital fonctionne favorablement dans la société (Elias, 1965). Au sujet d'identité et de statut en relation avec le milieu social, Constance, 74 ans et partiellement handicapée, déclare, *les personnes âgées, ça dérange les jeunes (...) le respect manque (...) quand on est handicapé, on a besoin d'aide, c'est ça notre problème (...) si on est mis de côté, on a de la difficulté à s'en sortir. Notre moral, il a de la misère* et Lysanne ajoute; *Si quelqu'un te manque de respect (...) elle est tellement nerveuse qu'elle va en faire des indigestions*, ce faisant elle indique que l'inclusion sociale intègre l'altérité et contribue ainsi à son équilibre psychique, tandis que l'exclusion mène à une disqualification sociale contribuant à augmenter son stress socio-affectif allant jusqu'à provoquer des symptômes physiques.

En milieu rural, les liens de proximité sont plus nombreux et fréquents et pour cela la qualité de l'identité est une valeur primordiale pour l'obtention de la reconnaissance et la construction de liens avec le réseau social. L'identité s'actualise au sein d'un système social où les gens se connaissent ou se reconnaissent de près ou de loin (Giraud, 2001). Par contre, si la proximité des réseaux crée l'inclusion, elle peut aussi exclure un individu jugé marginal, dans ce cas, il peut être difficile de se défaire d'un stigmaté accepté par un certain nombre d'acteurs. Dans ce sens, la réputation agit comme une loi sociale implicite et fonctionne comme un a priori à l'inclusion à défaut de laquelle l'ostracisme peut s'installer. Ce type de stratégie protectionniste peut être le fait d'acteurs ou de groupes sociaux désirant consolider leur pouvoir en utilisant un discours de commérage faisant obstruction à l'intégration de l'Autre perçu comme l'agent déstabilisateur d'un réseau (Elias, 1965). Par

exemple, même si « dans les groupes les plus dominés et les plus dépréciés tous les individus n'assument pas de manière identique les caractéristiques qu'on prétend de l'extérieur leur attribuer » (Giraud, 2001: 49), la stigmatisation peut aussi opérer à différents niveaux de l'échelle socioéconomique. En effet, l'exclusion et la stigmatisation peuvent affecter le groupe plus fortuné mais minoritaire et nous indiquer l'importance élevée de la valeur de l'identité et du capital social au sein des réseaux sociaux de la classe socioéconomique numériquement dominante. À ce sujet, Amédée, commerçant fortuné de la région, raconte une anecdote témoignant bien de la stigmatisation à laquelle sa classe économique est exposée :

Je vais aller prendre une tite bière au bar en passant, y'a là la petite gang de voyous du village, y'en a un qui dit « toé Clément, t'es chanceux tu t'promènes avec une Corvette»... je me faisais écœurer encore... j'ai dit « écoutez bien, si je me promène avec une Corvette, c'est de votre faute» l'autre me répond « Comment ça de notre faute?» j'ai dit « quand je suis arrivé ici (...) j'avais pas d'argent. Vous avez toujours venu m'encourager (...) je suis venu qu'à faire un peu d'argent, puis je suis allé investir ailleurs. Fait que viens pas m'écœurer si je me promène avec une Corvette, c'est de votre faute » il m'a répondu « amenez-y une autre bière».

Au premier niveau, l'histoire d'Amédée indique le clivage social entre classes économiques exprimé par un sentiment d'envie des moins favorisés menant à la stigmatisation des gens fortunés. Mais au deuxième niveau, l'anecdote démontre que la proximité sociale donne lieu à des échanges permettant aux victimes de préjugés d'annuler le stigmate par un comportement contraire au stéréotype projeté sur eux. Ainsi, c'est en révélant une face inédite de son identité par l'évocation de la solidarité sociale qu'Amédée annula les effets de l'aliénation. D'une situation qui aurait pu devenir conflictuelle, il en fit un discours rassembleur en soulevant les avantages de la communauté et le sens de l'interdépendance des acteurs. Tout à l'opposé, son fils Martin, 27 ans et travailleur qualifié, a vécu la stigmatisation d'un tout autre point de vue en se rappelant :

C'était tout le temps moi qui mangeais les volées (...) avec le temps je me suis dit, ça arrivera plus, fait que j'essaie tout le temps de pousser plus, plus, plus que les autres (...) on m'a tellement achalé avec ça, que j'en devenais fou (...) ils m'appelaient le petit (...) juste parce que mon père avait (...) Mon professeur m'appelait comme ça. Juste du statut de mon père, c'est « Ah ton père est riche! » puis ci, puis ça « Ah les Clément! » (...) C'est fatiguant à un moment donné.

Dans le cas de Martin, c'est à cause de son statut économique que l'environnement social lui rendit la vie plus difficile en le stigmatisant. Marginalisé malgré lui, Martin est identifié aux chanceux de la région et cette étiquette diffusée dans le réseau social semble impliquer un *taxage* symbolique exprimé dans un genre de rituel *initiatique* où le sujet doit subir la raillerie, la dérision et la violence pour accéder au réseau social dominant et mériter un capital de sympathie. Les paroles de Martin nous font comprendre que la stigmatisation sollicite les capacités d'adaptation psychique à leur maximum et entraîne un stress d'adaptation exprimé par une anxiété aiguë face aux relations sociales, et que la prolongation de cette situation peut se traduire par une angoisse chronique, des difficultés relationnelles et d'adaptation à la vie sociale.

Ainsi, une famille stigmatisée peut porter un fardeau identitaire pendant des générations et voir son fonctionnement influencé pendant plusieurs années. À titre d'exemple, Sylvain intervenant auprès des familles vulnérables, souligne que les enfants de la troisième génération d'une famille défavorisée vivent souvent un niveau d'anxiété plus élevé que la moyenne. Il explique que les enfants de ces familles ont souvent une apparence corporelle hors-normes et vivent les premiers jours d'école sur fond d'étiquetage social, et plus tard si ces enfants manifestent le moindre retard scolaire, ils seront plus encore marginalisés. À ce sujet, Juliette et Marius, parents sans emploi, expliquent que leur fille Sophie âgée de neuf ans est stigmatisée à l'école à cause de son embonpoint, son apparence vestimentaire et ses difficultés mineures d'apprentissage. Ainsi, les premières phases de la socialisation s'actualisant au sein du modèle familial intergénérationnel et du modèle social dominant dont les normes permettent la stigmatisation sont des facteurs participant à l'augmentation de l'anxiété, de l'agressivité, de la violence et diverses autres dépendances (McAll, 2009). On voit que les comportements du groupe social dominant affectent les groupes marginalisés quand « le rejet et la discrimination se sont durcis d'une génération à l'autre parce que les enfants assimilaient de bonne heure les attitudes et les croyances discriminatoires de leurs parents » leur imposant « la conviction que leur infériorité vis-à-vis du groupe établi n'est pas seulement de pouvoir mais aussi de nature » (Elias, 1965 : 214, 295). Marius nous donne un autre exemple quand il affirme que sa réputation de travailleur fiable et honnête n'a pas fait le poids dans ses démêlés avec son employeur, la CSST, et la SAAQ, et prétend que son manque d'instruction lui valut la stigmatisation du

patron, des représentants syndicaux et des sociétés d'état. Dans son cas, le réseau social du travail aurait profité de sa *faiblesse identitaire* au sein de ce réseau pour l'évincer et donner la place à quelqu'un dans l'entourage du réseau dominant. Ainsi, pour les habitants des campagnes, la fonction et l'étendue des réseaux sociaux sont les nerfs de la guerre, car ils représentent les structures sociales omniprésentes permettant à la fois, la satisfaction des besoins et l'actualisation de leurs potentiels. De cette manière, les discours démontrent que l'identité et l'altérité constituent les aspects fondamentaux du fonctionnement social des individus au sein des communautés et que ces caractéristiques du capital social représentent une forme d'adaptation agissant sur la qualité de vie avec des effets sur la santé.

5.6 RAPPORTS DE RÉCIPROCITÉ ET RÉSEAUX SOCIAUX

Nous avons vu qu'au niveau des réseaux sociaux l'identité détermine la qualité des relations de l'individu avec le milieu. C'est sur la base de cette identité que la relation dialogique entre interlocuteurs voit sa qualité déterminée par des questions d'intérêt et de réciprocité orientant le sens donné à l'interaction. La qualité de cette identité est ce qui donne à l'acteur social une valeur symbolique en termes de capital social actif au sein des réseaux de la communauté. Le besoin d'être un acteur engagé au sein d'un réseau social diffère d'un individu à l'autre et varie selon sa catégorie sociale. Ainsi, les réseaux sociaux n'ont pas la même importance pour tous car leurs rôles varient selon les intérêts et les besoins qu'ils desservent. C'est ce que les discours nous révèlent en projetant un éclairage nuancé sur les raisons d'être des réseaux de même que sur leur fonctionnement. Sur ce plan, tous les intervenants soulignent que la solitude et l'isolement sont des problématiques reliées aux maladies mentales et c'est contre cet isolement que les familles de toutes classes, les réseaux sociaux et les organisations communautaires se mobilisent. À ce sujet, Denise, cadre supérieure du CLSC, souligne que le statut socio-économique d'une famille fortunée n'est pas un gage de fonctionnement social idéal ni de santé, car elle questionne ce modèle en disant :

Qui est vraiment à risques? (...) dans le territoire Les Collines, qui est beaucoup plus riche, il existe un autre type de pauvreté (...) ils vivent beaucoup de stress, ils sont surendettés, souvent seuls, ils partagent pas

beaucoup, ils sont pas connectés derrière les façades de leurs belles maisons.

Ces paroles mettent l'emphase sur la *déconnexion* sociale comme un *autre type de pauvreté* et un facteur de stress agissant sur la qualité de vie et inférant un lien avec la santé. La corrélation énoncée en métaphore par Seyle (1974) et Bernard (1947) suggérant la cohésion du fonctionnement cellulaire comme un phénomène d'adaptation analogue à celui d'une homéostasie sociale s'applique bien à cet exemple où la déconnexion entre parties sociales mène à une incohérence conduisant à des inégalités sociales de santé. Rappelons que dans la région les gens fortunés constituent une très faible minorité qui n'est pas regroupée derrière les frontières physiques de quartiers huppés leur permettant de fonctionner à l'intérieur de leur catégorie sans échanges directs avec le groupe numériquement dominant formé par la classe moyenne. Dans ce milieu rural, si l'engagement social et l'échange ne sont pas pour les plus fortunés une valeur signifiante et une façon de redistribuer leur richesse et leur *chance*, ils risquent d'être stigmatisés et ostracisés et perpétuer ainsi la tendance à fonctionner en vase clos. En ce sens, que l'altérité soit désignée à l'un ou l'autre des pôles socio-économiques, elle cherche l'intégration sociale de son identité afin de satisfaire un besoin de reconnaissance, de soutien, de sécurité et de réalisation. Le discours de Martin au sujet de son altérité et des valeurs familiales auxquelles il a été exposé nous en donne un exemple très éloquent :

C'est pas parce qu'on est riches qu'on est... frais chiés ou pas capables d'aider personne (...) ou se crisser du monde complètement (...) Je connais une famille riche, ils ont été élevés comme ça (...) Nous on a été élevés le contraire de ça (...) d'aider un peu tout le monde, de jaser à tout le monde, d'être bien avec le monde en général (...) C'était pas l'argent qui changeait la valeur de mes amis (...) on vieillit, le monde commence à nous comprendre, nous voir moins comme un signe de piastre, nous voir comme des bonnes personnes, prêtes à aider, prêtes à faire... comme des gens normal.

D'une part, le commentaire de Martin, fils cadet de la famille Clément-Poitras, soulève la question du poids social que représente le stigmate de son identité économique telle que perçue par les classes moins favorisées économiquement, confirmant du coup que l'opinion publique au sujet des comportements sociaux des riches est fondée sur une réalité. D'autre part, il indique que le respect de la différence était une valeur inscrite au code familial qui lui permit de maintenir le contact avec la communauté, mais plus encore il souligne le

besoin de se défaire d'un stigmate en se rapprochant de la norme sociale et en s'intégrant aux réseaux communautaires au moyen de la communication et de l'entraide. Un dernier aspect important est exprimé dans *on vieillit, le monde commence à nous comprendre* où Martin dénote que la proximité des liens s'échelonnant dans le temps semble avoir des effets médiateurs sur l'altérité. Ces trois aspects des relations entre catégories sociales rurales, dont l'axe principal est l'interdépendance des parties, sont très importants parce qu'ils indiquent que le clivage catégoriel basé sur la différence économique et s'opposant à l'isomorphisme social est ici compensé par une perméabilité des réseaux sociaux. Cette dynamique semble contribuer significativement à favoriser la cohésion sociale par l'intégration des identités marginales (Gallissot, 1987) dont les répercussions semblent positives pour le phénotype. À ce niveau, si la famille Clément-Poitras a su développer un capital économique allié à son identité commerciale, son intégration au réseau social dominant s'est réalisée par le développement d'une identité contraire au stéréotype généralement projeté sur les familles de cette catégorie.

Toutefois, même si les discours dénotent que l'intégration de l'altérité semble mieux se faire du haut vers le bas de l'échelle sociale, il n'en demeure pas moins que pour la classe la plus défavorisée, se soit encore le capital social qui représente une valeur refuge assurant la pérennité du fonctionnement social. Dans le cas des familles économiquement défavorisées et des personnes mésadaptées socio-affectives, Denise indique *ils ont des méga réseaux (...) ils se tiennent ce monde-là, attention!* et selon elle, la densité du réseau familial contribue significativement à en augmenter le niveau de santé. Elle souligne que *ceux qui ont un réseau social plus développé s'en sortent mieux* et que dans le cas contraire l'isolement physique et social est un facteur important qui participe à augmenter la vulnérabilité des personnes et des groupes à risques. Dre Solange, omnipraticienne au CLSC, stipule que la condition physique et psychique des individus est liée à l'entourage social et que celui-ci joue un rôle important parce que les échanges créés, entre autres autour des loisirs, est une forme de sociabilité qui diminue le stress. Plus encore, elle ajoute que le soutien social détermine significativement le niveau de douleur dans le processus de réadaptation des patients atteints de désordres musculaires et squelettiques. D'une part, parce que ces personnes sont aux prises avec une perte de mobilité ou de locomotion, leurs besoins d'aide physique et leur dépendance face aux autres sont plus évidents, et ainsi

l'aide physique participe à la gestion de la douleur en prévenant la sursollicitation des membres blessés. D'autre part, cette aide n'est pas que locomotrice mais très souvent psychologique et participe à l'amélioration des conditions collatérales de réhabilitation sous la forme d'un soutien moral si important dans les situations d'asthénie post-traumatique. Dans ce sens, elle souligne que le niveau de douleur diminue si la personne souffrante est bien entourée tandis qu'il augmente avec le niveau d'isolement. Le témoignage d'Albert, 93 ans, qui est affecté par les séquelles d'un ACV léger confirme ce constat en soulignant, *quand mes enfants venaient me visiter pendant ma convalescence... ça me faisait pleurer mais ça me faisait du bien aussi parce que ça m'aidait à passer le temps.* À ce sujet, Sylvain, travailleur social, affirme que la solidarité informelle qu'on retrouve ici avec le soutien familial intergénérationnel est plus importante et plus forte que le système institutionnel. Pauline, 88 ans, indique que l'engagement social augmente l'entraide entre ceux qui s'y adonnent et que cela crée la force des réseaux. Doris, 47 ans, souligne que bien qu'au village il y ait moins d'habitants qu'en ville, il y a plus de contacts avec la communauté parce que les gens se parlent, *tout'l'monde se connaît... c'est comme une famille élargie (...)* quand on a besoin d'aide on en a, et sa fille Carole confirme en disant *les contacts sont plus faciles parce qu'on est plus proches tous ensemble*, tandis que Mégane, la cadette, rajoute que tout cela est possible parce que *...la vie de village le permet plus.* Malgré ces conditions dans lesquelles se pratique la proximité sociale, les classes des deux pôles sociaux-économiques fonctionnent séparément au niveau des réseaux sociaux, alors qu'au niveau économique, entrepreneurs et employés bas salariés sont interdépendants, la classe moyenne majoritaire semble faire le pont vers l'un et l'autre de ces deux groupes sociaux, d'un côté en donnant et en s'engageant auprès des plus vulnérables et de l'autre en recevant des salaires et des honoraires pour les services rendus à l'ensemble de la société. Cependant, même isolées et désengagées, ce qui protège la fonctionnalité des familles fortunées, c'est un capital économique leur permettant de passer outre les contraintes structurelles auxquelles la classe moyenne et les plus démunis sont exposés. Leurs revenus permettent des contacts privilégiés et des services au sein de réseaux inaccessibles aux classes moins fortunées, ce qu'Amédée confirme en disant *J'ai pas besoin d'aller au CLSC, j'ai les moyens de payer.*

Si les rapports économiques peuvent surclasser ceux du champ social et culturel dans la satisfaction de certains besoins, dans d'autres situations ce sont les facteurs sociaux, culturels ou symboliques qui dominent. Ainsi, le terrain suggère une interdépendance des capitaux dont l'influence varie d'une part, selon la valeur symbolique qui leur est accordée, et d'autre part par la prégnance de chacun d'entre eux dans la vie des acteurs tout comme au sein de la dynamique communautaire et des conditions du milieu. Qu'il soit question de luttes contre la maladie, catégorielles ou identitaires, toutes les luttes engagent des individus et des groupes dans des rapports de domination ou d'entraide où chacun des protagonistes fait intervenir à son avantage ses réseaux sociaux en interaction avec les champs de la culture et de l'économie (Bibeau, 2004). Cependant, dans cette région rurale, on réalise que le réseau social et la réciprocité fonctionnent au maximum tant au sein du groupe majoritaire que des sous-groupes déterminés par leur statut économique. Dans le cas de ces derniers, leur expérience de la marginalité et de l'ostracisme les pousse à développer des mécanismes d'adaptation répondant à leurs besoins qui sont actualisés selon des moyens sociaux, culturels et économiques propres à leurs réseaux mais aussi liés au réseau de la classe majoritaire. Par contre, à défaut de pouvoir réaliser leurs besoins en reproduisant les valeurs et les pratiques du groupe dominant, les plus démunis forment un rempart social contre une indifférence perçue comme un synonyme de rejet. À ce niveau, on reconnaît que les catégories sociales qui décident pour les autres sont celles qui détiennent le plus de pouvoir d'influence sur les changements structurels et que les catégories qui en ont le moins s'organisent entre elles pour compenser leur impuissance à changer ces structures (Giraud, 2001). Nonobstant, il semble que le but principal desservi par les réseaux sociaux et déterminant leur raison d'être soit l'amélioration de la qualité de vie d'une personne ou d'un groupe et qui par extension améliore la cohésion du milieu. Peut-être y a-t-il dans ce pouvoir d'adaptation aux contraintes structurelles et aux processus de la socialisation un indice d'autonomie pouvant être lié au niveau de santé d'un individu et d'une collectivité. Cependant, chacune des catégories demeure aux prises avec l'intériorisation d'angoisses propres à sa position sociale exprimée en maladies en tant que phénomènes biologiques et psychiques d'adaptation et dont la prévalence exprime la dynamique de l'opération analogique entre corps individué et corps social où les inégalités sociales semblent se traduire en inégalités de santé.

En conclusion, le terrain nous a démontré que la famille en tant que première unité sociale constitue la base d'une construction identitaire généalogique (Gallissot, 1987) et du capital social. Sur ce plan, l'acquisition confère à l'identité un caractère cumulatif et évolutif dont la représentation se développe dans le temps avec une valeur symbolique qui augmente selon la qualité et l'étendue de sa diffusion au sein des réseaux sociaux. Toutefois, identité et altérité sont indissociables, puisque l'identité ne peut s'actualiser autrement que dans une relation avec l'Autre, où, a priori c'est une réflexion sur l'altérité qui permet la définition identitaire (Augé, 1994). Dans cette perspective, la relation entre altérité, identité, individus, familles, groupes, réseaux et communauté, combinée à l'influence normative sur les individus et leurs familles a démontré l'importance du rôle et des effets du processus identitaire sur le phénotype. À ce niveau, parce que « la reproduction des positions sociales s'effectue à travers l'héritage et la transmission des différents types de capital économique, culturel et social au sein d'une même lignée familiale » (Bibeau, 2004 : 84), la marginalisation prend tout son sens dans un contexte où la déconnexion sociale est liée aux conditions socioéconomiques et culturelles d'un milieu. Sur ce plan, la stigmatisation s'est avérée polarisée aux deux extrémités de l'échelle sociale locale entraînant chez les individus un niveau de stress exprimé par des difficultés relationnelles et d'adaptation à la vie sociale.

Le type et la qualité des relations intrafamiliales influence la qualité de vie de la fratrie et agit sur ses capacités d'adaptation à l'environnement social constituant un facteur important de la construction identitaire et de la cohésion. Sur ce plan, la souffrance et les blessures psychiques liées aux carences vécues pendant l'enfance dépendent d'un code de valeurs parentales ajustées ou non aux besoins de l'enfant. Dans un contexte d'insatisfaction prolongée des besoins sociaux, la pression adaptative est élevée au point où le niveau de stress provoque des réactions adaptatives excessives ou inappropriées entraînant un déséquilibre homéostatique souvent exprimé par l'aliénation et la maladie. Ainsi, le terrain démontre que la déconnexion entre acteurs sociaux mène à une incohérence sociale entraînant des inégalités sociales de santé, cependant, les effets de l'aliénation semblent annulés par la solidarité où l'interdépendance des acteurs au sein des réseaux renforce l'identité et la qualité de vie suggérant un lien significatif entre cohésion sociale et santé. Le stress social représentant le niveau le plus élevé en termes de capacités

d'adaptation des individus, les relations sociales de proximité, l'entraide et la fonction des réseaux sociaux basée sur un contrat implicite de réciprocité « jouent un rôle potentiellement protecteur contre les effets néfastes des stressseurs de l'environnement social » (Bouchard, 2009 : 187). C'est pour ces raisons qu'aujourd'hui encore l'entraide figure comme une des représentations les plus significatives contribuant aux critères ruraux d'une vie de qualité. Un constat se dégage « L'environnement économique et social dans lequel évoluent les personnes, les familles et les collectivités constitue un puissant déterminant, sans être le seul, de l'état de santé et de bien-être des populations et des individus. » (Bibeau, 2004 : 86).

CHAPITRE 6 : LE CAPITAL CULTUREL

6.0 LE CAPITAL CULTUREL

Tel qu'exposé dans le chapitre précédent, la région de la Petite Nation est représentative d'une dynamique communautaire s'appuyant sur la présence étendue de réseaux familiaux. En raison de la grosseur des familles et de leur connectivité sociale, une bonne part de la dynamique sociétale locale s'active autour de ce concept socioculturel (Bonte-Izard, 1991) et même économique ancré dans la tradition. La région fait en quelque sorte écho à Gallissot puisqu'ici la famille semble représenter « le prototype de toutes les unions en communauté (...) où les trois piliers que sont le sang, le lieu et l'esprit produisent une vie commune produisant l'esprit communautaire » qui est une caractéristique appartenant « foncièrement aux sociétés traditionnelles à dominance rurale » (Gallissot, 2000: 56). À ce niveau, la famille rurale actualise un processus de socialisation orienté par des besoins influencés par les acquis culturels, eux-mêmes définis par les conditions préexistantes du milieu car « les stratégies d'identification des individus s'inscrivent dans des histoires » (Giraud, 2001: 48). Le présent chapitre s'articule autour du concept de capital culturel et voit le corps plus que jamais représenté comme le canevas biologique de l'opération analogique des éléments culturels influençant la morphologie et le phénotype et participant aux critères de la qualité de vie. Le capital culturel proposé par Bourdieu se définit comme l'ensemble des ressources culturelles dont dispose un individu. Elles peuvent être de trois formes : incorporées (savoir et savoir-faire, compétences, forme d'élocution, etc.), objectivées (possession d'objets culturels) et institutionnalisées (titres et diplômes scolaires) (Bourdieu, 1986). Quoique cette définition s'attarde à des attributs individuels, on peut l'extrapoler au niveau collectif puisque cette dimension reproduit et diffuse des pratiques familiales, individuelles et communautaires dont les principaux éléments sont rassemblés autour de représentations liées au territoire et issus de sédiments culturels historiques. Ainsi, la relative homogénéité du tissu social et des pratiques liées au milieu naturel produit un sens commun diffusé par les familles au sein de réseaux sociaux et d'institutions agissant en mécanisme de normalisation opérant l'intégration cognitive, psychique et physique des prescriptions et vient à former « des communautés de caractère

formées par des communautés de destin » (Bauer dans Oriol, 1979 : 21). Dans cette optique, les comportements reflètent une adaptation par la « relation symbolique et pratique » que les groupes humains entretiennent avec l'écosystème dans lequel ils s'investissent socialement, culturellement et économiquement (Oriol, 1979; Augé, 1994). À partir de cet axe conceptuel, et même si ces critères et rapports d'appartenance ne sont pas identiques pour tous, il se dégage une culture locale participant à structurer une identité collective fondée sur un sens commun constitué d'idéologies (Sahlins, 1976) et d'une cosmologie (Gallissot, 2000) se prolongeant dans la manière de vivre, de satisfaire des besoins similaires exprimés par des valeurs et des croyances s'actualisant dans des pratiques culturelles synonymes.

6.1 L'INCORPORATION DE LA CULTURE FAMILIALE

Les pratiques adoptées par les familles sont des éléments culturels produits et diffusés par la société dans un axe autant synchronique que diachronique, ainsi la famille représente le premier médium de conjugaison de l'inné et de l'acquis et la dépositaire des sédiments symboliques hérités de l'histoire. Cependant, l'influence des éléments culturels et génétiques incorporés au niveau de la famille en tant que « structure structurée et structurante » (Bourdieu, 1980) n'est pas uniformément déterminante pour tous les membres de la fratrie tel que Bourdieu le propose dans son concept de l'Habitus. En effet, la famille et ses membres agissent comme des *commutateurs relais* (Mariage et Cuynet, 2007) entre les valeurs et les croyances de sa cellule sociale, l'actualisation des besoins familiaux et individuels par des pratiques originales, et les valeurs, les croyances et les pratiques du groupe dominant. Cette fonction de *relais culturel* joue le rôle d'un interrupteur permettant à la famille et ses membres de satisfaire leurs besoins par des comportements ajustés à leurs capacités d'adaptation et modulés par leurs différents capitaux et ceux du milieu. De cette manière, les comportements familiaux et individuels peuvent exprimer des valeurs inverses à celles promulguées par le groupe dominant ou les parents et développer ainsi une forme d'altérité constitutive de l'identité. Parce que Marius, 34 ans et père de trois enfants, a souffert de la relation avec son père, il affirme : *ce que j'essaie de faire avec mes enfants, j'essaie de pas faire qu'est-ce que j'ai eu avec mes*

parents (...) ce qui m'a manqué... je vais essayer de pas faire ça avec mes enfants et dans ce sens, sa famille est caractérisée par un éthos orienté sur la satisfaction de ses besoins. Elle représente le premier corps social, tandis que le corps individué et socialisé des enfants devient le « porte symptôme » (Cuynet, 2007:18, 20) des mécanismes d'aliénation résultant de « l'intériorisation des contraintes et des interdits » reliée au processus de la normalisation sociale qui est « très forte dans les communautés rurales » (Gallissot, 2000: 57). Ainsi, on comprend que l'éthos détermine des conditions de vie dont les carences s'inscrivent dans le corps par le biais d'un pathos comme l'expression de l'empreinte du culturel sur le biologique. Sur le plan populationnel, c'est en considérant l'environnement dans une perspective globale incluant les indicateurs sociaux, économiques et culturels liés au milieu écologique qu'on accède à un concept élargi d'interdépendance des facteurs agissant sur le phénotypique et produisant sa variation. À ce niveau, on peut proposer que plus il y a d'écarts entre la satisfaction des besoins fondamentaux d'une population et ses capitaux collectifs, plus les effets de ces écarts sont déterminants pour la variation phénotypique (Bibeau, 2004; Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001, voir tableau 1, page 45). À l'inverse et à l'exemple des sociétés simples (Shephard, 1996), moins il y aura d'écarts dans la variation des capitaux au sein d'un groupe, plus le phénotype sera stable et homogène (Bibeau, 2004). Ceci est un élément fondamental nous permettant d'expliquer la relation entre la qualité de vie et le niveau de santé d'une population isomorphe dont la région de la Petite Nation nous donne l'exemple rural.

À la question : *Le corps peut-il devenir la représentation de l'historique familiale?* tous les intervenants répondent par l'affirmative. Dre Solange, omnipraticienne au CLSC, affirme qu'en présence de pathologies génétiques héréditaires le mode de vie qui est intimement lié à la culture familiale contribue à augmenter ou à diminuer les facteurs de risques. Pour Martin, fils cadet d'Amédée et Lysanne, la santé : *c'est la manière qu'on t'a commencé dans la vie, ce qu'on t'a montré, avec quoi on t'a nourri, avec du fastfood ou du plus nutritif, de l'exercice ou être plus dans la maison (...) être à la campagne ou à la ville il y a une différence dans les activités.*

Les paroles de Martin nous indiquent deux choses; d'abord il confirme que l'éducation familiale constitue la base de ses pratiques corporelles et que celles-ci ont de plus été déterminées par l'environnement physique dans lequel il s'est développé. Cette

perspective nous indique que la culture dominante et familiale exerce une pression adaptative continue sur la biologie, le psychisme et les comportements de la fratrie. Dre Maryse, omnipraticienne exerçant auprès d'adolescents, soutient que même si *toutes sortes de mémoires sont inscrites dans le corps*, la transmission des savoirs et des habitudes agit à des niveaux variables et pour cette raison l'influence de la culture familiale sur la santé de la fratrie est relative. Ce point de vue relativiste est aussi confirmé par des données bioanthropologiques (Forest, 1975) indiquant que la culture familiale et collective détermine la morphologie et le phénotype dans une proportion ne dépassant pas soixante pour cent, ainsi au sens large, les effets combinatoires des différents capitaux ne peuvent surdéterminer la biologie en agissant de façon linéaire sur le patrimoine génétique.

La famille occupant la place centrale de cette recherche, une question essentielle fut posée aux intervenants professionnels, *Existe-t-il une culture familiale régionale?* Tous répondirent par l'affirmative en insistant que la région est caractérisée par l'importance des structures de parenté diffusant des pratiques relativement homogènes. Denise, travailleuse sociale de profession et cadre supérieure au CLSC, souligne que la culture véhiculée au sein de la famille inclut des valeurs et des croyances déterminant la construction de l'identité et exerce une influence majeure sur les habitudes de vie. À ce niveau, Dre Maryse, omnipraticienne, mentionne que plus la transmission des savoirs intergénérationnels est influente, plus la culture familiale est forte et mieux celle-ci peut être mise en lien avec la santé, suggérant que la dialectique familiale est traduite dans une sémantique structurant le cognitif qui détermine des pratiques agissant au niveau biologique. Ainsi, les pratiques locales imprègnent le tissu social parce que leur diffusion est facilitée par l'étendue des réseaux familiaux, de cette manière on comprend que les besoins communs structurent un sens commun dans lequel s'articule une dialectique orientant des pratiques (Frohlich & al, 2009) influençant la qualité de vie et la santé.

6.1.1 L'ENTRAIDE: UNE VALEUR FAMILIALE, RURALE ET HISTORIQUE

Sylvain, travailleur social auprès des familles vulnérables, souligne l'importance de la culture familiale en indiquant que, *dans le milieu local il y a beaucoup d'entraide familiale et extra familiale*. Ainsi, on peut dire que localement le mode de fonctionnement familial s'accorde aux besoins en interaction avec les possibilités offertes par le milieu. Au

sein d'un écosystème et d'un point de vue historique, les habitants ruraux exploitent d'abord le milieu naturel parce qu'il offre un accès direct à un premier niveau de transformation de la ressource permettant les transactions économiques. Cela dénote une différence fondamentale avec le mode de vie des milieux urbains car autrefois, réussir sa vie sur une terre agricole et forestière signifiait se débrouiller avec ce que l'on avait. Ce que l'on avait était constitué de trois éléments essentiels : la richesse de la ressource naturelle, les capacités d'adaptation des exploitants et l'étendue de la famille en termes de force de travail, ainsi ces aspects formaient les qualités garantes pour le fonctionnement, la survie et la qualité de vie des familles d'agriculteurs et de forestiers.

Notamment, dans un contexte historique de précarité et de pauvreté, face à l'adversité et aux contraintes endogènes et exogènes, les familles s'organisent en adaptant leurs connaissances et leurs pratiques à leurs besoins, aux moyens et aux ressources disponibles dans l'environnement. Cependant, à défaut de posséder tous les moyens nécessaires (sociaux, culturels et économiques) pour l'exploitation des ressources naturelles et pour satisfaire les besoins fondamentaux, l'entraide familiale et l'interdépendance extrafamiliale apparaît comme une pratique centrale au contexte local permettant l'adaptation aux contraintes et aux possibilités du milieu. À ce niveau, on comprend que la culture locale est une production locale parce qu'elle est issue d'un contexte particulier lié à un lieu de significations (Frohlich & al, 2009). Jadis, les fratries étaient nombreuses et par choix économique les aînés étaient retenus à la ferme comme main d'œuvre contribuant à l'amélioration ou au maintien de la qualité de vie familiale. À l'époque où l'économie de subsistance déterminait la culture du travail, l'entraide généralisée était la forme pratique de réciprocité (Anspach, 2002), de l'engagement et de la redevance envers les parents, la famille, les amis et les voisins. Généralement, cette aide de première main est donnée de manière informelle et de cette façon s'établit l'entraide familiale et extrafamiliale constituant le réseau. Ces pratiques sont souvent évoquées avec fierté et éloquence dans les discours et les représentations de la vie rurale, et le milieu local fournit des données historiques nous aidant à comprendre certaines caractéristiques culturelles pouvant être liées à des critères définissant une qualité de vie ayant déterminé la prévalence de certaines pathologies locales. Ainsi, Constance, 74 ans, matriarche de la Famille Poitras, évoque l'entraide sur la ferme familiale en disant :

Je me disais en ayant plusieurs petits, ils peuvent aider (...) les hommes étaient des pourvoyeurs, puis les femmes restaient à la maison (...) on aurait dit que j'étais une maman qui s'occupait pas de ses enfants parce qu'ils avaient toujours des accidents sur la ferme (...) il y a eu des accidents du premier au dernier enfant.

Tout en indiquant que le travail des enfants était un acquis important pour le fonctionnement des familles d'agriculteurs, ces paroles confirment le niveau de risque pour la santé lié à ce mode de vie. Si la qualité de vie et l'autonomie familiale étaient prioritaires, leurs critères étaient actualisés par un éthos basé sur l'entraide qui n'était pas sans comporter d'effets collatéraux en dommages physiques. Sur ce plan, parmi les filles et garçons de la région ayant participé régulièrement aux durs travaux de la ferme, nombreux sont ceux qui aujourd'hui souffrent de problèmes musculaires, articulaires et squelettiques auxquels la prévalence régionale de ce type de pathologie serait liée (voir tableau 1, page 45, Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001). On peut comprendre qu'en période de croissance, soumettre le corps à de telles exigences physiques a comme résultat un vieillissement précoce de l'appareil musculo-squelettique et nous fait constater que les usages du corps sont déterminés par les facteurs culturels, sociaux et économiques liés au contexte historique du milieu (Fassin, 1996). Ainsi, si on considère les pratiques locales comme les expressions de comportements adaptatifs répondant aux contraintes et aux possibilités du milieu, on peut dire que dans cette région agro-forestière, la culture familiale du travail, de l'entraide et de l'autonomie sont des facteurs qui dans un premier temps ont déterminé la qualité de vie familiale et collective, dans un deuxième temps influencé le niveau de scolarité, et dans un troisième temps, produit des effets au niveau phénotypique.

6.1.2 L'ÉCHANGE COMME MODE DE COHÉSION SOCIALE

La vie humaine est plus que tout une longue histoire de relations entre individus, entre individus et groupes et entre groupes, et chacun pour soi tout au long de nos vies nous sommes obligés à la négociation, soumis que nous sommes à la loi de la réciprocité formulée par Mauss (1950). La loi de réciprocité engage trois obligations régissant nos interactions sociales : donner, recevoir et rendre. Les transactions et les dialogues que nous actualisons quotidiennement dans nos échanges matériels ou symboliques sont des pratiques orientées vers la satisfaction des besoins ainsi que des actes identitaires motivés

par notre besoin de prendre place au sein de la société. La valeur hautement symbolique donnée à la relation d'échange fait partie des mœurs, elle est ancrée dans la culture locale parce qu'elle répond à un besoin de développement personnel et communautaire d'adaptation aux conditions de l'environnement. Or, cette chaîne symbolique voit sa solidité renforcée par la solidarité produisant à son tour une cohésion sociale inférant un sentiment de confiance qui semble participer au maintien de la santé parce que les déterminants sociaux de la santé et les questions d'inégalité et de clivages sociaux semblent liés au phénomène de la cohésion sociale (Bouchard, 2009). En région rurale, l'engagement bénévole fait partie intégrante du fonctionnement communautaire et participe significativement d'une part, à améliorer la qualité de vie et la santé des plus défavorisés et d'autre part, à favoriser des actions dirigées vers la cohésion sociale et l'amélioration de la qualité de vie de la collectivité. En effet, 40,6 % des habitants de la région consacrent de quelques heures à plus de cinq heures par semaine à aider une personne âgée de leur entourage (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001). Ces données sont significatives parce qu'elles démontrent une différence de 8,7 % avec la moyenne provinciale et de 9,8 % avec l'Outaouais urbain. Le concept de l'échange est ici abordé comme une caractéristique culturelle d'abord parce qu'il émane d'une idéologie axée sur la réciprocité informelle et structurée au sein d'organisations sociales faisant office d'institutions locales, ensuite parce qu'il constitue une adaptation originale aux besoins du milieu et donc à la signification du lieu. Constance, 74 ans et mère de Lysanne, parle ainsi de son expérience bénévole au sein de sa communauté;

J'ai été bénévole (...) ça m'apportait beaucoup. C'est une richesse d'apporter aux autres (...) c'est donner de son temps (...) On échange, c'est impossible de donner sans avoir de retour (...) les autres procurent leur façon de penser, de vivre (...) dans les villages, tu connais tout le monde, si tu as besoin de quelque chose tu le dis, les gens sont toujours disponibles (...) avec la communauté, tout le monde se donnent une chance (...) C'est naturel. C'est dans toi ça.

Constance démontre qu'elle construit le sens de l'échange et de l'action bénévole sur sa confiance en la réciprocité. Elle exprime bien la loi du retour par le plaisir qu'elle retire de cette pratique comme des actes inclus dans une chaîne d'échanges sans fin qui ne peut qu'exister dans un esprit de tolérance et d'ouverture nécessaire pour accueillir l'Autre avec sa différence et ses besoins. Il y a dans ces paroles un profond humanisme qui justement

donne confiance en indiquant le caractère *naturellement* rural de ces comportements sociaux. Ainsi, une bonne part de la signification de la vie rurale passe par la symbolique de l'échange rattachée au temps consacré aux rapports sociaux. Dans le même sens, Lysanne, 53 ans, est convaincue que l'attention qu'elle apporte aux personnes âgées contribue au maintien de leur santé et participe même à la sienne en indiquant que *Ça a aidé à la santé (...) c'était aider ta place, grandir ensemble (...) ça m'apporte comme une paix*. On retrouve dans ce *grandir ensemble* l'organicité évoquée par Dumont (1966) dans son explication du holisme social, un tout organique où chacune des parties contribue à la construction de la qualité de vie par des liens d'interdépendances continues où la cohésion du corps social influence la santé des individus par sa réflexion sur le soi. Amédée, 55 ans et riche commerçant, parle avec sensibilité de solidarité, de générosité et du bien commun en reconnaissant l'altérité et la place de l'Autre au sein de sa communauté :

J'ai été sensibilisé sur un paquet de choses comme ça de la vie, du partage (...) je vais donner beaucoup (...) le petit parc pour les enfants, ils savent que s'il a besoin de réparations je vais payer (...) juste une vieille madame qui te dit bonjour, de la jaser pendant deux minutes, ça t'a enlevé quoi? (...) dire à une madame qui a pas de revenu qu'elle aille se servir un café, ça coûte quoi ça? C'est tout des petits bonheurs que tu peux donner dans une journée.

Il souligne qu'échange et solidarité ne se limitent pas à une question financière en démontrant la nature de sa sociabilité par une parole empathique et compatissante lui permettant de tisser des liens signifiants avec les habitants de son village. Dans ce sens, la signification de la vie rurale et ses représentations se structurent non pas au travers des nouvelles technologies de la communication (NTC) mais bien plus par la diffusion d'un discours quotidien chargé des signifiants locaux et reliés à un sens commun vécu par les gens et définissant implicitement les critères d'une qualité de vie. Plus pragmatique, Martin, son fils de 27 ans, s'exprime sur l'échange en évoquant la dynamique du donnant-donnant dans laquelle les interlocuteurs d'une relation d'échange se retrouvent autour d'intérêts partagés, mais ses mots évoquent mieux encore l'importance de la réflexivité du soi au niveau social et ses effets ressentis au niveau de la santé, *Quelqu'un qui va t'apprécier, bien tu vas l'apprécier toi aussi. Il va t'aider, tu vas chercher à l'aider aussi. C'est sûr que ça rend en meilleure santé (...) la santé mentale va être meilleure.*

Michel, 57 ans, fils d'Albert, 93 ans, souligne le lien entre engagement social et santé par ses paroles évocatrices *mon père s'est beaucoup impliqué, c'est ça qui fait marcher son système*, et Albert qui est membre de quatre conseils d'administration renchérit que ses activités sociales gardent son cerveau en forme en présumant que cela l'aide à prévenir la maladie d'Alzheimer. En disant *si je fais rien, tu fais rien*, Albert souligne que si l'engagement est important entre interlocuteurs, il l'est encore plus pour la communauté parce qu'il favorise et développe le contrôle des citoyens sur leur milieu indiquant que les besoins motivent des stratégies ayant pour but l'amélioration de la qualité de vie dont bénéficient chaque membre de la collectivité. En donnant comme exemples la construction du gymnase, de la bibliothèque municipale et l'embellissement du village, il indique que les réseaux sociaux créent un capital culturel et symbolique axé sur des besoins collectifs et dont la réalisation améliore la qualité de vie de la communauté.

De cette question de réciprocité sociale et ses rapports avec la qualité de vie, on retient que le sens commun exprimé par les participants démontre que l'échange et la solidarité sont des valeurs culturelles représentant la courroie de transmission d'une cohésion sociale déterminant la qualité de vie d'une communauté et ayant des effets sur la santé individuelle. Quelle que soit sa nature, si la chaîne d'échanges est interrompue ou brisée, le rapport de l'individu avec le champ social est modifié dans sa structure tout comme dans son fonctionnement. L'altération des rapports de réciprocité exerce donc une influence sur l'expression de la dynamique identitaire des individus au sein du social en créant l'altérité parce que « l'association est un lieu où se jouent des processus identitaires (...) elle est insertion au sein d'un collectif, insertion d'autant plus importante qu'elle est à la fois interactionnelle et sociale » (Vermeersch, 2009: 78) et dont les effets se traduisent en qualité de vie et en bénéfices pour la santé (Seyle, 1974, Bouchard, 2009). De plus, les statistiques démontrent « qu'un faible niveau de soutien social est associé à une plus grande détresse psychologique et à une fréquence plus élevée des idées suicidaires » (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001 : f-25). Les taux de suicide étant très élevés chez les gens ayant plus de 60 ans, (+/-20%), il y a peut être ici une explication au taux de suicide élevé chez les femmes de la région me permettant d'avancer l'hypothèse suivante : le niveau d'entraide étant à son plus haut niveau chez les femmes de la région avec 24%,

l'exclusion sociale de l'une d'entre elles, l'isolement et l'ostracisme prolongé peuvent être ressentis assez vivement pour pousser les plus vulnérables à commettre l'acte irréversible.

De la naissance jusqu'à la mort, tous négocient leurs besoins, en définitive rien de moins qu'une vie de qualité au sein du monde social, et le capital culturel constitué d'idéologies et de pratiques structure le fonctionnement social et ses qualités autour d'un sens commun défini par les besoins des gens du milieu. Dans cette optique holistique, il ne peut y avoir de capitalisation de quelque type que ce soit sans que chacun des capitaux soit activé dans un contexte de relation constituant un système d'interdépendance et ainsi « si le capital est intrinsèque à l'individu, il est aussi un attribut collectif, parce qu'il ne peut être utilisé qu'en relation avec les autres » (Frohlich & al, 2009 : 176). De ce dernier point, on comprend plus facilement comment le corps individué peut être consubstantiel au corps social dont la qualité est tributaire des attributs collectifs.

6.2 CULTURE ALIMENTAIRE, SÉCURITÉ ET AUTONOMIE

Les quarante dernières années ont vu la culture alimentaire québécoise se développer dans une diversité impressionnante. Aujourd'hui, nous mangeons des aliments et des mets impensables il y a cinquante ans et Constance, 74 ans, mère de huit enfants, en témoigne, *Dans notre temps, il y a des affaires qu'on cuisinait pas de la façon d'aujourd'hui. Il y a tellement de produits maintenant.* Ainsi, l'offre pour garnir nos tables de victuailles s'est multipliée en réponse aux besoins grandissants d'une population en quête de nouveauté et de qualité alimentaire. Sur ce plan et dans une perspective de qualité alimentaire liée à la santé, le Guide Canadien de l'Alimentation ainsi que les campagnes de prévention contre les maladies cardio-vasculaires organisées par le Département de santé publique du Québec ont contribué à conscientiser et éduquer le public à de meilleures habitudes en matière d'équilibre nutritionnel. Dans l'ensemble, ces changements dans la culture alimentaire ont été pour le mieux puisque après deux décennies de programmes de prévention, les statistiques ont démontré une nette régression des maladies coronariennes et cardio-vasculaires chez les Québécois (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001). Toutefois, si cette amélioration des habitudes alimentaires résulte d'un métissage culturel et des campagnes de prévention, actuellement ces habitudes semblent beaucoup plus

influencées par un mode de vie lié au revenu et son corollaire, le style de consommation. Cela dit, les instances de la santé publique ne réduisent plus les effets d'une mauvaise alimentation uniquement au niveau de la santé individuelle puisque qualité et sécurité alimentaire sont maintenant considérées comme indicatrices du niveau de santé globalement lié au niveau de vie et donc les indicatrices principales de la santé familiale (Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire, 2008). Malgré cela, la sécurité alimentaire réclamée par les instances communautaires n'est pas accessible à tous, simplement parce que la qualité et la variété en matière de nourriture coûtent souvent très cher car,

« L'atteinte de l'objectif d'une saine alimentation pour tous est tributaire de plusieurs facteurs, dont le pouvoir d'achat des individus ainsi que la disponibilité et l'accessibilité d'aliments sains. La sécurité alimentaire de la population se traduit notamment par un accès à des aliments sains à coût raisonnable » (Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire, 2008 : 13).

Ainsi, si beaucoup de Québécoises et de Québécois ont vu leur assiette se bonifier en qualité et en quantité, on ne peut prétendre que l'accessibilité à la sécurité alimentaire se soit démocratisée. Les données du Département de santé publique (DSP) stipulent que « les personnes les moins scolarisées sont proportionnellement moins nombreuses à se déclarer en excellente, en très bonne ou en bonne santé » (Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998, 2001 : f-12). Ainsi, à la question demandant comment ils comparent leur niveau de santé avec les personnes du même âge, Marius, 34 ans et Juliette, 28 ans, parents de trois enfants en bas âge, répondent qu'ils sont en moins bonne santé et attribuent cette situation au fait de ne pouvoir se procurer la même qualité de nourriture parce que *le manque d'argent c'est la première des choses, sans argent tout rentre en ligne de compte, au lieu d'acheter un rôti à vingt-cinq dollars on achète un à dix, on mange moins (...) parce qu'on peut pas acheter du bon manger on mange moins santé*, confirmant ainsi que « 47,9% des ménages prestataires de la sécurité du revenu vivent en situation d'insécurité alimentaire » (Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire, 2008: 16). Tous deux sont conscients de l'importance d'une saine alimentation, mais ils optent pour des repas rapides préparés à la maison uniquement parce qu'ils sont moins coûteux. L'année durant, une alimentation rapide et frugale constitue le menu de base tandis que les repas complets et

plus élaborés sont réservés aux occasions spéciales à une fréquence de deux fois par mois. Ce type de menu répond à peine aux besoins alimentaires de base parce que le niveau calorique de cette alimentation riche en glucides, en lipides, en sodium et en glucose, et pauvre en protéines est typique d'un déséquilibre nutritionnel favorisant le développement du diabète. Contrairement aux préjugés courants sur la prévalence de cette maladie, le cas de Marius indique que son diabète n'est pas la conséquence d'une consommation excessive de desserts archi-sucrés ou d'alcool simplement parce qu'il n'en consomme pas. Ainsi les recherches en épigénétique menées par Reik (2007) pourraient être mises en lien avec le cas de Marius et de ses parents. Notamment, une période de malnutrition locale prolongée subie par certains groupes familiaux à cause des grands feux du siècle dernier aurait pu s'inscrire dans la phylogénèse par l'héritabilité des arrières grands-parents paternels. Malgré que ni l'histoire locale écrite, ni les données épidémiologiques sur la prévalence régionale de la maladie n'indiquent un lien, l'histoire des nombreuses famines vécues par les peuples autochtones et la prévalence du diabète dans les réserves amérindiennes (Roy, 1999; Waldram, 1996; Shephard, 1996) nous donnent des exemples comparables suscitant le questionnement. L'hypothèse proposée par Reik nous laisse donc présumer que dans certains cas cette maladie pourrait être la conséquence trans-générationnelle d'une *malbouffe* résultant d'une alimentation déséquilibrée et dévitalisée causée par la famine et le manque de ressources financières. Même si elle ne peut être étayée par des faits et des données probantes, à tout le moins cette présomption représente une piste de recherche intéressante sur les causes génétiques et environnementales du diabète.

Toutefois, à défaut de qualité et de sécurité alimentaire, les plus démunis s'organisent autrement pour mieux manger. Autonomie et sécurité alimentaire ne sont pas des faits nouveaux car elles représentent une caractéristique culturelle historique inscrite dans les pratiques locales puisque les personnes vivant dans la pauvreté sont particulièrement créatives pour gérer leurs ressources (Power, 2005). Jusqu'au milieu du siècle dernier, l'autonomie alimentaire des familles rurales québécoises était une condition à l'équilibre nutritionnel et budgétaire des familles. Encore de nos jours, beaucoup de familles rurales réussissent à combler les carences budgétaires en consommant ce qu'elles produisent sur place, que ce soit par le jardinage, la cueillette de petits fruits sauvages ou de petits élevages de volaille, de porc ou de bœuf. Il est relativement fréquent de voir ces pratiques

suppléer aux besoins alimentaires d'une famille et Dre Solange, omnipraticienne au CLSC, confirme que le mode de vie local joue pour beaucoup sur l'alimentation car *les gens chassent, pêchent, jardinent et cueillent des petits fruits cultivés ou sauvages*. Des trois familles rencontrées, celle de Marius et Juliette est la seule qui fait un usage extensif des produits de la terre, Marius chasse le petit et le gros gibier afin de fournir une viande de qualité à sa famille et du printemps à l'automne Juliette cueille les petits fruits sauvages, cultive un grand jardin de légumes et dès que celui-ci est productif elle *canne* ses récoltes, fait des marinades, des relish et des confitures avec tout ce qui est possible de conserver en pot ou en congélation. Au sujet de cette qualité alimentaire, Juliette et Marius soulignent que *quand on fait notre nourriture nous-mêmes, on sait ce qu'on mange, c'est plus frais, la viande sauvage est tendre... est pas grasse*, et ils rajoutent que même avec de meilleurs revenus, ils feraient un plus gros jardin et qu'ils élèveraient sûrement des veaux pour garantir la qualité de leur alimentation. Dans un autre registre de qualité et de sécurité alimentaire, Amédée, 55 ans, issu d'une famille très à l'aise et père de famille, se rappelle des repas familiaux;

Mes parents, ils avaient un gros jardin, on mangeait beaucoup de légumes chez nous (...) on était sur la terre (...) on allait ramasser des bleuets, des fraises, des framboises (...) ma famille, c'est des gens qui se nourrissent très bien (...) fait que j'ai toujours beaucoup de légumes sur la table chez nous.

Quoique les familles n'expriment pas toutes le même besoin de jardiner, cette réponse indique que la sécurité alimentaire n'est pas le seul motif pour cultiver un jardin puisque beaucoup de familles rurales de différents niveaux économiques aiment jardiner simplement par plaisir de récolter le produit de leur travail de la terre et surtout pour manger des aliments frais et sains. Ainsi, ces pratiques qu'on associe plus souvent à la précarité du capital économique caractérisent une forme appréciable de capital culturel faisant certainement varier favorablement l'indice de santé et la perception d'une vie de qualité rendue possible par le milieu local.

6.3 QUALITÉ DE VIE ET CORPS SOCIAL

En introduction de cette recherche, nous avons vu que la notion de qualité de vie se décline en multiples subjectivités et le commentaire de Denise, cadre supérieure au CLSC, ramène la définition à sa question pragmatique *est-ce que la qualité de vie c'est la vie que moi je mène?* indiquant que la perception et la définition de la qualité de vie relèvent de critères personnels qui se définissent à partir d'une échelle de valeurs orientée sur la satisfaction des besoins. Elle rajoute que les gens de la Petite Nation sont moins défavorisés que les statistiques prétendent parce qu'elles ne tiennent pas compte du rôle et de l'effet des réseaux sociaux, de la dynamique culturelle locale, de la qualité de l'environnement en termes d'air, d'eau, d'espace et de bruit combinés à l'omniprésence de la nature. Ces indicateurs silencieux contribuent directement à améliorer les conditions générales de vie et conséquemment la qualité de vie d'une population et sa santé. Dre Maryse, omnipraticienne, reconnaît que la notion de qualité de vie est une question de culture personnelle liée à l'éducation sur les connaissances de la vie et les savoirs faire transmis d'une génération à l'autre. Cependant, elle souligne que le principal déterminant de la qualité de vie, de l'espérance de vie et de la santé ne peut être lié uniquement au revenu parce que les notions de qualité et de santé sont d'emblée soumises à la variabilité des définitions qui les soutiennent et qu'il y a trop de facteurs physiques et diachroniques qui interagissent et influencent ladite qualité. Dans ce sens, la notion de qualité de vie est elle-même soumise à un processus d'interactions entre les représentations portant sur le milieu écologique, social, économique et culturel dont la dynamique est constamment en changement et donc évolutive d'une génération à l'autre.

Philippe, ex-cadre supérieur de CLSC, fait écho aux propos de Denise en soutenant que trois facteurs non reconnus participent à modérer significativement les effets négatifs d'un environnement économique précaire en améliorant la qualité de vie et la santé collective. Ces facteurs sont : premièrement; le facteur identitaire et symbolique s'actualisant autant au niveau biologique et social, que culturel et économique, deuxièmement; le type de relation que les gens entretiennent avec la nature soutenue par certaines traditions et troisièmement; le dynamisme des réseaux sociaux de la parenté et des organisations communautaires. Nous avons ici l'identité à la base d'un concept biologique, social, économique et culturel s'arrimant dans un milieu caractérisé par des pratiques liées

au territoire constituant une culture diffusée au sein de réseaux sociaux. On retrouve ici le schéma d'une dynamique d'enchaînement s'inscrivant comme suit : **milieu familial & identité → individu & identité → réseaux sociaux diffusant culture & identités → milieu local & identité culturelle**. Quoique phrasé de manière linéaire, ce schéma représente un concept de circularité où la famille est l'entité identitaire procurant la base des attributs biologiques, sociaux, culturels et économiques adaptés d'une génération à l'autre et récréé par les descendants dont les pratiques et les identités liées au territoire se diffusent au sein de réseaux sociaux étendus constituant la culture locale. En substance, nous retrouvons tous les ingrédients d'une circularité inhérente au concept d'organicité sociale qui semble implicitement représenter l'icône de la société rurale.

Cet aspect est fondamental pour la compréhension des dynamiques sociétales qui structurent et optimisent la fonctionnalité des groupes se différenciant par des pratiques contribuant à la cohésion communautaire. En cela les groupes ruraux diffèrent substantiellement des groupes urbains par une symbolique inhérente aux rapports sociaux s'établissant en lien avec le territoire et se réfléchissant dans la qualité de vie. De cette manière, le corps social serait le miroir d'une vie de qualité en lien avec les conditions du territoire et dont la prévalence de maladies au niveau populationnel serait l'expression tant de ses pratiques que des processus d'aliénation.

6.3.1 REPRÉSENTATIONS DE LA QUALITÉ DE VIE ET SATISFACTION DES BESOINS

À la question les enjoignant à définir qu'est-ce que la qualité de vie, les participants des familles répondent tous en représentant inconsciemment les besoins qu'ils cherchent à satisfaire. Ainsi, leur évaluation, leur perception et leur projection d'une vie de qualité dépendent dans une certaine mesure de leur capacité perçue à réaliser ces besoins dans un court, moyen ou long terme. Leur perception est donc à la fois déterminée par la position qu'ils occupent dans l'échelle sociale et aussi dans quelle mesure ils réussissent à satisfaire leurs besoins par le mode de vie qu'ils mènent. Marius, 34 ans et Juliette, 28 ans parlent de qualité de vie en ces termes : *La première des choses c'est la santé, quand tu es en santé tu as une bonne qualité de vie, en deuxième quand tu as l'amour tu as la confiance en l'autre ça apporte le bonheur, en troisième c'est l'argent*. Cet énoncé exprime trois niveaux différents de valeurs reliées aux trois premiers niveaux de besoins fondamentaux. Le

premier commentaire priorise la santé comme critère principal de la qualité de vie nous faisant présumer que la maladie chronique conscientise Marius et Juliette à la valeur que représente la santé pour ce qu'elle permet de faire et d'être, dans ce sens leur définition de la qualité de vie est d'abord liée à la perception d'autonomie. Le deuxième commentaire place l'aspect social de l'amour et de la confiance en l'Autre au centre de la représentation d'une vie de qualité, qui selon leur discours général se prolonge au-delà du couple pour s'étendre à la communauté. Leur troisième commentaire suggérant l'aspect financier nous indique que ce capital fait partie d'une trilogie qualitative de la vie divisée entre capital biologique, social et économique.

Lysanne, 53 ans, se rapproche de cette vision en suggérant qu'*une qualité de vie c'est être en santé (...) avoir de l'emploi puis d'être capable de le faire (...) d'être capable de fonctionner, d'être autonome.* À nouveau on retrouve la notion qualité de vie liée à la santé, elle-même liée au concept d'autonomie dont la réalisation dépend de l'exercice d'un emploi. Lysanne exprime ainsi des valeurs orientées vers des besoins dont la satisfaction participe à définir ses critères d'une vie de qualité. La ligne directrice demeure que pour elle la stabilité de sa santé détermine son autonomie et son revenu et que cela représente sa perception d'une qualité de vie basée sur les deux premiers niveaux de l'échelle des besoins fondamentaux. Antoine, 30 ans, fils aîné de Lysanne et Amédée, parle ainsi de sa perception d'une vie de qualité;

C'est avoir le temps de faire ce qu'on aime (...) les facteurs les plus importants? La stabilité, un poste, une maison, une relation stable, déjà il y a un niveau de stress diminué de beaucoup (...) la stabilité de base qui me sécurise émotionnellement est reliée directement à ma santé.

Si *faire ce qu'on aime* suggère le besoin de créativité et d'épanouissement personnel, la *stabilité* matérielle et affective représente ici un préalable pour leur réalisation, on retrouve donc les éléments répondant à la satisfaction des besoins des niveaux deux à quatre. Puisque son commentaire suggère que l'instabilité des conditions de vie cause une pression adaptative ayant des effets anxiogènes représentant un risque plus élevé pour la santé, l'emphase mise sur la sécurisation des acquis dénote l'influence positive de la sécurité sur les capacités d'adaptation et par extension le niveau de santé. L'importance accordée à ce besoin de stabilité ne serait-elle pas la réminiscence d'un passé en voie d'intégration compensant une enfance instable vécue dans le contexte de la séparation parentale? Dans ce

cas, son discours laisse présumer que ses valeurs semblent compenser la douleur causée par les carences dans la satisfaction des besoins de base de l'enfant.

Pauline, 88 ans, et Albert, 93 ans, parents de dix enfants, attribuent leur qualité de vie à *la santé premièrement (...) on a pas eu de grosses malchances, les enfants ont pas été malades (...)* et Albert rajoute, *Quand tu travailles, tu travailles (...) tu essaies d'en avoir pour demain puis après demain. Tu penses rien qu'à ça. Tu penses pas à toutes sortes de choses.* Leur explication tient d'une perception directement liée aux principales représentations de leur vie articulant trois facteurs récurrents dans leur discours; leur santé et celle de leurs enfants, la chance et le travail. Cet énoncé place à nouveau la santé comme premier critère d'une vie de qualité mais en la liant aussi à la santé de leurs enfants, soulignant que la chance les a épargnés de la maladie chronique qui au sein de la famille aurait influencé la qualité de vie des aidants naturels. En deuxième lieu, la représentation du travail infère le sentiment d'une sécurité à la fois matérielle et psychique, car tout au long de l'entrevue, le concept du travail exprimé par Albert et Pauline figure comme un leitmotiv rappelant que c'est la valeur principale qui contribua à créer une qualité de vie basée sur l'autonomie. Celle-ci leur aurait permis de satisfaire l'ensemble des cinq niveaux de besoins fondamentaux en focalisant sur des objectifs précis et réalisables s'inscrivant dans une vision à long terme. Cependant, cette notion de qualité de vie centrée sur le travail se retrouve confrontée au mode de vie moderne lorsque Doris dénote un bémol associé à la culture actuelle du travail en indiquant :

J'aimerais rajouter plus d'heures dans une journée (...) je pourrais faire plus de choses que j'aimerais faire (...) C'est pas évident là! il y a des obligations... le travail prend plus de place aujourd'hui (...) c'est go-go-go, c'est toujours du rattrapage, ça change nos habitudes pour la santé (...) et plus tard, l'amour, c'est en premier lieu (...) si t'es pas aimé y'a rien qui marche (...) les enfants qui se sentent pas aimés c'est l'enfer (...) si tu te sens aimé et respecté dans ce que tu es, dans ce que tu veux, pourquoi ça irait pas bien? (...) tu as besoin d'un travail que tu aimes aussi.

Sa perception d'une vie de qualité fait le tour de la question en termes de satisfaction des besoins fondamentaux exprimés en quatre mots; *amour, respect, travail, et temps*. Ainsi, sa définition priorise l'aspect social par l'expérience de l'amour, du travail et par le respect de l'Autre et de ses besoins au sein du couple et de la famille. Cependant, ces qualités se

trouvent amenuisées par le niveau de stress et d'adaptation entraîné par la culture actuelle du travail soustrayant le facteur temps, un élément fondamental pour la réalisation du soi et la construction de significations liées à la satisfaction des cinq niveaux de besoins fondamentaux. Son commentaire indique que le stress d'adaptation lié à la cadence et la productivité au travail a changé la hiérarchie et la satisfaction des besoins en laissant moins de temps pour pratiquer de bonnes habitudes orientées sur la santé et les loisirs. Elle suggère donc que les conditions de vie augmentent le risque de maladie en faisant fi de stratégies contribuant à améliorer les capacités d'adaptation. Ainsi, sa perception de satisfaction de vie infère qu'aujourd'hui la qualité de vie semble inversement proportionnelle au temps consacré au travail et que l'équilibre entre obligations matérielles et considérations temporelles dépend d'une vision des priorités des besoins soumis à la question du temps. La pression exercée sur les familles pour s'adapter au mode de vie actuel basé sur des valeurs essentiellement matérielles emprunte sans cesse du temps social et de l'argent pour satisfaire simultanément tous les niveaux de besoins sociaux, personnels, d'estime et d'accomplissements personnels avec ou sans les moyens pour les satisfaire tous. Ainsi, cette quête de qualité de vie basée sur le *vivre pleinement, ici et maintenant* n'est pas sans créer un niveau d'insécurité et de détresse élevé où l'échec dans la satisfaction des besoins produit une anxiété récurrente hypothéquant la santé.

6.3.2 LES REPRÉSENTATIONS IMPLICITES DE LA QUALITÉ DE VIE

Les définitions de la qualité de vie qu'on vient d'aborder sont l'expression de perceptions répondant à une question directe sur le sujet, elles relèvent donc d'un processus cognitif entraînant une conceptualisation consciente des besoins, de leur satisfaction et de leur projection dans le temps. Par contre, lorsqu'on aborde le sujet de la vie rurale et de ses pratiques caractéristiques sans soulever la question de qualité de vie, les participants parlent spontanément de leur univers symbolique et des significations liées à leur mode de vie. Sur ce plan, il y a donc un deuxième niveau de représentations qui s'insèrent et viennent corroborer le sens commun exprimé dans les discours dont les représentations identitaires sont structurées par une opposition aux signifiants de l'altérité urbaine. Les représentations qui suivent et les pratiques qu'elles indiquent font donc partie des acquis culturels locaux implicitement intégrés dans le système de sens référentiel du milieu rural représentant un

modèle propre à satisfaire des besoins fondamentaux que le milieu urbain, en opposition à la ruralité ne semble pas en mesure de rencontrer.

6.3.3 COMMUNICATION ET CAPITAL SYMBOLIQUE

Ici tout'l'monde se connaît et se rencontre dans les places publiques... et ça jase... c'est dans les mœurs, raconte Denise. Si ses paroles nous indiquent la proximité des liens caractérisant le tissu social, elles soulignent aussi que la communication domine les échanges et constitue en soi le fondement de la culture tel que Boas (1916) l'entendait. En région, les relations sociales ne sont pas faites que de transactions économiques parce qu'en réalité les gens échangent beaucoup plus de paroles que d'argent. Cela représente un acte culturel récurrent constituant une sorte de rituel dialogique de mise en commun basé sur l'échange verbal dans lequel se passe un message bâtissant une signification commune. Dans ce sens « Le langage prolonge l'expérience dans le temps et dans l'espace. » (Hall, 1971: 16). À ce sujet, Antoine, 30 ans, fils aîné de Lysanne et Amédée, parle de sa vie passée à la campagne avec nostalgie;

En campagne, on va se promener sur la rue, les gens vont dire bonjour quand on va les croiser. Ici, on va dire bonjour sur la rue, « tu es qui toi? qu'est-ce que tu veux me vendre? qu'est-ce que tu m'achales », ils ont l'impression de se faire agresser si on ose leur dire bonjour sur la rue (...) au niveau de la campagne, c'est du donnant-donnant, tout le monde se parle, tout le monde parle à leurs voisins. Alors qu'en ville, on est plus individualiste (...) c'est vraiment plus une question de proximité à la campagne et de disponibilité des gens.

Les paroles d'Antoine révèlent quelques éléments intéressants expliquant cette différence culturelle entre ruraux et citadins. Premièrement, les ruraux ne ressentent pas la convention sociale de la salutation comme une agression ou une intrusion. Deuxièmement, si dire bonjour peut paraître un banal échange de convenances, la parole liée au geste ouvre cependant la porte à un niveau d'échange informel plus intime, à un contact de proximité et un tissage de liens permettant l'accès à un réseau social élargi. À la campagne, les gens prennent le temps de jaser et en disant que c'est *donnant-donnant*, Antoine indique que la *jasette* se vit vraiment sur la base d'un échange, ainsi si ça fait du bien à l'autre ça doit bien en faire à moi aussi? Il y a un consentement mutuel implicite où les interlocuteurs sont des

acteurs gagnants dans la construction d'un capital symbolique et social qui, participant à la définition de leur identité individuelle, participe aussi à construire l'identité collective. Finalement, en se référant au milieu urbain comme d'un monde caractérisé par l'individualisme et la peur de l'Autre, il souligne que l'urbanité représente une rupture avec l'organicité du monde rural où individualité et socialisation ne s'opposent pas dans un clivage catégoriel d'âge, de classes sociales, de quartiers ou de professions. À cela, Hall répond «La peur survenant dans un milieu surpeuplé engendre inévitablement la panique (...) dès que les individus commencent à s'inspirer la crainte, ce sentiment fait resurgir la réaction de fuite et crée un besoin explosif d'espace » (Hall, 1971: 228). La ruralité se définit donc, au moins en partie, au travers des « relations sémantiques d'opposition symbolique » (Oriol, 1979: 21) et toute cette dynamique semble créer un climat de confiance mutuelle conférant un sentiment de sécurité partagée par le groupe où « les relations sociales (...) sont reconnues pour jouer un rôle potentiellement protecteur contre les effets néfastes des stressseurs de l'environnement social et pôle positif d'adaptation, de solidarité et d'intégration sociale » (Bouchard, 2009: 187). Ce que ces discours indiquent, c'est que ce qui domine dans la dynamique de la vie rurale s'appuie sur la symbolique des rapports d'appartenance des gens au milieu social (Oriol, 1979), et comment ils se représentent l'environnement dans lequel s'inscrit leur réalité, quelle en est la signification et ce qu'ils y investissent en temps, en énergie, en argent et en pratiques (De Koninck, 2009).

6.3.4 ESPACE ET SOCIÉTÉ : UNE RELATION SYMBOLIQUE

En raison des clichés qui circulent au sujet de la vie rurale, d'emblée on peut reconnaître l'attrait que suscite le milieu. Ici, le rythme et la beauté de la nature s'imposent dans tous les aspects de la vie et produisent des comportements récurrents qu'on peut relier à une culture typiquement rurale. Mais au-delà de la qualité du milieu naturel et des images stéréotypées qu'il véhicule, il y a les gens et la relation qu'ils entretiennent avec une nature partout présente déterminant des pratiques qui semblent exercer une influence importante sur la santé. Dre Maryse, omnipraticienne auprès d'adolescents en milieu urbain, souligne, *ici les gens sont moins dénaturés* parce que leur existence se passe près de la nature et ce n'est pas seulement le fait de vivre dans un environnement naturel mais surtout le fait d'être jusqu'à un certain point régi par les lois de la nature. Ainsi, les événements rassembleurs de

même que l'exploitation des ressources naturelles sont rythmés par des rituels saisonniers marqués par des changements de pratiques et de comportements intimement liés au milieu écologique. L'année est donc constituée de temps différents marqués par des rituels sociaux se déroulant de la première coulée de sève d'érable et le temps des sucres où beaucoup de familles se réunissent autour de la bouillotte pour déguster un repas traditionnel, jusqu'au temps de la chasse qui représente une période très importante pour les familles qui consacrent à la fois l'adresse des chasseurs et l'abondance de bonne viande sauvage. Dans beaucoup de situations de la vie rurale, les pratiques liées à la nature sont évidentes et concrètes, et ces rapports révèlent une symbolique identitaire forte dont les représentations sont très significatives dans l'imaginaire populaire local.

Lorsque je demandai à Marius et Juliette, chasseurs et cueilleurs modernes, quel aspect de leur mode de vie contribuait le mieux à leur santé, spontanément Marius répondit être très motivé par la chasse affirmant que ses marches dans la nature sont nécessaires pour lui parce que, *c'est calme, ça aide mon mental, et pis mon moral*. Juliette rajoute que *l'air de la campagne est meilleur (...) on peut faire des feux de camp avec nos amis, nos parents (...) c'est calme (...) on entend le ruisseau, les chants d'oiseaux, les grenouilles*. En premier lieu, les paroles de Marius indiquent clairement l'influence que le milieu naturel exerce sur sa santé en tant qu'espace de vie dont le sens est lié au territoire. Le commentaire plus hédoniste de Juliette démontre comment le milieu détermine un type de socialisation non seulement basée sur la « reproduction de relations établies » et « indispensable à l'existence du groupe » (Bourdieu, 1980 : 191) mais qu'elle se fonde aussi sur un type d'occupation de l'espace caractérisé par une relation particulière avec le territoire et participant à la construction identitaire. À ce sujet, Philippe, ex cadre supérieur de CLSC, souligne que la culture locale est en relation directe avec le territoire et sa géographie et que cet aspect physique a contribué significativement à construire l'identité culturelle et sociale du milieu inférant une vie de qualité. Dre Maryse, omnipraticienne, souligne que l'agriculture et la foresterie pratiquées de façon extensive par plusieurs générations d'habitants ont contribué à déterminer l'ensemble des pratiques sociales, culturelles et économiques par cette relation étroite avec la terre. Ce rapport caractéristique entre l'humain et la nature (Augé, 1994) participe donc à l'identité collective et constitue sans aucun doute ce qui distingue le mieux l'habitant de la campagne de celui des villes.

Toutefois, même si actuellement les terres et les forêts sont en pénurie de cultivateurs et de bûcherons et que le lien avec la nature est plus ténu qu'auparavant, la qualité de vie qu'inspire l'espace rural continue d'attirer des vagues de nouveaux venus. Cet aspect est probablement celui qui donne le sens premier au concept de qualité de vie parce qu'il suggère que le sens de la vie rurale s'établit sur l'expérience intensive des rapports entre humains et nature, participant à structurer des pratiques agissant positivement sur le phénotype. À ce niveau, le rapport humain/nature peut même être connoté spirituellement parce souvent, les gens habitant la région depuis plusieurs générations en ont une vision ontologiquement inspirée. Lysanne, 53 ans, et Constance, 74 ans, nous en donnent une perspective éclairante avec les paroles suivantes :

L'énergie des arbres, c'est calme, il y a personne. J'entends les ouaouarons, les oiseaux, m'apporter cette paix intérieure (...) c'est héréditaire. Ça vient de ma grand-mère d'aller ramasser les plantes, ça nous montrait le contact. Écoute la forêt. Il y a rien là (...) mais c'est ça, écoute-le. Écoute comment c'est tranquille (...) La forêt, c'est tout, tout, c'est un filtre à pollution. Les arbres, la nature (...) c'est Dieu pour moi,

et Constance enchaîne en disant :

C'est la nature... oui, ça apporte la paix, parce que c'est paisible, c'est ça qu'on recherche (...) quand on est bien en soi ça alimente tout notre système (...) c'est un besoin de se sentir bien. Là je leur dis toujours " bien vous en ville là, vous respirez de l'air que tout le monde ont respiré. Nous à la campagne, c'est de l'air pur ". (...) notre santé, elle va être là, ça va être important pour notre santé.

Si cette représentation du lien entre nature et santé est commune dans l'imaginaire populaire, et quoiqu'évidente, le territoire, l'écosystème et le mode de vie sont loin d'être associés dans les résultats d'enquêtes épidémiologiques. Dans ce sens et à l'encontre des attentes et des présupposés scientifiques sur la question phénotypique, le milieu rural témoigne de l'inséparabilité du lien nature-culture évoquant son indissociabilité avec l'identité collective et individuelle. Rappelons-nous que les gens s'identifient à leur milieu quand celui-ci répond à leurs besoins et leur permet de vivre la vie qu'ils souhaitent et c'est probablement pour cette raison centrale que l'évidence du lien entre environnement, qualité de vie et santé est bien ressenti par les ruraux.

6.3.5 LE TEMPS SYMBOLIQUE

Nos journées sont uniformément minutées à la cadence des horloges rendant compte du temps qui passe et du temps qui reste. Le temps ainsi mesuré est le résultat d'une opération mathématique de division, de rationalisation et d'objectivation d'un espace temporel. Pour l'essentiel de notre fonctionnement social et de nos productions matérielles, l'horloge rythme le temps des humains non d'après le rythme de la nature mais plutôt en fonction des horaires de travail, de la productivité et de la consommation. Pourtant, en marge du tictac des cadrans, il existe un autre temps, qui d'un soleil à l'autre change perpétuellement, où la nature se réveille, s'endort, respire, se contracte et s'étire selon le temps qu'il fait. Ici, la relation entre espace, temps, nature et gens semble se tisser au jour le jour sur une trame temporelle qui s'étirole à l'image des pétales d'une corolle tombant une à une au sol. Le temps rural n'est pas le temps urbain parce que « le maniement et la structuration du temps sont directement liés à la structuration de l'espace » (Hall, 1971: 212). Le temps rural est un autre temps et peut-être est-il d'un autre temps, parce qu'ici le temps est lent, le temps est repos, il repose les hommes qui écoutent et suivent son pouls en respirant et en vivant au rythme des saisons. C'est pour cela que Marius et Juliette disent *les journées paraissent plus longues et pis tu cours pas comme un malade (...) on aime mieux rester ici avec moins d'argent que de retourner en ville*, tandis que Pauline, 88 ans, affirme que *le temps est meilleur en campagne (...) c'est pas une question de quantité mais de qualité de temps pour pouvoir donner et pis recevoir*. Dans le sens exprimé par ces paroles, le *temps rural* est connoté par la qualité de vie qu'il inspire. D'abord, aux yeux de Marius et Juliette, vivant avec leurs trois enfants dans un chemin éloigné, ce temps représente une richesse plus importante que l'attrait de la ville parce qu'il signifie un gain en qualité et conséquemment un effet ressenti sur leur niveau de stress. Pour Pauline, le temps correspond au temps consacré aux relations d'échanges et représente sans aucun doute une des pierres angulaires permettant l'ajustement optimal de l'individu à la fonction sociale ainsi qu'à la construction de la cohésion communautaire. Lysanne, 53 ans, parle du temps rural comme d'un temps lié à l'espace, à la nature et d'un facteur anti-stress, *le contact avec la nature (...) c'est faire le point avec soi-même. C'est prendre mon temps, admirer, regarder, marcher (...) le contact que j'ai eu avec la nature qui a fait un certain calme puis la patience aussi*. Si le temps rural diffère du temps urbain c'est qu'il semble

plus près du rythme biologique humain car les habitants ont ici intégré dans leurs habitudes la nature du temps au temps de la nature dans une cadence de vie moins essoufflante, un rythme qui semble contribuer à développer une patience sociale partiellement affranchie du stress et de la peur de l'Autre et participant à la construction d'une cohésion sociale locale et facteur majeur de la qualité de vie.

Pour conclure et récapituler ce chapitre, nous avons vu que la socialisation au sein de la famille n'est pas uniformément déterminante pour tous les membres de la fratrie parce la cellule familiale agit comme un commutateur relais modulant les valeurs, les croyances et l'actualisation des besoins familiaux et individuels en rapport avec les valeurs et les croyances dominantes. Cependant, dans l'optique où la famille représente le premier corps social, le corps individué semble devenir le porte symptôme des mécanismes d'aliénation résultant de l'intériorisation des contraintes et des interdits. Ainsi, la culture familiale joue un rôle important dans la construction de l'identité et de l'altérité par l'usage d'une dialectique dont la sémantique participe à structurer le cognitif déterminant des pratiques orientées vers la satisfaction des besoins. Comme la région est caractérisée par l'importance de ses structures de parenté et de pratiques relativement homogènes, ces dernières sont largement diffusées et empreignent le tissu social indiquant que les usages du corps sont influencés par les besoins et les possibilités liés au contexte écologique, culturel, social, économique et historique. À ce niveau, en présence de pathologies héréditaires, le mode de vie et les habitudes liées à la culture familiale et exposé aux facteurs endogènes et exogènes contribue à augmenter ou à diminuer les facteurs de risques. Dans ce milieu caractérisé par la proximité sociale, l'échange et la communication comme mode de transaction ont une valeur hautement symbolique et sont tributaires d'une convention de réciprocité et de solidarité participant à la satisfaction des besoins identitaires comme des actes favorisant la cohésion sociale par l'intégration des identités individuelles à une identité collective. Sur ce terrain, l'identité locale se définit et se construit aussi par rapport à l'altérité du milieu urbain.

Ainsi, les déterminants de la santé, de la qualité et de l'espérance de vie ne sont pas uniquement liés aux facteurs économiques mais issus d'une dynamique sociétale circulaire où les différents capitaux agissent conjointement sur le phénotype. Trois facteurs culturels importants sont à retenir dans la construction du corps individué liée à celle du corps social

et la perception de la qualité de vie; 1- le facteur identitaire où son capital symbolique est incarné au niveau biologique, et actualisé au niveau social, culturel et économique, 2- la qualité du milieu naturel et la relation des gens avec celui-ci, 3- le dynamisme des réseaux sociaux et communautaires activant les différents capitaux. Ces pratiques culturelles s'actualisent donc dans un espace défini par des représentations liées au territoire conceptualisant une perception du temps et de l'espace qui semble favoriser les mécanismes d'adaptation du phénotype à l'environnement. En ce sens, le stress d'adaptation est modulé par des caractéristiques culturelles qui influencent les capacités de réalisation des besoins fondamentaux et dont le niveau de satisfaction ferait varier l'indice de satisfaction de la vie, la perception de santé et de qualité de vie. Pour ces raisons, le mode de vie lié à l'environnement rural semble agir favorablement sur la santé.

CHAPITRE 7: QUALITÉ DE VIE, TERRITOIRE ET CORPS SOCIAL

7.0 QUALITÉ DE VIE, TERRITOIRE ET CORPS SOCIAL

D'emblée, le premier chapitre a établi que la complexité du thème et de la question de recherche s'adressait à un terrain parsemé d'embûches méthodologiques et épistémologiques liées à la subjectivité du sujet. Comme l'anthropologie a longtemps fait ses choux gras du relativisme, ce champ s'est avéré plus que fertile en représentations symboliques s'opposant à une hégémonie des significations. C'est en regardant de plus près les fondements de l'ontologie que les besoins fondamentaux et la prégnance des capitaux se révélèrent les substrats des dénominateurs communs liés à la qualité de vie et à la santé. De là, il ne restait qu'un pas à franchir pour que ces substrats issus du niveau cognitif et de l'environnement trouvent matière dans laquelle s'incarner. Ainsi prend forme l'hypothèse de l'incorporation d'une métaphore sociobiologique exprimant l'analogie entre macrocosme du corps social et microcosme du corps individué. Le chapitre deux planta les jalons méthodologiques de la prospection du terrain et établit les paramètres de recrutement des participants intéressés à parler du sens qui les habite et des signifiants liés à leur santé et à leur milieu de vie. Au niveau des familles et des intervenants, leur nombre et la diversité de leurs origines sociales, économiques et professionnelles, ainsi que l'écart intergénérationnel au sein des familles ont contribué à étayer la complexité du terrain étudié. Ensuite, les données épidémiologiques et historiques se rajoutant au tableau ont aidé à mieux situer les représentations et les artefacts sémiotiques de la santé publique tout en soulignant la présence d'un biais épistémologique dans la construction d'une catégorie nosologique.

Par la suite, les multiples représentations sur la perception de la satisfaction de la vie et ses critères de qualité nous ont démontré que la notion de qualité de vie est un concept étendu et entièrement subjectif. Son aspect multidimensionnel, la subjectivité de ses critères et la relativité de ses définitions nous ont orientés sur ce qui peut constituer une base d'analyse fondée sur la satisfaction des besoins fondamentaux. L'étude a révélé que les perceptions de la qualité de vie et de la santé dépendent dans une large mesure de la perception de l'individu et de la place qu'il occupe dans l'existence et dans sa communauté

en rapport avec ses attentes, ses objectifs, la satisfaction de ses besoins, les normes sociales et l'écart existant entre l'idéal souhaité et la réalité. Toutefois, il existe toujours un écart entre l'idéal souhaité et la réalité, mais les gens s'adaptent à l'écart tant que la réalité ne menace pas leur intégrité. La qualité de vie est donc un concept parapluie situé dans un champ large et complexe englobant la santé physique, l'état psychologique, le niveau d'autonomie, les besoins, les relations sociales et les croyances, en relation avec les spécificités de l'environnement. Nous avons aussi constaté que les besoins varient énormément d'une famille à l'autre et les moyens utilisés pour les satisfaire varient considérablement selon les capacités d'adaptation elles-mêmes en rapport avec la présence et l'expression des différents capitaux. Toutefois, les subjectivités réunies indiquent des récurrences de sens démontrant une certaine hiérarchisation des besoins qualifiés de fondamentaux. Il demeure que manger, boire, dormir, se vêtir et se loger convenablement, être en santé, être autonome, communiquer, exercer un travail aimé, être reconnu pour ses compétences, aimer et se sentir aimé, donner, recevoir, rendre, s'épanouir et se réaliser sont des besoins que tous cherchent à satisfaire. Ainsi, les critères significatifs sur lesquels pourrait s'établir une définition des paramètres de la qualité de vie passent indubitablement par la satisfaction d'un ensemble de besoins supportés par des valeurs symbolisées et actualisées dans des pratiques liées à un mode de vie ancré à un espace situé. Tant pour les individus que pour les communautés, tous les besoins nécessitent d'être satisfaits à des degrés variables, mais dans une dynamique de pratiques changeantes et évolutives et de capacités d'adaptation faisant varier leur hiérarchisation dans le temps et l'espace, toujours en rapport avec les contraintes et les possibilités procurées par l'environnement dans lequel l'individu actualise sa vie.

7.1 CAPITAL BIOLOGIQUE ET CAPACITÉ D'ADAPTATION

Le chapitre trois a démontré que le capital biologique est composé de deux éléments fondamentaux; l'inné et l'acquis. L'héritage génétique se combine à l'acquisition de pratiques modulant l'adaptation phénotypique dont la condition influence la perception de la santé et de la qualité de vie. Les signifiants de la qualité de vie exprimés par les participants ont démontré que le concept inclut systématiquement le critère de la santé, probablement parce que d'une part, la satisfaction des besoins participe à l'homéostasie

psychique et biologique de l'individu, et d'autre part, parce que l'indice de satisfaction concerne la perception de l'équilibre ressenti entre les aspects psychiques, physiques, sociaux et matériels. C'est à ce niveau que la maladie peut être interprétée comme l'expression d'un déséquilibre entre le microcosme de l'individu et le macrocosme de l'ordre social. À un premier niveau, l'analyse du capital biologique nous a révélé que la famille en tant que lieu de l'héritage génétique et de l'identité généalogique (Gallissot, 2001) représente l'espace premier de l'incorporation où le processus de socialisation agit sur le corps individué comme l'objet des représentations de la normalisation. Sur ce plan, en tant qu'opérateur analogique (Bourdieu, 1980), le corps agirait comme le porte symptôme (Mariage et Cuynet, 2009) de l'éthos familial en exprimant l'intériorisation des conflits et les difficultés d'adaptation générées par les contradictions entre le code des valeurs, la satisfaction des besoins et les prescriptions normatives. À ce niveau, les témoignages ont indiqué que les notions de santé et de maladie sont déterminées par la place symbolique que le corps occupe au sein de l'espace social (Fassin, 1996), familial et collectif. La place occupée par l'individu au sein du social est définie par la culture dominante diffusée par les institutions d'état, la collectivité et la famille. Au deuxième niveau, l'origine et les causes du diabète demeurant non identifiées, les avancées en recherches épigénétiques (Reik, 2007) sur l'héritabilité représentent un axe important de données potentielles pouvant nous aider à mieux comprendre les causes environnementales historiques ayant participé à l'émergence de cette maladie. De plus, le terrain a démontré que l'environnement social, la culture familiale et le mode alimentaire jouent un rôle crucial dans le développement des capacités d'adaptation aux maladies génétiques. Ainsi, le capital biologique ne peut être entièrement déterminé parce que l'acquisition de pratiques saines module l'adaptation du génotype à son environnement, alors qu'inversement les habitudes à risques peuvent défavoriser le phénotype.

Alors que les discours évoquent le stress comme une représentation de l'anxiété liée à la perception de la satisfaction de la vie, à la notion de qualité de vie et à la santé, on comprend que l'insatisfaction des besoins fondamentaux entraîne un niveau de stress agissant directement sur les mécanismes de l'adaptation phénotypique. À ce niveau, le stress augmente et agit profondément sur la santé lorsque l'individu ne réussit pas à satisfaire ses besoins et lorsque ses valeurs fondamentales sont menacées par des

comportements ou des facteurs exogènes incontrôlables. Sur ce plan, le stress entraînant la détresse doit sa manifestation à des conditions de vie qui menacent la capacité d'adaptation en déstabilisant l'équilibre homéostatique de l'organisme humain. Les indicateurs de stress sont très nombreux et leurs impacts sur la santé sont beaucoup plus importants que ce qui est médicalement évalué, d'une part parce qu'ils ne sont pas systématiquement évalués et d'autre part parce qu'ils sont difficilement quantifiables. Le phénomène du stress serait donc un déterminant majeur mais silencieux des maladies.

Ainsi, tous les éléments, biologiques, psychiques, cognitifs et environnementaux se combinent et s'additionnent et le résultat de leurs interactions participe à la construction des signifiants d'une vie de qualité. Pour cette raison, la perception de la santé semble influencée par des variables silencieuses liées au milieu de vie, à ses possibilités et ses contraintes en relation avec les capacités d'adaptation individuelles et collectives. À ce niveau, l'écart entre l'idéal souhaité et la réalité fait varier le degré de satisfaction dont l'indice témoigne un niveau de stress occupant une place centrale dans la définition de la qualité de vie dont la santé est un critère fondamental. Si à la base, tous les participants indiquent que la santé est une condition sine qua non pour une vie de qualité, l'ensemble des données récoltées nous laisse supposer que la perception de la qualité et de la satisfaction de la vie agit sur la santé inférant ainsi le sens d'une tautologie implicite au concept.

7.2 CAPITAL ÉCONOMIQUE ET CONTRAINTES STRUCTURELLES

Au chapitre quatre, le terrain a démontré que le niveau de morbidité de cette région ne pouvait être corrélé à son niveau socioéconomique. En effet, le SFR calculé sur la base des données transnationales ne rend pas compte de l'existence d'une stratification socioéconomique variable selon les contextes régionaux et mêmes locaux. Ainsi, cette région qui démontre peu d'écarts à la moyenne des revenus nous a révélé l'existence d'une catégorie économique isomorphe où la stratification de ce milieu social et culturel atypique se reflète dans une homogénéité structurelle associée à un niveau de morbidité général inférieur à la moyenne provinciale. Sur ce plan, les données épidémiologiques du SSE pour la région de Hull mettent en exergue un contexte où les écarts importants à la moyenne des revenus côtoient les taux de morbidité les plus élevés de l'Outaouais. En ce sens,

l'isomorphisme socioéconomique de la Petite Nation confirmerait que le niveau de morbidité est inversement proportionnel aux écarts à la moyenne des revenus. Ainsi, l'échelle du SSE mériterait d'être ponctuellement réévaluée en fonction des contextes locaux, tandis que le SFR et la notion de pauvreté nécessitent d'être relativisés en rapport avec les conditions du mode de vie et les possibilités offertes par les différents milieux. De cette manière on pourrait mieux circonscrire les effets du SSE sur la santé à des catégories sociales probablement plus limitées que ce que les enquêtes statistiques prétendent et ouvrir ainsi la voie à un concept de qualité de vie basé sur des critères locaux. S'il est vrai que les classes sociales les plus vulnérables démontrent des taux de morbidité plus élevés que la moyenne, il est aussi possible que leur niveau de santé ne soit pas uniquement lié à leur situation économique. Leur santé pourrait être tributaire de facteurs biologiques structurés, tels que l'héritabilité et la capacité d'adaptation au stress combinés à des facteurs sociétaux tels que les catégories d'emplois et des conditions de travail favorisant les accidents et la maladie auxquelles s'additionnent parfois les effets de contraintes structurelles. À ce sujet, les données relatives à l'occupation du champ de la santé par les compagnies d'assurance privées et d'état ont indiqué l'existence d'une violence structurelle institutionnelle entraînant un déséquilibre psychosocial chez leurs clientèles vulnérables. De plus, les données dénotent que les effets de hiérarchie sur la santé tels que décrits par Wilkinson (1996) et Nguyen (2003) ne sont pas systématiquement situés au bas de l'échelle socioéconomique, mais plutôt polarisés aux deux extrêmes dénotant que chaque catégorie socioéconomique est aux prises avec des maladies vraisemblablement liées à l'altérité de leurs statuts. Cette question du statut a soulevé la présence d'une sous-catégorie sociale ne figurant pas au répertoire des variables du SSE, où nonobstant, les discours ont indiqué que le statut de travailleur autonome semble dénoter un rapport significatif avec la santé et la perception d'une vie de qualité. À ce niveau, le capital économique dans la forme d'investissements d'état encourageant l'activité indépendante révèle que les vecteurs structureaux de ce capital sont variables et que leurs effets au niveau populationnel et individuel dépendent des applications éthiques d'une vision économique liée à leur mission sociale.

Sur le plan de la qualité de vie et dans le contexte de l'économie occidentale, le mode de vie actuel est calqué à un capitalisme dépendant d'une culture consumériste et

surtout urbaine où la qualité de vie, symbolique ou fantasmée voit sa réalisation liée au niveau et à la sécurité du revenu. Cependant, malgré une amélioration générale des conditions de vie matérielles, il demeure que les variables *stress/détresse* font non seulement varier l'indice de perception de qualité de vie mais nous interpelle sur la définition même de cette qualité. Si un certain niveau de stress anxiogène engendré par la recherche d'une amélioration de la qualité de vie est justifiable, les critères de satisfaction des besoins personnels sont par contre très souvent influencés par des normes culturelles et des critères économiques promus pour les bénéficiaires de la macroéconomie. Dans ce monde surmoderne beaucoup desdits besoins résultent de désirs mutés créés pour compenser une angoisse existentielle liée à une crise de sens sociétale (Augé, 1994). Ainsi, ce que les sociétés occidentales semblent avoir gagné en qualité de vie par le niveau de confort et de sécurité matérielle, elles semblent aussi en avoir perdu le sens dans une besace de détresse et d'angoisse appesantie par la peur de l'Autre, de la carence, de l'isolement et de la maladie. Pour un nombre grandissant de citoyens, la qualité de vie promulguée et tant recherchée est subrepticement devenue synonyme d'une surcharge de travail, d'endettement, de paupérisation, de distance sociale et de clivage familial dans le but de satisfaire un idéal de vie de plus en plus difficile à atteindre. Dans ce contexte, même la satisfaction des besoins essentiels se fait pour des millions d'occidentaux de plus en plus par un mode de vie s'apparentant à des dynamiques sociales caractéristiques d'une économie de subsistance. Aujourd'hui, l'amélioration de la qualité de vie et la multiplication des critères de qualification et de satisfaction des besoins semblent proportionnelles à une augmentation des facteurs de détresse inhérents à la réalisation de cette qualité. À ce niveau, il est moins que certain que le niveau actuel de détresse humaine résultant de l'adaptation physiologique et psychique à la pression environnementale et concomitante à la satisfaction des besoins teintant les rapports humains avec le milieu soit à ce point nécessaire à une « qualité de vie » d'emblée surannée, que finalement elle n'en devienne le point de rupture d'un équilibre phénotypique déjà précarisé. C'est probablement pour toutes ces raisons socioéconomiques, culturelles et d'adaptation que le milieu rural semble représenter pour plusieurs résidents une sorte de refuge et un rempart symbolique érigé comme une contre culture, à l'image d'une conscience contradictoire s'opposant à une idéologie hégémonique et globalisante issue de l'urbanité.

7.3 CAPITAL SOCIAL ET RAPPORTS SYMBOLIQUES

Dans notre recherche des éléments structuraux du capital social, le chapitre cinq a soulevé que le SSE basé sur des variables macrostructurelles fixes élude une partie de la réalité des contextes locaux. Cela a pour effet de modifier l'identité collective par l'omission des dynamiques implicites au processus de construction identitaire telles que les valeurs culturelles, le type de travail, la transmission des savoirs, les croyances, la stigmatisation, les idéologies et le réseau social. Ainsi, même si le SSE nous renseigne précisément sur un nombre important de dynamiques sociobiologiques et que les données épidémiologiques sont loin d'être fausses, c'est plus souvent l'interprétation des données probantes qui sème la confusion par la contradiction des énoncés. Ici, l'approche qualitative de l'anthropologie basée sur les discours locaux et la littérature est de nature à apporter une contribution significative au modèle quantitatif par une interprétation contextuelle des résultats statistiques épidémiologiques liés au terrain.

L'identité, tant individuelle que collective n'est pas fixe car elle est une collection de signes demeurant sensibles aux influences des conventions historiques et des idéologies. L'identité évolue dans le temps et l'espace et son caractère multidimensionnel lui confère une grande capacité d'adaptation aux changements dans l'environnement. Toutefois son actualisation ne peut se faire autrement que par la relation avec l'Autre où d'emblée la réflexion sur l'altérité participe à la définition identitaire. Ce terrain construit autour des familles et de leurs liens intergénérationnels connectés à des réseaux sociaux étendus a démontré une dynamique sociale où l'identité des acteurs agit sur l'actualisation de capitaux au sein d'une communauté ancrée dans un lieu déterminant des pratiques et des comportements adaptés au contexte. Ainsi, identité individuelle et identité collective sont en lien avec l'histoire et le territoire où le groupe majoritaire déterminant le SSE est celui qui définit l'altérité des sous-groupes. Les besoins sociaux et identitaires sont donc satisfaits et modulés selon la prégnance des capitaux individuels et collectifs qui pondèrent ou accentuent les effets des conditionnements culturels et des contraintes structurelles de l'échelle sociale. De cette manière, l'identité individuelle est toujours liée à la place qu'elle occupe au sein du social, familial et collectif et nous révèle l'existence de deux vecteurs de l'identité; une première d'appartenance sociale d'origine généalogique liée à la parenté et aux relations sociales de proximité, et une deuxième, de référence communautaire à

caractère symbolique issue des projections collectives actualisées dans le statut social et économique et le partage d'idéologies communes orientées vers la gestion collective des conditions de vie.

Au niveau familial, la qualité des relations intrafamiliales influence la qualité de vie de la fratrie en agissant sur les capacités d'adaptation des individus à l'environnement social et constitue un facteur important de la construction identitaire. Les blessures psychiques liées aux carences vécues pendant l'enfance dépendent en partie du code de valeurs parentales ajusté ou non aux besoins de la fratrie et pour lequel un contexte prolongé d'insatisfaction des besoins exerce une pression adaptative entraînant un déséquilibre se traduisant par l'aliénation et souvent la maladie. Toutefois la famille agissant comme un commutateur relais et l'environnement social comme un mécanisme externe de socialisation-normalisation, chaque membre de la fratrie a la possibilité de suivre une trajectoire exprimant une adaptation originale. Au niveau communautaire, la valeur de l'identité augmente selon sa qualité symbolique et l'étendue de sa diffusion au sein des réseaux sociaux. Selon les clivages catégoriels existants, l'identité peut participer à la déconnexion entre acteurs et entre classes économiques et mener à une incohérence sociale entraînant des inégalités de santé tout autant qu'elle peut motiver une connectivité sociale favorisant l'intégration des altérités et la santé. Dans cet horizon social, la relation entre altérité et identité s'actualise dans une dynamique entre individus, familles, groupes, réseaux et communautés où la normalisation et la stigmatisation ont démontré l'importance du rôle et des effets du processus identitaire sur le phénotype. Ici, la déconnexion sociale est liée aux conditions culturelles et socioéconomiques locales et synonyme d'un déséquilibre du corps social où l'aliénation se reflète dans le corps individué. L'isolement social serait donc un indicateur clé contribuant significativement au développement de difficultés relationnelles et d'adaptation à la vie sociale occasionnant des déséquilibres socio-affectifs dont l'antidote serait la solidarité. Sur ce plan, plus le risque psychosocial augmente plus la santé semble menacée et plus l'indice de qualité de vie diminue. La reconnaissance de l'Autre par le maintien du lien social apparaît comme une composante à part entière de la construction identitaire individuelle et collective contribuant de manière significative à une cohésion inférant la perception de la qualité de vie et à la satisfaction ressentie à son égard.

Malgré les changements profonds de la morphologie sociale en termes de structure familiale et de parenté, les principes fondamentaux qui ont participé à la cohésion et au fonctionnement du milieu local demeurent pour les anciens et les plus jeunes les pierres d'assises du fonctionnement de la société rurale. Il s'agit ici de la circularité des échanges, d'une réciprocité implicitement consentie dans les rapports humains et de l'appréciation de l'Autre comme acteur participant à la cohésion d'un monde façonné par les rapports sociaux. C'est de cette qualité de vie dont il a été question tout au long de cette recherche, une qualité de vie qui ne s'affiche pas en lettres lumineuses au palmarès des valeurs boursières et encore moins définie par le dictionnaire mais qui est ressentie dans le niveau de santé. En réalité, cette qualité de vie se vit et si elle se dit beaucoup plus qu'elle ne s'écrit, c'est que les discours ruraux l'évoquent avec éloquence dans un parler fier d'exprimer une identité articulée autour d'une autonomie en rapport étroit avec un milieu qui s'empregne dans leur univers symbolique et que les gens perçoivent pouvoir façonner à leurs besoins.

7.4 CAPITAL CULTUREL ET REPRÉSENTATIONS SYMBOLIQUES

Le chapitre six a vu la famille se placer au centre de la dynamique culturelle parce que d'une part, sa position sociale la situe entre l'individu et la société et d'autre part parce qu'elle agit comme un commutateur relais modulant les valeurs, les croyances et l'actualisation des besoins familiaux et individuels en rapport avec ceux du groupe dominant et majoritaire. À ce niveau, la culture familiale adapte le processus de socialisation par l'usage d'une dialectique participant à structurer le cognitif orienté vers des pratiques visant la satisfaction de ses besoins. Dans le même sens, le mode de vie familial est lié à une culture issue d'une transmission intergénérationnelle des savoirs constituant un héritage de sédiments symboliques influençant les comportements et le choix des pratiques. Dans la perspective où la cellule familiale représente le premier corps social, le corps individué devient porte symptôme des mécanismes de l'aliénation résultant de l'intériorisation des contraintes et des interdits. En présence de pathologies héréditaires, le mode de vie familial caractérisé par des habitudes alimentaires et des comportements contribue à augmenter ou diminuer les facteurs de risques. La région se démarque par l'étendue des structures de parenté, des réseaux sociaux et de pratiques relativement homogènes et les usages du corps sont semblables parce qu'influencés par des besoins

similaires et des possibilités équivalentes liées à l'environnement. Dans ce contexte de proximité sociale, les transactions actualisées par le mode d'échange et de communication constituent des actes à valeur symbolique relevant d'une convention implicite de réciprocité et de solidarité participant, d'une part, à satisfaire les besoins identitaires et, d'autre part, à favoriser la cohésion sociale par l'intégration des identités individuelles à l'identité collective. Ainsi, du corps social se dégage l'expression d'une dynamique sociétale fondée sur un ordre de valeurs, de normes, de croyances et de traditions reflétées dans un discours de sens commun incorporé au sein d'une entité socioculturelle.

À ce sujet, nous avons trouvé que l'identité chapeaute les concepts biologiques, sociaux, économiques et culturels arrimés dans un milieu caractérisé par des pratiques liées au territoire. Ces pratiques constituent donc une culture locale diffusée au sein des réseaux sociaux qui s'incarnent dans un territoire défini auquel sont liées des représentations conceptualisant le lien nature-culture. Sur ce plan, ce lien entre l'humain et son environnement naturel s'exprime à travers une perception différente du temps et de l'espace qui semble favoriser les mécanismes de l'adaptation phénotypique. Par ailleurs, si la communauté de la Petite Nation est passée d'un état de pauvreté généralisée à une qualité de vie étendue, c'est que jadis le déséquilibre social créé par l'exploitation du corps ouvrier et le clivage catégoriel produit au sein de cette classe majoritaire des rapports sociaux caractérisés par une culture d'entraide, d'échange et d'autonomie dirigés vers la cohésion sociale. Ainsi, la nature des rapports sociaux, l'insatisfaction des besoins fondamentaux, le partage idéologique des conflits catalysa les transformations sociétales par la diffusion d'une dialectique de solidarité et de distinction identitaire liée au territoire et constituant les éléments clés de changements ayant des répercussions sur la qualité de vie et la santé. De cette manière, la dynamique du changement social, culturel, économique et biologique résulte d'une combinaison de facteurs déterminés et non déterminés, endogènes et exogènes, dialectiques et historiques, de pratiques traditionnelles et de sédiments symboliques transmis d'une génération à l'autre au sein des familles et des réseaux sociaux.

7.5 ÉPILOGUE

La diversité du monde, non maîtrisable et incontrôlable, a conduit la science vers un « discours de consensus » (Augé, 1994) subtilement dérivé d'un relativiste esthétisant et

homogénéisant où le métadiscours scientifique nous a longtemps fait croire à un consensus sur les causes de la prévalence des maladies. Dans cet ordre d'idée, consensus devint synonyme de consécration de l'ordre établi et signifie en quelque sorte la négation des réalités locales négligeant l'épaisseur et la diversité du social. Heureusement, la coexistence de différents modèles de pensée rationnelle et irrationnelle démontre qu'à l'intérieur même des sociétés dominées par la logique du consensus existent aussi des systèmes d'interprétation qui à long terme rendent les hégémonies inopérantes. Dans cette contemporanéité des modes d'interprétation, la médecine et la santé publique doivent comprendre que cette coexistence de sens est une représentation participante d'une même surmodernité caractérisée par des cosmologies antinomiques mais aussi complémentaires.

C'est de l'interdépendance entre le milieu, la qualité de vie, les gens et leur santé dont il a été question tout au long de cette recherche, et qui nous conduisit à identifier des valeurs signifiantes, reliées d'une part au fonctionnement social et économique, et d'autre part à la façon qu'est pensée et vécue la relation entre l'homme, la nature et l'espace symbolique dans lequel il se représente (Augé, 1994). Dans ce sens, le fil conducteur qui semble lier les composantes sociales de l'univers rural est la représentation d'une organicité dont la caractéristique d'interdépendance des domaines est probablement celle qui permet le maintien de la cohésion et l'amélioration de la qualité de vie. Cette cohésion tient aussi d'un lien fondamental représenté par l'équilibre entre homéostasie sociétale et santé humaine, qui dans une certaine mesure est préservé par le contact avec la nature et le respect d'un lien symbolique avec celle-ci. Le milieu rural est cette nature et les habitants ressentent profondément qu'ils font partie d'elle, ils ne peuvent ni s'en séparer, ni en nier l'importance parce qu'ils lui doivent leur mode de vie, leur identité et leur santé. C'est pour cela que nombre de ruraux ressentent vivement la rupture du tissu social et la contradiction inhérente au clivage homme-nature. Dans ce sens, pour eux, il est impensable de vivre dans des conditions niant les principales références de leur univers symbolique qu'on peut considérer comme une cosmogonie exprimant la culture d'une société qui vit du sens qui l'habite.

Les données récoltées nous ont permis de brosser un tableau des facteurs environnementaux qui semblent exercer une influence sur la santé des individus et celle d'une population. Quoique l'enquête n'a pu tenir compte de toutes les variables exprimées

par le terrain, et qu'en cela les résultats demeurent partiels et que leur interprétation peut s'avérer réductrice et par le fait même peut-être biaisée, les données retenues nous ont malgré tout conduit à nuancer le modèle quantitatif nous autorisant à reconnaître que beaucoup de données sensibles échappent aux interprétations élaborées par les enquêtes à large et même à petite échelle. En ce sens, le modèle heuristique et la prémisse holistique de cette recherche furent eux aussi confrontés aux limites épistémologiques de l'empirisme. Cependant, loin d'atténuer le modèle préconisé, les données ont le mérite de contribuer à la construction d'un modèle élargit englobant une perspective sociétale tendant à un holisme contemporain ancré dans la réalité des milieux. Ainsi, le terrain a démontré que les dynamiques sociétales qui prédestinent en partie les problématiques phénotypiques sont souvent escamotées dans la foulée de propositions qui en substance éludent la réalité des contextes qu'elles cherchent à expliquer. Pour cette raison, la théorie des capitaux et celle des besoins fondamentaux appliquée au contexte rural permirent de mieux comprendre comment les facteurs sociaux, culturels et économiques spécifiques à un milieu contribuent à la qualité de vie. Nous sommes donc forcés de reconnaître que ce sont les milieux humains en relation avec leurs milieux écologiques et la diffusion d'une culture répondant à leurs besoins et en rapport avec les possibilités et les limites du contexte qui donnent l'aval au développement phénotypique. En cela le terrain a démontré que les mécanismes de l'adaptation phénotypique représentent le processus d'une incorporation humaine comme un fait *biosocial total* exprimant le caractère fondamentalement holistique de la relation de l'homme avec son environnement. Il est évident que les indicateurs de la maladie et de la santé sont multiples et multidimensionnels et varient selon les contextes des milieux auxquels ils sont ancrés. À ce niveau, les indicateurs ne peuvent être isolés des contextes et des milieux dont ils sont issus parce qu'ils sont à les fois les signifiants et les signifiés d'une dynamique circulaire soulignant la complémentarité et l'interdépendance des facteurs reliés à l'actualisation des différents capitaux. Ce lien d'interdépendance entre l'homme, la dynamique socioculturelle et économique et son milieu physique est le chaînon manquant dans les enquêtes portant sur la santé des populations et des individus. Finalement, ce que les résultats de cette recherche auront le mieux démontré, c'est que les dynamiques de la santé humaine et de la qualité de vie émanent d'une circularité implicitement tautologique. Ainsi, le développement d'une qualité de vie communautaire relève d'un sens commun lié à

la satisfaction de besoins communs, eux-mêmes tributaires d'une cosmogonie collective définissant les fondements d'une ontologie agissant sur l'équilibre des individus avec leur communauté. Toutefois, la multiplicité des indicateurs combinée à la variabilité des contextes et des dynamiques sociétales nous empêche de dresser un modèle universel et tenter de le faire serait contraire à l'esprit anthropologique et la perspective relativiste des résultats de cette recherche. Dès lors, la santé tout comme la culture ne peuvent être réduites, ni réifiées comme des objets restreints à l'intérieur de leurs frontières « car l'histoire fait le changement, et le changement est l'histoire » (Augé, 1994: 58) où la « diversité des descriptions nous interdit la généralisation ».

Finalement, la réponse à la question épistémologique du lien entre santé et qualité de vie s'est déclinée en plusieurs dimensions exprimant un sens métonymique se concluant par une tautologie. Le monde rural nous a ainsi démontré l'innéité de la circularité des dynamiques sociétales et environnementales affectant l'évolution phénotypique de l'homme depuis les temps immémoriaux. C'est cette évolution que l'on constate dans les changements de la biologie et de la morphologie humaine et que l'on doit étudier afin de bien identifier et distinguer les causes environnementales des causes génotypiques. Au chapitre des causes environnementales, on constate que peu importe leur origine, l'adaptation aux conditions du milieu est le fil conducteur nous menant au mécanisme physiologique du stress. Cette dimension proprement biologique est pourtant influencée par les aspects symboliques des représentations que l'homme se fait de lui-même au sein de son univers en relation avec tous les acteurs et les composantes de son environnement. Au fil des discours, nous avons débusqué un nombre significatif d'indicateurs pertinents ouvrant la perspective d'analyse épidémiologique sur un horizon plus large, mais il faudra encore plusieurs études sur beaucoup de discours et d'anamnèses avant d'arriver à construire une véritable sémiologie informative et une étiologie habilitée à rendre compte des causes de la maladie liées à l'environnement. Si les signes construisent le discours comme ils construisent le langage corporel, alors le corps humain est un livre de connaissances polysémiques qui demande d'être lu avec des yeux au regard sensible, et écouté avec des oreilles attentives, ainsi lorsque que nous aurons assez lu et écouté ce que ce corps aura dit de son bonheur comme de sa souffrance, alors peut-être seulement pourrons-nous quantifier ce que nous cherchons tant à qualifier.

BIBLIOGRAPHIE

AUGÉ, M., 1994, *Pour une anthropologie des mondes contemporains*. Champs. Paris. Flammarion.

ALLAND, A. Jr., 1971, *Adaptation in cultural evolution: An approach to medical anthropology*. New York-London, Columbia University Press.

ANSPACH, M.R., 2002, *À Charge de Revanche. Figures élémentaires de la réciprocité*. Paris, Éditions du Seuil.

APPADURAI, A., 2004, « The Capacity to Aspire: Culture and the Terms of Recognition » in *Culture and Public Action*. Stanford, Stanford University Press, California, pp. 59-84.

BALANDIER, G., 1988, *Le Désordre*. Paris, Fayard.

BARIL, R., J.-C. MARTIN et al. 1994, « Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation, études et recherches. Montréal, Institut de recherche en santé et en sécurité au travail, rapport R-082.

BENOIST, J.-M., 1983, « Facettes de l'identité » : 13-23, in C. Lévi-Strauss, *L'identité*. Paris, Presses Universitaires de France.

BERGNER, M., 1975 « The sickness impact profile. Development of an outcome of measure of health care », *American Journal of Public Health*, San Francisco, vol 65, no 12, pp. 1304-1310. Consulté sur internet ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/65/12/13_04.pdf en octobre 2010.

BERNIER, B., 1991. *Marxism and Social Theory*. Miméo.

BERTHELETTE, D. et H. BILODEAU, 2008. « À l'abri des risques? Les inégalités et le régime de santé et de sécurité au travail » : 327-354, in K. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard (dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal. Presses de l'Université de Montréal.

BIBEAU, G., 2004, « Le capital social : vicissitudes d'un concept », *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé*, vol 10, n°1, pp. 52-70.

BLACK, D., 1988. *Inequalities in Health. The Black Report*. London, Penguin.

BONTE P. et M. IZARD. (dir.) 1991, *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris, Quadriga/Presses Universitaires de France.

BOUCHARD, L., 2009. « Capital social, solidarité réticulaire et santé » : 187-208, in K. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard (dir.), *Inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

BOUDON, R., 1984. *La place du désordre*. Paris, Presses Universitaires de France.

BOURDIEU, P., 1994. *Raison pratiques. Sur la théorie de l'action*. Paris. Seuil.

BOURDIEU, P., 1979. *La distinction : critique sociale du jugement*. Paris, Éditions de Minuit.

BOURDIEU, P., 1980. *Le sens pratique*. Paris. Éditions de Minuit et Maison des sciences de l'homme.

BOURDIEU, P., 1986. « The forms of capital » : 241-258, in J.G. Richardson (éditeur), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, New York, Greenwood. Consulté sur internet <http://www.marxists.org/reference/subject/philosophy/works/fr/bourdieu-forms-capital-htm> mai 2010.

BOURDIEU, P., 1997. « Le champ économique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol 119, no 119, 48-66. Consulté sur internet http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/arss_0335_5322_1997_num_119_1_3229, mars 2011.

BOURGOIS, P., 1995. *In Search of respect. Selling Crack in the Barrio*. Cambridge. Cambridge University Press.

BUCQUET, D. « L'indicateur de santé perceptuelle de Nottingham comme exemple de mesure de la qualité de vie liée à la santé » : *La revue de médecine interne*, Paris, vol. 12, no 4, 255-256. Consulté sur internet formathon.fr/formation_cres/Docs/Biblio/.../Nottingham.pdf octobre 2010.

CANGUILHEM, G., 1969. *La connaissance de la vie*. Paris, Librairie Philosophique.

CENTRE LOCAL DE DÉVELOPPEMENT PAPINEAU. Rapports annuels 2004-2009. Montebello. Municipalité Régionale du Canton de Papineau 2004 à 2009.

CHARTRE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ. Première conférence internationale pour la promotion de la santé. Ottawa 1991. in : Martin J. Pour la santé publique. Lausanne : Réalités sociales, 1987 : 261-265 (annexe). Consulté sur internet www.iumsp.ch/Enseignement/pregraduate/msp_chap_1.pdf le 25 avril 2011.

COGNET, M., 2004. «La vulnérabilité des immigrants : analyse d'une construction sociale» : pp. 155-188. in F. Saillant, M. Clément et C. Gaucher (dir.) *Identités, vulnérabilités, communautés*. Québec, Nota Bene.

COMAROFF, J., 1985, *Body of Power, Spirit of Resistance. The Culture and History of a South African People*. Chicago. University of Chicago Press.

COMAROFF, J. and J., 1991, *Of Revelation and Revolution: Christianity, Colonialism and consciousness in South Africa*. Chicago, University of Chicago Press.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL, 2006. « Rapport annuel d'activité 2005 ». CSST. Consulté sur internet <http://www.csst.qc.ca/index.htm> avril 2010.

CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS. Rapports annuels. Hull, CRSSSO, 1980-1990.

CORIN, E. E. et al, 1990, *Comprendre pour soigner autrement*. Montréal. Les presses de l'Université de Montréal.

CORPS EN FAMILLE, *Corporéité et famille*. Besançon, Éditeurs André Mariage et Patrice Cuynet, 2007.

DAMASIO, A. R., 2003, *Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions*. Paris, Odile Jacob.

DANCHIN, A., 1983, « Stabilisation fonctionnelle et épigénèse. Une approche biologique de l'identité individuelle » : 185-221, in Claude Lévi-Strauss (dir.), *L'identité*. Paris, Quadrige/Presses Universitaire de France.

DAVIS, S. F. et J.J. PALLADINO, 2000, *Psychology*. 3^e édition. Upper Saddle River. Prentice Hall.

DE KONINCK, M., 2008, « Un regard multidisciplinaire sur la construction des inégalités sociales de santé » : 57- 84, in K. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard (dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

DE SAUSSURE, F., 1916. *Cours de linguistique générale*. Édition Payot 1979, Paris.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC 2001, *Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998*. Hull, Régie régionale et des services sociaux de l'Outaouais, Fiches 1 à 29. Consulté sur internet http://www.santepublique-outaouais.qc.ca/pages/ind_ex_f.aspx en septembre 2008, octobre 2008, janvier, février 2009, février, mars 2011.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé de l'Outaouais 1998 : Le portrait de santé. Déterminants de la santé. L'Outaouais et ses districts de CLSC*. Hull, Régie régionale et des services sociaux de l'Outaouais, 2001, Fiches 1-91. http://www.santepublique-outaouais.qc.ca/pages/ind_ex_f.aspx

DETREZ, C., 2002, *La construction sociale du corps*. Paris. Éditions du Seuil.

DUMONT, L., 1966, *Homo Hierarchicus*. Paris, Gallimard.

DURKHEIM, E., 1912, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris. Presses Universitaires de France. 7^e édition, 1985.

DURKHEIM, Émile, 1893, *La division du travail social*. Paris, Presses Universitaires de France, 1978.

ELIAS, N., 1965, *Logiques de l'exclusion. Enquête sociologique au cœur des problèmes d'une communauté*. Paris. Fayard.

FASSIN, D., 2000, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie », *Anthropologie et sociétés*, vol. 24, no.1, 95-116.

FASSIN, D., 1996, « La santé et le politique, l'espace politique de la santé: essai de généalogie » : 3-49, *Sociologie d'aujourd'hui*, Paris, Presses Universitaires de France

FILION, J.-P., 1975, *Le premier coté du monde*. Montréal. Éditions Léméac.

FOREST, F., 1975, *Essai en épidémiologie sociale*. Zurich. Université de Zurich, doctorat, anthropologie, 1975.

FORTIN, S., 2004, « Les enjeux et défis d'une pratique pédiatrique en contexte pluraliste: réflexions théoriques » : 87-105 in S. De Plaen, *Soins aux enfants et pluralisme culturel*. Montréal, Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.

FROHLICH, K. et al., 2008, « L'émergence d'inégalités de santé dans les quartiers: Un cadre théorique » : 165-185., in K. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard, *Inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

GAFFIELD, C. et A. ALLARD, 1994, *Histoire de l'Outaouais*. Québec, Institut Québécois de recherche sur la culture (IQRS). Collection Les régions du Québec.

GALLISSOT, R., 1987. « Sous l'identité, le procès de l'identification », in *L'homme et la société*, Revue internationale de recherches et de synthèses sociologiques, vol. 1, no. 83 : 12-27.

GALLISSOT, R., et al, 2000, « Identité/Identification » in *L'imbroglia ethnique en quatorze mots clés* » : 133-143. Édité par R. Gallissot, M. Kilani et A. Rivera, Lausanne, Éditions Payot.

GEERTZ, C., 1973, *The Interpretation of culture*. New York, Basics Books.

GERIN, P. et al., 1991, « Le questionnaire, Profil de la qualité de vie subjective » (PQVS), *Thérapie*, vol 46, 131-138.

GERIN, P., 1993, « Un modèle de qualité de la vie subjective adapté aux essais thérapeutiques: intérêt chez les patients dépressifs », *Santé mentale au Québec*, vol. 18, no 2, 49-73. Consulté sur internet www.erudit.org/revue/smq/1993/v18/n2/032271ar.pdf

GIDDENS, A., 1979, *Central Problems in Social Theory*. Berkeley, University of California Press.

GIRAUD, M., 2001, « Identité », *Pluriel Recherches. Vocabulaire historique et critique des relations inter-ethniques*, cahier no.8, 39-51.

GODELIER, Maurice, 1983, *La production des grands hommes, Pouvoir et domination chez les Baruyas de Nouvelle-Guinée*. Paris, La Découverte.

GORDON, D.R., 1988, « Clinical Science and Clinical Expertise: Changing Boundaries between Art and Science in Medicine » : 257-295, in M. Lock & D.Gordon (eds.)

Biomedicine Examined. Culture, Illness, and Healing. Dordrecht, Boston, Kluwer Academic Publishers

GORDON, D.R., 1988, « Tenacious Assumptions in Western Medicine » : 19-56, M. Lock & D.Gordon (eds.), *Biomedicine Examined. Culture, Illness, and Healing.* Dordrecht, Boston, Kluwer Academic Publishers.

GUILBERT, P. et A. GAUTHIER, 2006, « Baromètres santé 2005. Premiers résultats » *Baromètres Santé*, L'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Saint-Denis. Consulté sur internet www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/888.pdf

HALL, E.T., 1966, *La dimension cachée.* Paris, Seuil, 1971.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE, 2010, INSERM. Consulté sur internet <http://www.inserm.fr/> en octobre 2010.

KAPLAN, R., M. et al., 1995, « Development of a self-administered Quality of Well-Being scale (QWB-SA): initial studies », *Quality Life Res.* vol 4.

KAPLAN, R.M. et al., 2001, « Use of the quality of well-being self-administered version (QWB- SA) in assessing health-related quality of life in depressed patients », *Journal of affective disorders*, vol. 76. Consulté sur internet www.ph.ucla.edu/s/.../PyneJ.Affective%20Disord.pdf octobre 2010

KUH, D, B. SHLOMO, 1997, *A life course approach to chronic disease epidemiology*, Oxford, United Kingdom, Oxford University Press.

KIRMAYER, L., 1993, « La folie de la métaphore », in *Anthropologie et Sociétés*, vol 17, no 1-2 : 43-55.

KLEINMAN, A., 1983, « The Cultural Meanings and Social Uses of Illness. A Role for Medical Anthropology and Clinically Oriented Social sciences in the Development of Primary Care Theory and Research », *The Journal of Family Practice*, vol 16, no 3 : 539-545.

KLEINMAN, A., 1995, « Anthropology of bioethics, *Writing at the Margin. Discourse Between Anthropology and Medicine.* Berkeley, University of California Press.

LANGLOIS, D. et L. LANGLOIS, 2005, *La psychogénéalogie. Transformer son héritage psychologique.* Montréal. Les Éditions de l'Homme.

LEAVITT, J., 1992, « Cultural Holism in the Anthropology of South Asia: The challenge of regional traditions » in *Contributions to Indian Sociology*, vol 21, no 6: 3-49.

LE BRETON, D., 1990, *Anthropologie du corps et modernité*. Paris, Quadrige/Presses Universitaires de France.

LEPLÈGUE, A. 1999, *Les mesures de la qualité de vie*. Paris, Presses Universitaires de France. Collection Que sais-je?

LEPLÈGE, A., 2001, « Introduction, enjeux, définitions » : 15-36, in J. Coste et A. Leplège (Eds.), *Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications*. Paris, Editions Estem. Consulté sur internet http://books.google.com/books?id=GCPw02usjgC&pg=PA30&lpg=PA30&dq=indice+de+sant%C3%A9+perceptuelle+de+nottingham&source=bl&ots=QDovYSHh0H&sig=gwuUj357BowvJxnB3yrk8MBeYs&hl=fr&ei=9KSxTa6bB9KEtgdDnejfCw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=7&ved=0CEwQ6AEwBg#v=onepage&q&f=false octobre 2010.

LIEBAN, R. W., 1973, « Medical anthropology »: 1031-1072, in J.J. Honigmann (dir.), *Handbook of Social and Cultural Anthropology*, Chicago, Rand MacNally.

LOCK, M., 2002, « Medical Knowledge and Body Politics »: 190-208 in Jeremy Macclancy (dir), *Exotic No More : Anthropology on the Front Lines*, Chicago University Press.

LOCK, M., 2005, « Anthropologie médicale : pistes d'avenir » : 439-467 in F. Saillant et S. Genest, *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Québec, Les presses de l'Université Laval.

MARIAGE, A. et P. CUYNET, 2007, *Corporéité et famille*. Actes du colloque international « Corps en famille », Besançon, 2006. Besançon. Éditeurs André Mariage et Patrice Cuynet.

MARZANO, M., 2007, *Philosophie du corps*. Paris. Presses Universitaires de France. Collection Que sais-je?.

MARX, K., 1845-1846, *L'idéologie Allemande*. Paris, Éditions sociales, 1965.

MASSÉ, R., 1992-1993, « Les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie: le cas de l'isolement social », *Santé Culture / Culture Health*, vol. IX, n°1, 109-138.

MASSÉ, R., 1995, *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal. Gaëtan Morin Éditeurs.

MASLOW, A.A. 1970, *MOTIVATION AND PERSONNALITY*. 2E ÉDITION. NEW YORK. HARPER COLLINS.

McALL, C., 2008, « Transfert des temps de vie et « perte de la raison » : L'inégalité sociale comme rapport d'appropriation » : 87-139, in K. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard (dir.), *Inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal. Presses de l'Université de Montréal.

MAUSS, M., 1950, *Sociologie et anthropologie*. Paris. Quadrige/Presses Universitaires de France. Collection Grands Textes.

MIHALKO, S.L. 2003, « Do changes in functional capacity influence quality of life? », *The American Journal of Medicine & Sports*, vol. 5, p. 357-362. Consulté sur internet www.wfu.edu/hes/assets/mihalko/Mihalko%20Biosketch.doc

NGUYEN, V.-K. et K. PESCHARD, 2003, « Anthropology, inequality, and disease », *Annual Review of Anthropology*, Montreal, vol. 32, 447-474.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ 2010, OMS, Consulté sur internet <http://www.who.int/fr/> en octobre 2010.

ORIOU, M., 1979, « Identité produite, identité instituée, identité exprimée : confusion des théories de l'identité nationale et culturelle », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, vol. 66, 19-28.

ORIOU, M., 1985, « L'ordre des identités », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol 1, no 2, 171-185.

POWER, E., 2005, « Les déterminants de la saine alimentation chez les Canadiens à faible revenu », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 96, supplément 3, S42-S48.

QUEVAL, I., 2008, *Le corps aujourd'hui*. Paris, Gallimard.

REIK, Wolf, 2007, Consulté sur internet <http://epigenome.eu/en/4,14,75> mai 2009.

REJESKI, W. J. & S.L. MIHALKO, 2001, « Physical Activity and Quality of Life in Older Adults », *Journal of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, vol. 56,

Special Issue II, 23-35. Consulté sur internet https://www.TheLifestudy.org/.../LI_FE_AP06-002_Published_Article_Rejeski.pdf

RIVERS, W.H.R., 1926, *Psychology and Ethnology*. London. G. Elliott Smith. 1926. 352p.<http://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=uznwumfbBJEC&oi=fnd&pg=PR9&dq=w.h.r.+rivers+psychology+and+ethnology&ots=OnOASRxcOv&sig=wJWoAni2crEn2i46Qk3QEIJkofc#v=onepage&q&f=false>. Consulté sur internet février 2010.

ROBERT, P., 2011, *Le Petit Robert. Dictionnaire Alphabétique et Analogique de la Langue Française*. J. Rey-Debove et A. Rey, (dir.). Paris, Dictionnaires Le Robert.

ROUSSEAU, J.-J., 1750, *Essai sur l'origine des langues*. Philosophie. 2008. Collection Profil textes philosophiques.

ROY, B., 1999, « Le diabète chez les autochtones. Regard sur la situation à Betsiamites, Natashquan et La Romaine » *Recherches Amérindiennes au Québec* XXIX (3) : 3-18.

SAHLINS, M., 1976, *Culture and Practical Reason*. Chicago, University of Chicago Press.

SANTE ET SERVICES SOCIAUX QUEBEC, 2008, *Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire*. Québec, La direction de la communication des services sociaux du Québec. Consulté sur internet, publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/.../08-208-01.pdf en octobre 2010.

SEN, A., 2000, *Repenser l'inégalité*. Paris. Seuil. 2000.

SEN, A., 2004, « How does culture matter? »: 37-58, in *Culture and Public Action*. Stanford, Stanford University Press, California.

SEN, A. et M. UL HAQ, 1990. Consulté sur internet http://fr.wikipedia.org/wiki/Indice_de_d%C3%A9veloppement_humain en octobre 2010.

SEYLE, H., 1974 *Stress sans détresse*. Montréal, Les Éditions La Presse.

SHANNON, H.S. ET G.S. LOWE. 2002. « How many injured workers do not file claims for workers compensation benefits? », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 42.

SHEPHARD, R.J. et A. RODE. *The health consequences of « modernization » Evidence of circumpolar peoples*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC. Documents et publications. Données et statistiques 2009. SAAQ. Consulté sur internet <http://www.saaq.gouv.qc.ca/> en octobre 2010.

SOCIÉTÉ D'AIDE AU DÉVELOPPEMENT DES COLLECTIVITÉS DE PAPINEAU INC, 2011. Rapports annuels 1989 à 2010. Buckingham. Réseau des Société d'aide au développement des collectivités (SADC) du Québec.

TREND OBSERVER, 2008, consulté sur internet <http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/actualites/tendancesemer-gentes-2008-selon-trend-observer> en octobre 2010

VERMEERSCH, S., 2009, « Que faire du « plaisir en sociologie »? L'exemple de l'engagement bénévole » : 71-80, in S. Bethon, S. Chatelain, M.-N. Ottavi et O. Wathélet (dir.), *Ethnologie des gens heureux*. Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'Homme.

CENTRE DE LIAISON SUR L'INTERVENTION ET LA PRÉVENTION PSYCHOSOCIALE, 2010, consulté sur internet, www.clipp.ca, octobre 27, 28, 2010.

WALDRAM, J.B., 1996, *Aboriginal Health in Canada; Epidemiological perspectives*. Toronto. Harper Press. 1996. 304 pages.

WARE, J. E. Jr., 2004, « SF-36 health survey update », *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*, Tufts University Medical School, vol. 3, 693-718. Consulté sur internet <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml> octobre 2010.

WEBER, M., 1985, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*. Paris, Plon.

www.Wikipédia.ca. Consulté sur internet octobre, novembre 2010, avril 2011.

WILKINSON, R.G., 1996, *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London et New York, Routledge.

ANNEXE I

QUESTIONS GÉNÉRALES D'ENTREVUE DES FAMILLES

SANTÉ

1-Selon vous, c'est quoi être en santé?

2-Comment expliquez-vous votre niveau de santé?

3-Par rapport aux personnes de votre génération dans votre entourage, vous considérez-vous plus ou moins en santé qu'eux?

4-En se référant à votre mode de vie familial, quels sont les facteurs qui contribuent ou qui ont contribué le plus à votre niveau de santé? (loisirs, soutien et réseau social, habitudes)

5-Pensez-vous que le fait de chasser, pêcher et cueillir des plantes comestibles contribue à votre état de santé?

6-Pensez-vous que de manger de la viande sauvage, du poisson pêché et de cueillir des plantes comestibles contribuent à votre état de santé?

7-Pourquoi jardinez-vous? Est-ce que cela est un plus pour la santé?

8-Selon vous, avez-vous une alimentation saine et équilibrée?

MALADIE

9-En se référant à votre mode de vie familial, quels sont les facteurs qui contribuent ou qui ont contribué le plus à la maladie?

10-Prenez-vous des médicaments? Croyez-vous que votre consommation de médicaments contribue à l'amélioration de votre santé?

11-Le stress nuit-il à votre santé?

12-Selon vous, que faut-il faire pour prévenir la maladie et rester en santé?

13-Pensez-vous que certaines mauvaises habitudes que vous aviez dans le passé affectent votre santé actuelle?

14-Dans votre façon de vous alimenter, y a-t-il des aliments qui sont mauvais pour votre santé?

15-Y a-t-il dans votre environnement des facteurs qui sont néfastes pour votre santé? Y en a-t-il qui peuvent être bons pour votre santé?

16-Dans le questionnaire auto administré, vous avez répondu que votre santé serait meilleure dans l'avenir? Qu'est-ce qui vous fait dire cela?

CORPS

17-Pensez-vous que les émotions peuvent vous rendre malade ? Comment?

18-Pensez-vous que votre corps et votre esprit peuvent être affecté par des comportements ou des problèmes créés par les autres au point de vous rendre malade?

19-Croyez-vous que la résistance ou la non résistance à la douleur sont des facteurs qui peuvent influencer votre niveau de santé?

FAMILLE

20-Pensez-vous que les habitudes de vos parents à l'égard de la santé (la leur et la vôtre) ont contribué à façonner votre attitude face à la santé?

21-C'est quoi une famille pour vous?

22-Votre famille était-elle une famille solidaire?

23-Pensez-vous que cela a pu influencer votre santé?

24-Croyez-vous que le type de relation que vous avez eu avec vos parents a influencé votre santé ou bien la leur?

25-Croyez-vous que le type de relation que vous avez eu avec vos enfants ait pu influencer leur santé ou la vôtre?

26-Croyez-vous que les maladies actuellement vécues au sein de vos familles respectives puissent être reliées à celles actuellement vécues dans votre famille?

27-À quoi attribuez-vous la venue de ces maladies?

SOCIÉTÉ

28-Pensez-vous que les conditions de vie existant dans votre enfance et votre jeunesse étaient plus favorables à la santé que celles qui existent aujourd'hui?

29-Croyez-vous que les problèmes de santé auxquels la société fait face aujourd'hui sont dus aux mêmes causes que lorsque vous étiez jeunes adultes?

30-Croyez-vous que l'environnement physique et social qu'offre la campagne est un facteur qui favorise la santé?

31-Êtes-vous solidaire de votre communauté? La communauté est-elle solidaire envers vous? Pensez-vous que la solidarité d'une communauté peut influencer la santé des individus?

32-Pensez-vous que la distance à parcourir pour obtenir des services de santé adaptés à vos besoins ait pu affecter négativement votre niveau de santé?

33-Pratiquez-vous une forme de spiritualité? Pensez-vous que la pratique ou l'absence de pratique spirituelle vous a aidé à garder une meilleure santé? Comment?

34-Croyez-vous que votre niveau de revenu et votre position sociale a favorisé ou défavorisé votre santé?

35-Pensez-vous que votre niveau d'instruction a eu une influence sur votre capacité à réagir aux imprévus de la vie? Sinon, quelle qualité vous a aidé à vous adapter aux imprévus et aux changements de la vie?

36-Pensez-vous que le travail (autonome) et ses responsabilités ont favorisé votre santé?

QUALITÉ DE VIE

37-Quelle est votre définition de la qualité de vie?

38-Quels sont les facteurs les plus importants qui contribuent à votre qualité de vie?

39-La vie est-elle stressante? Le stress est-il un facteur positif ou négatif ou bien les deux?

40-Dans le questionnaire vous avez répondu que l'amour améliorerait la qualité de vie : comment cela se concrétise-t-il?

41-Vous avez aussi répondu que l'hygiène de vie améliore la qualité de vie? Pouvez-vous m'expliquer comment?

42-Est-ce que prendre le temps de vivre est un facteur qui aide à la santé? Votre rythme de vie est-il un facteur positif pour la santé?

43-Le hasard semble jouer un rôle important dans vos vies : cela a-t-il influencé votre santé?

ANNEXE II

QUESTIONS AUX ADMINISTRATEURS

1-Quels sont les outils médiatiques que les professionnels de la santé utilisent le plus souvent dans la construction de leurs connaissances cliniques?

2-Pensez-vous que les statistiques reflètent la réalité de manière fiable?

3-La catégorisation de classes socio-économiques est-elle le résultat de normes et de statistiques arbitraires? Les marques distinctives retenues pour élaborer une catégorie sont-elles arbitraires?

4-Qui nomme les groupes et les catégories à risques?

5-La construction des objets à réguler est-elle biaisée?

6-La construction des catégories à risques est-elle le produit d'une interprétation culturelle?

7-Quels sont les facteurs principaux qui construisent la vulnérabilité des groupes à risques?

8-Croyez-vous que la culture familiale exerce une influence notable sur la santé?

9-Où se situe l'interface entre famille et institutions de santé?

10-Pensez-vous que les comportements à risque pour la santé sont ancrés dans les pratiques sociales et la culture des populations ou peuvent-ils aussi être un reflet des politiques de santé?

11-La pauvreté est-elle l'expression d'une dynamique sociale d'aliénation et de marginalisation émergeant d'un contexte socio-historique particulier?

12-Une région peut-elle être déterminée par un destin commun à causes de contraintes structurelles historiques?

13-Pensez-vous que les catégories à risques telles que les classes économiquement défavorisées représentent un risque pour l'équilibre social?

14-D'après vous quel est le poids des conditions sociales, économiques, du niveau d'éducation, du sexe et du soutien social dans le maintien de la santé?

15-Croyez-vous que la catégorisation des groupes à risques participe à une logique de dominations des classes?

16-Est-ce que les statistiques créent des catégories en exaltant les différences et qui participent à leur stigmatisation?

17-Croyez-vous qu'il existe un lien réel entre inégalités socio-économiques et niveau de santé?

18-Pensez-vous qu'il existe une connexion forte entre situation économique, niveau de protection sociale d'une population et modes d'actions de l'état?

19-Les conditions socio-économiques et les politiques de santé sont-elles les principaux déterminants de la santé?

20-Pensez-vous que les transformations dans l'économie locale ont influencé le niveau de santé de la population locale?

21-Pensez-vous que la maladie et la santé relèvent plus de la qualité de vie ou du statut socio-économique?

22-Pensez-vous que le niveau de revenu est un déterminant social majeur de l'espérance et de la qualité de vie?

23-Pensez-vous qu'il existe une qualité de vie locale et particulière pouvant influencer la santé?

24-Comment se définit la qualité de vie?

25-Selon vous quels peuvent être les indicateurs non répertoriés qui contribuent de façon significative à la variation de la santé et à la prévalence des maladies?

26-Croyez-vous que l'accessibilité des soins et des technologies exerce une influence sur le niveau de morbidité et la prévalence des maladies en région rurale?

27-La santé publique est-elle le domaine privilégié d'expression du politique? Y-a-t-il un lien entre le savoir médical et les pratiques politiques?

28-Pensez-vous que les niveaux de santé des individus et des populations peuvent être influencés par les conséquences de contraintes structurelles?

29-Est-ce que la bureaucratisation élevée de la gestion de la santé améliore ou diminue la qualité des soins aux malades?

30-L'invasion du champ de la santé par l'état et les syndicats a-t-elle eu comme conséquence de modifier la définition de la santé, de la maladie, du normal et du pathologique?

31-Croyez-vous que l'émergence d'un espace politique de la santé a marqué une rupture dans l'histoire des rapports entre le corps social et le corps biologique?

32-Croyez-vous que les idéologies médicales influencent les représentations symboliques de la santé et ainsi pénètrent l'espace privé?

33-Croyez-vous que les formes de représentations actuelles que prend la médecine reflètent les valeurs sociales en cours?

34-L'orientation des politiques de santé répond-t-elle adéquatement aux besoins des gens?

QUESTIONS AUX TRAVAILLEURS SOCIAUX

1-Pensez-vous que dans la région de la Petite-Nation il existe une culture familiale particulière très développée?

2-En égard de la santé, croyez-vous que la culture familiale exerce une influence notable?

3-Jusqu'à quel point pensez-vous que la culture familiale détermine les comportements face à la maladie?

4-Quelles sortes de représentations du corps constatez-vous parmi vos bénéficiaires?

5-Comment la maladie est-elle vécue et représentée?

6-Comment la santé est-elle vécue et représentée?

7-Les problèmes psycho-sociaux des familles sont-ils le résultat d'un héritage familial?

8-Quels sont les enjeux de santé d'une famille par rapport à la position sociale qu'elle occupe au sein de sa communauté?

9-Où se situe l'interface entre famille et institutions de santé?

10-Pensez-vous que les comportements à risque pour la santé sont ancrés dans les pratiques sociales et la culture des populations ou peuvent-ils aussi être un reflet des politiques de santé?

11-Croyez-vous que les inégalités socio-économiques affectent le corps physique?

12-D'après vous, quel est le poids des conditions sociales, économiques, du niveau d'éducation, du sexe et du soutien social dans le maintien de la santé?

13-La transformation de l'économie locale a-t-elle influencée le niveau de santé de la population?

- 14-Croyez-vous que les transformations sociales, culturelles et économiques des individus transforment leur définition et leur rapport au corps, à la santé, à la maladie?
- 15-Croyez-vous qu'il existe un lien réel entre inégalités socio-économiques et niveau de santé?
- 16-Les conditions sociales et les politiques de santé sont-elles les principaux déterminants de la santé?
- 17-La pauvreté est-elle l'expression d'une dynamique sociale d'aliénation et de marginalisation émergeant d'un contexte socio-historique particulier?
- 18-Que pensez-vous que toute la question du statut socio-économique s'appuie sur la représentation de ce qu'est le travail?
- 19-La définition d'un statut de normalité/altérité relève-t-elle d'une question socio-culturelle?
- 20-Croyez-vous que l'assignation d'une catégorie sociale à un individu puisse être intériorisée par celui-ci?
- 21-Pensez-vous que le niveau de revenu est un déterminant social majeur de l'espérance et de la qualité de vie?
- 22-Pensez-vous que les conditions de pauvreté vécues pendant l'enfance perpétuent des comportements à risque pour la santé même chez les adultes ayant monté dans l'échelle sociale?
- 23-Croyez-vous que l'identité ait un rapport avec la santé?
- 24-Pensez-vous que la maladie et la santé relèvent plus de la qualité de vie ou du statut socio-économique?
- 25-Comment se définit la qualité de vie?
- 26-La définition de l'être est-elle liée à la définition de la qualité de vie?
- 27-Croyez-vous que la condition physique, psychique et mentale des individus est consubstantielle à leur entourage social et l'environnement?
- 28-L'orientation des politiques de santé répond-t-elle adéquatement aux besoins des gens?
- 29-Croyez-vous que les formes de représentations actuelles que prend la médecine reflètent les valeurs sociales en cours?

QUESTIONS AUX MÉDECINS

FAMILLE

1-Pensez-vous que dans la région de la Petite-Nation il existe une culture familiale particulière?

2-Jusqu'à quel point pensez-vous que la culture familiale détermine les comportements face à la maladie?

3-Le corps peut-il être la représentation d'un historique familial intergénérationnel?

4-La culture familiale en égard de la santé est-elle, parfois, souvent, ou jamais en opposition avec les modèles biomédicaux et institutionnels?

5-Où se situe l'interface entre famille et institutions de santé? Quelle place est donnée au contexte familial dans l'émergence de la maladie?

6-Dans les cas de maladie grave les familles collaborent-elles avec les médecins?

7-Y a-t-il un frein structurel s'opposant à la collaboration des familles avec l'institution médicale?

8-Avez-vous déjà été témoin d'un échec thérapeutique à cause de valeurs familiales opposées au modèle biomédical?

9-Quels sont les enjeux de santé d'une famille par rapport à la position sociale qu'elle occupe au sein de sa communauté?

10-Pensez-vous que le niveau de revenu d'une famille est un déterminant majeur de la qualité et de l'espérance de vie?

QUALITÉ DE VIE

11-Pensez-vous qu'il existe une qualité de vie locale et particulière pouvant influencer la santé?

12-Les questions touchant au sens de la vie et la qualité de vie sont-elles abordées dans le contexte clinique et médical?

13-La définition de la qualité de vie est-elle liée à la définition du statut social et économique?

INDIVIDU

14-Croyez-vous que la condition physique et psychique des individus est liée à leur entourage social et à l'environnement?

15-Croyez-vous qu'un mauvais traitement social tel que la médisance, l'ostracisme, le harcèlement puissent provoquer l'émergence d'une maladie chez un individu?

16-Pensez-vous que les souffrances importantes et les grandes douleurs ont un lien avec des significations fondamentales propre à l'individu et sa culture?

17-Croyez-vous que l'identité a un rapport d'influence sur la santé?

18-Est-ce que la maladie modifie le soi et son identité?

19-Croyez-vous que l'assignation d'une catégorie sociale à un individu puisse être somatisée par celui-ci?

20-Pensez-vous que la préservation de la santé est une responsabilité strictement individuelle?

21-Observez des décalages entre le discours qu'un individu a de la santé et ses conduites pour la maintenir? Est-ce un phénomène récurrent? Croyez-vous que cela exerce une influence notable sur les pronostics et le niveau de morbidité au niveau populationnel?

DÉFINITION DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE

22-Croyez-vous important que la médecine ainsi que la gestion de la santé publique prenne en considération la complexité de la relation entre l'individu et son environnement physique et social?

23-Pensez-vous que les modèles formels de la biomédecine limitent son habilité à représenter la variabilité des signes pathologiques observés chez les patients?

24-Est-ce que le modèle biomédical appliqué à l'interprétation de la maladie opère une réduction de sa définition?

25-Avez-vous déjà constaté si la valeur attribuée à la santé est liée à l'idée que l'on se fait de la souffrance?

26-Pensez-vous que la médecine influence la symbolisation du corps, de la santé et de la maladie?

27-Pensez-vous que la maladie est un phénomène biologique autonome?

28-La biologie humaine est-elle imperméable aux valeurs, à la culture au contexte social?

29-La maladie est-elle la plupart du temps psychosomatique?

30-Pourquoi le DSM4 ne tient-il pas compte des influences locales dans le développement des maladies mentales et des problèmes psycho-sociaux?

SOCIÉTÉ, CULTURE, ÉCONOMIE

31-Dans quel contexte l'émergence d'une maladie peut-elle être considéré comme le résultat d'un facteur social ou culturel?

32-D'après vous, quel est le poids des conditions sociales, économiques et culturelles dans le maintien de la santé?

33-Croyez-vous que les transformations sociales, culturelles et économiques de la société moderne influencent les rapports de l'individu avec son corps, sa santé et la maladie?

34-Les transformations dans l'économie locale influencent-t-elles le niveau de santé de la population?

35-Croyez-vous que l'inégalité socio-économique puisse affecter le corps physique et le psychisme?

NORMALISATION ET CATÉGORIES

36-Quels sont les outils médiatiques que les professionnels de la santé utilisent le plus souvent dans la construction de leurs connaissances cliniques?

37-Le médecin a-t-il l'autorité légitime, et le droit de décider de ce que doit être un seuil de vie normale? De vie de qualité?

38-La fréquence et le type de maladie varient-elles en fonction de l'origine d'un individu ou d'un groupe?

39-Les personnes économiquement défavorisées entretiennent-elles des rapports négatifs avec les intervenants en santé?

POLITIQUES D'ÉTAT

40- Pensez-vous que les comportements à risque pour la santé sont uniquement ancrés dans les pratiques sociales et la culture des populations ou peuvent-ils aussi être un reflet des politiques de santé?

41-Pensez-vous que l'état de santé d'un individu peut être influencé par des contraintes d'origine structurelle et bureaucratique?

- 42- Pensez-vous que les maladies se distribuent dans des directions socio-économiques et géographiques influencées par les politiques d'économie de la santé de l'état?
- 43- La pauvreté est-elle l'expression d'une dynamique sociale d'aliénation et de marginalisation émergeant d'un contexte sociopolitique et historique particulier?
- 44-Croyez-vous que la reconnaissance ou non reconnaissance de certaines maladies puisse être déterminé par des enjeux politiques?
- 45-L'invasion du champ de la santé par les compagnies d'assurances, les employeurs et l'état a-t-elle eue comme conséquence de modifier la définition de la santé, de la maladie?
- 46-Êtes-vous au courant si des décisions thérapeutiques prises en institution ou en clinique ont été influencées par des intérêts financiers, de pouvoir social ou politique?
- 47-Est-ce que la promotion et la prévention de la santé s'effectuent en amont ou en aval des déterminants sociaux de la maladie?
- 48-Croyez-vous que l'orientation des politiques de santé répond adéquatement aux besoins de la population locale?