

L'APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE DANS LA RECHERCHE DE L'ETIOLOGIE DE L'OTITE MOYENNE CHEZ LES ENFANTS INUIT¹

Rose Dufour

FORMULATION DE L'ETAT DE NOS CONNAISSANCES ET DU PROBLEME POSE

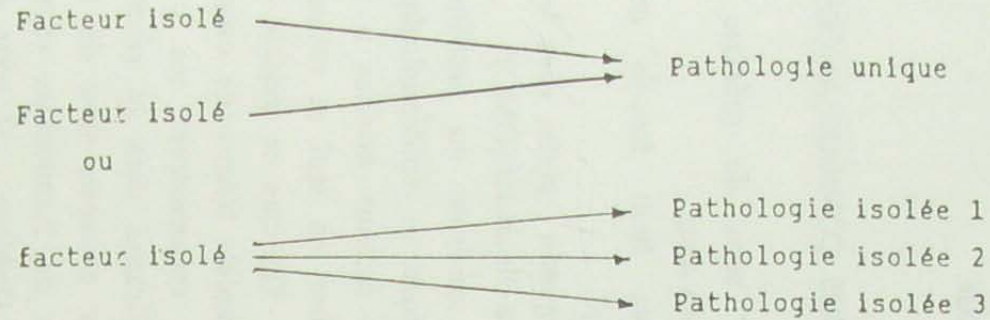
Les deux questions qui ont servi de prétexte à cette recherche et qui ont été laissées en suspens sont:

- i. Pourquoi les enfants Inuit font-ils des otites moyennes aiguës (OMA)?
- ii. Comment l'otite moyenne aiguë, chez les enfants Inuit, évolue-t-elle vers la chronicité (OMC)?

Je suis partie de la vision médicale du problème. La caractéristique de la recherche clinique et épidémiologique, donc des centaines de recherches sur les facteurs associés à l'étiologie de l'otite moyenne (OM), est d'utiliser un seul et même modèle théorique: celui appelé bio-médical. Quoique ce modèle soit celui d'un système, il a été réduit à un modèle binaire de causalité qui, malgré toutes les limites que lui reconnaissent ses utilisateurs mêmes, a démontré une grande efficacité dans la résolution de certains problèmes posés comme, par exemple, celui de l'étiologie des maladies infectieuses, qui a eu de formidables répercussions sur les conceptions occidentales de l'hygiène. Il n'est donc pas question d'exclure ce modèle théorique, qui demeure pertinent et nécessaire à la compréhension du système (Figure 1).

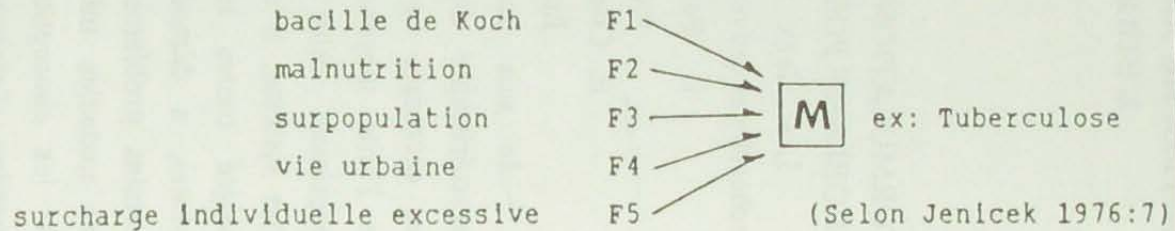
Au delà des limites du modèle théorique, l'examen de son application a fait apparaître un paradoxe qui empêche celui-ci de donner tous les résultats escomptés. Le paradoxe tient aux lieux de la pratique et des méthodes des disciplines concernées. On a

Figure 1 : Schéma habituel interprétatif de la maladie



(Selon Glodberg 1982:67)

Réseau de causes de la maladie



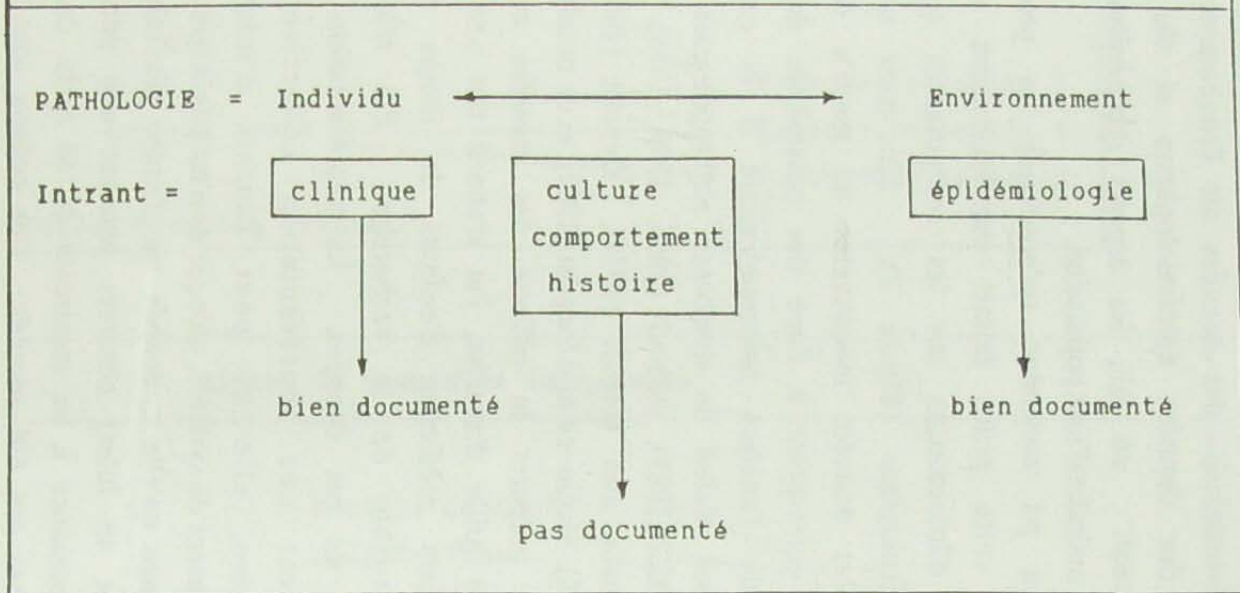
pu constater que ce modèle s'inscrit dans une perspective plus large du système écologique, qui reconnaît la maladie comme le résultat d'une interrelation entre l'individu et son environnement. Pour comprendre un problème de santé, ce modèle requiert quatre types d'information: des données sur l'environnement, des données cliniques, des données épidémiologiques et des données sur le comportement: en fait, les aspects socio-culturels des états de santé et de maladie d'une population.

On a pu constater qu'appliquée au problème de l'otite moyenne, cette grille faisait immédiatement ressortir l'absence complète d'information sur les composantes socio-culturelles du système écologique (Figure 2). J'ai dans un premier temps complété les données manquantes du modèle écologique. Cette démarche correspond à l'une des possibilités de l'application des résultats de l'analyse anthropologique à la recherche médicale, comme l'ont réalisé de nombreux anthropologues médicaux comme Aaby *et al.* (1983), Alland (1966, 1969, 1970), Armelagos *et al.* (1978), Austin and Werner (1974), Benoist (1984), Cassel (1964), Dunn (1968), McQueen and Siegrist (1982), et de nombreux autres.

Pour préparer la collecte des données avec la population selon cette grille d'analyse, j'ai d'abord fait une collecte à partir des dossiers médicaux d'enfants de moins de cinq ans, la population-cible de la recherche. J'ai réalisé une analyse statistique de ces données. La représentation que celle-ci m'a fournie est une représentation collective, numérique et comparative; elle ne peut fournir d'information sur le fonctionnement du système, puisque ce n'est pas là son objectif.

L'image qu'elle a donnée est d'ordre général: 101 enfants (53 garçons et 48 filles) observés pendant une période s'échelonnant de leur naissance à un maximum de 66 mois, dont 36 (22 garçons et 14 filles) ont été adoptés. Ces enfants sont plutôt petits à la naissance et majoritairement allaités, s'ils ne sont pas adoptés. Les mères, dans le sens de génitrices, sont globalement plus jeunes que les mères qui adoptent. Ces dernières adoptent le plus souvent leurs propres petits-enfants, et la maternité, dans son sens restrictif de prendre soin d'enfants, cesse avec la soixantaine.

Figure 2 : Le paradoxe médical dans la recherche étiologique
à perspective écologique



La description statistique de l'état de santé de ces enfants, en fait de leur état de maladie, a fait ressortir que l'OM justifie le plus grand nombre de consultations au dispensaire; que 75 pour cent des consultations diagnostiquent un problème ayant trait aux oreilles, à la bouche et aux voies respiratoires supérieures, en soi un sous-système du point de vue de l'anatomo-pathologie. La malnutrition est présente, de même que plusieurs fractures de la clavicule. Les filles semblent être amenées plus souvent pour une OM que les garçons, l'oreille droite est plus souvent atteinte que la gauche, et la bilatéralité de l'OM est saisissante. Finalement, on peut penser que la variation des saisons joue un certain rôle dans la production de la maladie, et il faut aussi retenir que les enfants adoptés, s'ils font proportionnellement un petit peu plus d'OM que les non-adoptés, font aussi davantage de pneumonie.

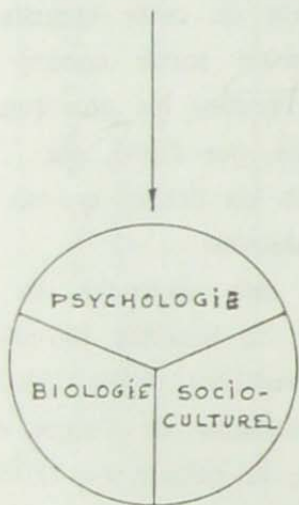
La deuxième application que j'ai faite de cette connaissance statistique de la population a été de m'en servir comme d'un canevas géographique pour m'indiquer les familles les plus touchées et celles les moins touchées par la maladie, par l'OM, etc. Voilà donc résumée cette première représentation de l'otite, qui se situe complètement à l'extérieur de son système producteur.

Pour m'en rapprocher, j'ai utilisé une approche de type anthropologique. Celle-ci, par opposition au modèle bio-médical, dispose de plusieurs modèles théoriques (Tremblay 1983a, 1983b), et permet donc de faire autant de représentations de l'objet étudié qu'il y aura de modèles utilisés. En fait, la culture en raison de la complexité du concept vu comme un système faisant partie lui-même d'autres systèmes et générant lui-même d'autres systèmes (Figure 3), ne pouvait pas être réduite au statut de facteur de risque ou de simple variable. Partant de ces deux constats et me centrant dorénavant dans les lieux et les conditions de la production de l'otite, j'ai tenté d'opérationnaliser un modèle que j'ai qualifié de systémique. Le mot "système" est plus que l'adjectif créé à partir du mot "système," et doit être entendu dans le sens retenu par Watzlawick *et al.* (1972), c'est-à-dire une théorie des systèmes en interaction.

Figure 3 : L'interrelation entre la culture et la santé.

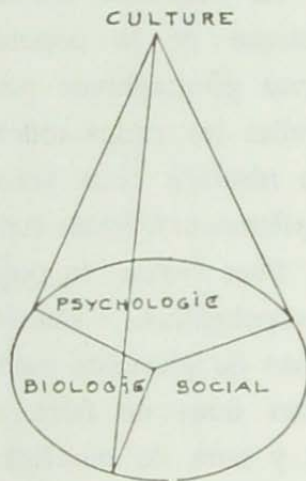
SELON L'OMS:

La santé est un état
de bien-être de toutes
les dimensions de la
personne



EN FAIT:

La culture transforme
et modifie toutes les
dimensions de la personne



Le premier système décrit fut celui que j'ai qualifié de système d'écologie culturelle. J'ai voulu mettre à jour une première dynamique de relations à partir du modèle écologique utilisé par la médecine et compléter l'information manquante. Pour ce faire, j'ai travaillé autour de la variable "se garder au chaud" avec un schéma relativement simple. J'ai retenu comme composantes de ce système: le climat et ses variations, l'adaptation physique au froid, la conception culturelle du froid et l'adaptation culturelle au froid -- laquelle adaptation modèle les comportements comme ceux se rapportant au vêtement, aux sorties, etc. La comparaison de la société Inuit sédentaire à la société Inuit nomade puis la comparaison ethnique entre les Inuit et les Indiens Cris, font encore plus parler les données.

La représentation ainsi obtenue est certainement plus descriptive de la réalité. Elle nous informe plus largement sur la matérialité de la maladie. En résumé, rappelons que contrairement à l'idée prévalente, les deux groupes autochtones de Kuujjaurapik, quoique vivant dans un même village, ne sont pas nécessairement soumis à des conditions climatiques identiques. Ceci étant dit, l'interrelation écologique a montré que culturellement le peuple Inuit est harmonisé et se sent fort en relation avec son environnement (conception culturelle du froid), qu'il en a une connaissance précise et qu'il compte sur son adaptation physique et culturelle. Ce modèle d'adaptation soulève précisément la question de son ajustement dans la société sédentaire. La culture montre un raffinement du détail qui peut ici faire toute la différence lorsqu'elle inclut les composantes d'un système, alors que prises isolément, celles-ci seraient insignifiantes. Ces éléments sont, entre autres, les nouveaux tissus utilisés dans la fabrication de l'amauti et des vêtements des enfants, les matériaux des maisons, et les types de fabrication des maisons dont, par exemple, le fait que les maisons soient construites sur pilotis. Ces nouveaux tissus et matériaux, conséquences de la sédentarisation et du modernisme, s'allient aux conceptions culturelles pour justifier d'anciens comportements maintenus dans un contexte inapproprié (comme par exemple, garder tous ses

manteaux à l'intérieur, garder l'enfant dans l'amauti), ou de comportements, en soi culturellement justifiés mais qui auront des conséquences dévastatrices dans le contexte moderne, comme l'est peut-être une certaine libéralité alimentaire en regard des enfants, alors que ce qui est offert dans les magasins est loin d'être toujours favorable pour la santé.

La comparaison ethnique avec les Cris fait ressortir ici beaucoup plus l'altérité que l'identité. Les conceptions sont différentes, les adaptations, tant physiques que culturelles, sont différentes, et le résultat est aussi différent. Si chez les deux groupes ethniques, il y a production d'OMA, il n'y en a qu'une chez qui celle-ci évoluera vers la chronicité. L'otite ne se pose donc plus maintenant dans un rapport cause/effet, mais comme l'extrait du système écologique. Conformément donc au fonctionnement de celui-ci, l'exercice a consisté à l'ouvrir à l'environnement, puisque c'est un système biologique. Reprenons les trois propriétés de ce système ouvert, qui s'appliquent à l'interaction: la totalité, la rétroaction et l'équifinalité. Elles signifient:

1. que conformément à la totalité, la modification de l'équilibre organisé par l'interrelation du quatuor climat/adaptation physique au froid/conception culturelle du froid/adaptation culturelle au froid peut produire une otite.
2. que conformément à l'équifinalité, les mêmes conséquences peuvent avoir des origines différentes parce que c'est la structure qui est déterminante; le corollaire est également exact: des effets différents peuvent avoir les mêmes causes, l'extrait peut aussi être autre chose que l'otite.
3. et que finalement et conformément à la rétroaction, les éléments du système ne sont pas reliés de façon sommative et unilatérale: la configuration de ces "facteurs" produisant l'otite peut différer d'un enfant à un autre.

L'ennui avec ce type de modèle est de ne pas pouvoir s'offrir la prétention d'être capable d'affirmer: "La cause ou les causes de l'otite sont. . . ." On ne peut que donner une réponse complexe qui retourne la personne concernée à elle-même pour identifier qui dans le système élabore ses objets, ses attributs, ses relations et son environnement; voilà ce qui produit l'otite.

UN DEUXIEME NIVEAU DE CONNAISSANCE DE L'OM

L'exercice suivant consistera à faire un "détour par la culture; l'otite n'est pas culturelle mais elle est liée au culturel."² Il s'agit d'articuler les informations obtenues et recueillies à un autre niveau de la représentation, laquelle "renvoie à autre chose qu'elle-même et est susceptible de l'expliquer" (Laplantine 1987: 112). J'ai choisi de la faire par la communication: la communication intra-culturelle et extra-culturelle.

A. La communication intra-culturelle

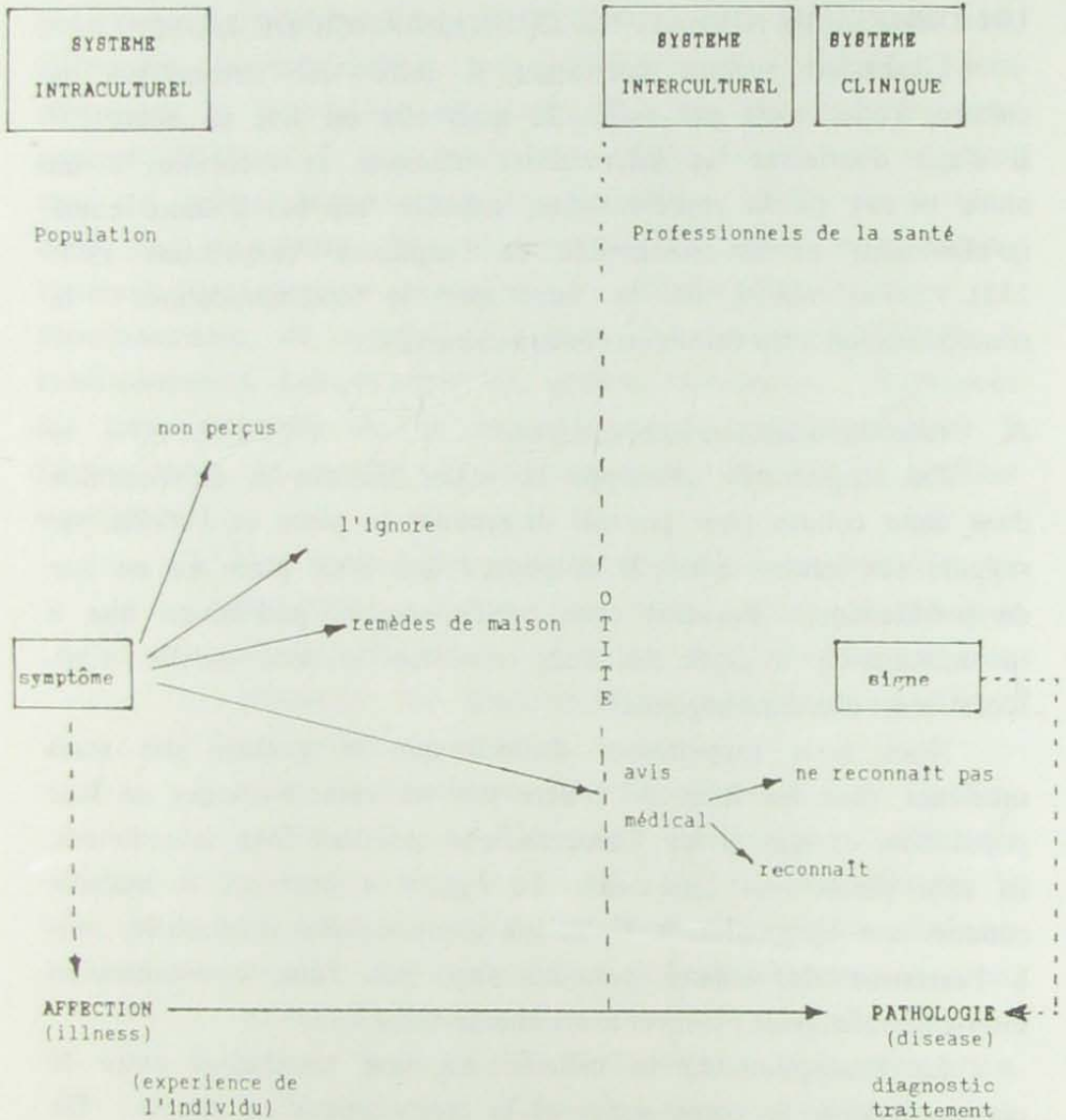
J'ai longuement développé la valeur du son et de l'audition dans cette culture pour pouvoir déterminer la place de l'oreille par rapport aux autres sens. Il m'apparaît que cette place en est une de prédilection. Pourtant cette oreille semble, pourrait-on dire à ce moment-ci, négligée, si l'on considère le sort qu'elle subit. L'oreille est-elle donc négligée?

Nous nous rappellerons d'abord que le système des soins médicaux chez les Inuit ne reflète pas les caractéristiques de leur population, et que si les Eurocanadiens semblent bien intentionnés, ils sont plutôt mal informés. La Figure 4 introduit la maladie comme une transaction à l'intérieur d'une culture déterminée, puis à l'extérieur de celle-ci puisqu'il s'agit ici d'une communication inter-culturelle, pour y trouver le système clinique.

La conception de la maladie est une transaction entre le corps physique, le corps social et la cosmologie d'un peuple. De la perception du signe à l'intervention, plusieurs grilles culturelles doivent être traversées: celles de la culture impliquée, puis celles de la relation inter-culturelle et clinique.

Figure 4

PERCEPTION ET DIAGNOSTIC DE L'OTITE MOYENNE
DANS UN CONTEXTE DE DIVERSITE CULTURELLE



Le développement que j'ai élaboré à partir des données recueillies sur la vision populaire de l'OM et du système médical populaire Inuit ne peut pas se superposer à celui du système médical professionnel. Il s'en distingue de plusieurs façons dont l'essentiel pourrait se situer autour de l'importance accordée au signe. Nous accordons beaucoup d'importance au signe physique, alors que cette recherche ne fait pas pointer l'importance du signe au même endroit. Je ne veux pas dire que le signe physique n'est pas considéré, ce serait certainement faux, mais indiquer qu'il n'a ni la même importance, ni le même sens. Puisque les modèles conceptuels sont différents et que l'interprétation de la maladie fait partie du système culturel, il est nécessaire de comprendre profondément le point de vue de la population. C'est la dynamique à l'intérieur de la famille, puis celle entre les familles et avec le dispensaire sur un mode particulier pour s'occuper de la maladie, qui prend ici tout son sens. La recherche effectuée par Grondin (1987, 1988) accentue et confirme que loin d'être totalement dépendantes du système de soin, les interventions viennent de la culture de santé du groupe et sont acquises par l'expérience (Kleinman 1978). Ceci nous conduit directement à la communication inter-culturelle et clinique.

B. La communication inter-culturelle et clinique

Le concept-clé de la communication inter-culturelle dans un contexte de dispensation de soins médicaux est sans conteste, selon Kleinman (1978), la reconnaissance du système médical populaire. C'est parce que la maladie marque un effort de communication dont les clefs sont dans la métaphore, en tant que symboles derrière les symptômes (Devisch 1986), que l'utilisation des trois axes intégration-désintégration, compétence-dépendance et ouverture-fermeture (Bibeau *et al.* 1985), s'est avérée pertinente et opérationnelle.

Ces trois axes ont tout à voir avec le processus culturel et son dynamisme. Le premier, l'axe intégration-désintégration, s'intéresse au niveau macroscopique de la communauté de Kuujuarapik, mais aussi à l'ensemble de la population Inuit. Il

n'y a aucun doute que cette société manifeste des signes d'ajustement, comme en témoignent le référendum de l'automne 87, l'état et les conditions de l'exercice de la justice (Bouchard et Pelletier 1986), le dynamisme économique (Duhaime 1987) et, dans une certaine mesure, la demande d'aide en santé et le type d'utilisation faite des soins médicaux (Grondin 1988).

Le deuxième axe, celui de la compétence-dépendance qui a trait au sentiment de possession et de contrôle de ce qui se passe dans la communauté, et le troisième axe, l'ouverture-fermeture, sont au coeur même des messages symboliques de la communication interculturelle; et l'un de ces messages, c'est l'otite. L'otite est le coeur chez nous, c'est la manifestation des problèmes sociaux et culturels de la société Inuit moderne. Sa compréhension tient au raisonnement suivant.

Dans une société à tradition orale, la parole est importante. Tout passe par la parole ou son antithèse, le silence. La parole retenue ici a été celle bien sûr des mots, la parole littérale des répondants, puis celle exprimée symboliquement dans la gravure et le mythe. La clé de ce système métaphorique (Devisch 1986 dit: "La clef est le symbolisme du corps. C'est ce qui relie les différents niveaux du système") c'est l'otite, qui se situe à la frontière de la communication intra-culturelle, inter-culturelle et clinique, et que j'ai indiquée par une ligne pointillée sur la Figure 4: "c'est un verrou qui entretient, qui oriente un système relationnel qui reproduit un problème particulier."³

Le message donné par le système de soins professionnels est: "Nous sommes prêts à vous aider, mais vous n'avez rien à nous dire; nous n'avons rien à entendre."⁴ Vous avez des problèmes, nous avons la clé."⁵

LE PROBLEME DE L'OTITE, C'EST SA SOLUTION⁶

Mon exposé arrive maintenant à son dénouement. Dans cette recherche, l'analyse de la réalité est passée par la représentation qui se fait des professionnels de la santé, de la population de la santé, et de la maladie en général et de l'otite en particulier. Le Moigne (1977: 45) dit que connaître c'est être capable de

représenter, et plus exactement même de se représenter. Est-il possible donc de se représenter l'otite avec les nouvelles connaissances que nous avons maintenant acquises? La représentation pourrait être la suivante.

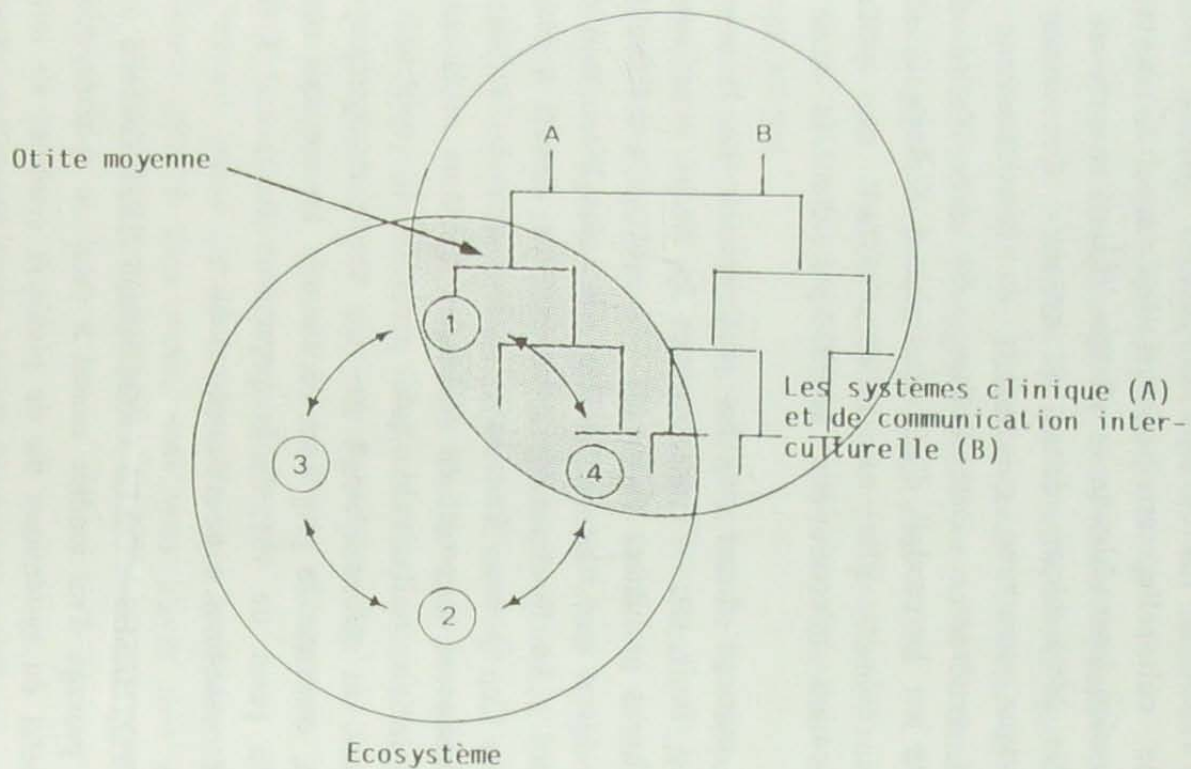
La Figure 5 montre que le premier système, le système d'écologie culturelle, mis en relation avec le système de communication interculturelle et clinique (lequel se présente comme un modèle hiérarchique) donne un extrant. Cet extrant est la caractéristique commune qui ressort du fonctionnement de ces différents systèmes: c'est l'otite. Si donc l'otite dans sa matérialité est le produit d'une interrelation écologique, elle n'est pas que cela. Elle est aussi l'extrant du système de communication interculturelle et clinique, dont le sens est le suivant.

Le message donné par les professionnels de la santé à la population Inuit est: "Nous sommes la clarté, nous sommes la réponse à vos problèmes de santé." Ce message est éblouissant, de la même façon que trop de lumière rend aveugle ou trop de bruit rend sourd. Le fonctionnement du système aboutit à blâmer les victimes. Ce système fonctionne si bien que les victimes elles-mêmes endossent le projet en endossant le blâme et la culpabilité. Cette solution unilatérale que présente le système médical professionnel, et qui consiste à ne rien savoir du système médical populaire, constitue le problème de l'otite. Le message concernant l'otite, du point de vue de la population Inuit, est "Prêtez-nous l'oreille, écoutez-nous, et nous l'aurons moins."

LES HYPOTHESES ET LES PROCESSUS EXPLICATIFS

Le passage d'un modèle causal à celui du système écologique, puis à celui du systémique ou de plusieurs systèmes en interaction, est comme un changement d'optique. Alors que les choses paraissent compliquées sous un certain angle, elles deviennent tout-à-fait simples si l'on change de point de vue pour les regarder. D'un certain point de vue on ne voyait que désordre; d'un autre, tout devient ordonné et on découvre une magnifique

Figure 5: L'otite moyenne extrant de plusieurs systèmes



Selon Ellen CORIN, Communication personnelle

régularité. Les mêmes informations ont simplement été réorganisées en les regardant différemment (Hofstadter 1985: 265).

Alors que Watzlawick *et al.* proposent le recadrage comme issue possible à la situation paradoxale, Kleinman (1978) propose la négociation, et Claux et Gélinas (1982) invitent à la délibération. Il s'agit essentiellement de la même stratégie qui schématiquement se résume non pas seulement à écouter le point de vue de la population concernée, mais à considérer le savoir populaire comme un système de connaissances puissant qui entre en interaction avec les autres systèmes de production de la santé et de la maladie, ses systèmes administratifs, etc.

La seule issue possible à l'otite se pose maintenant comme une délibération à proposer aux tenants des différents points de vues, une mise à jour de leurs implications et de leurs conséquences dont le but essentiel est maintenant le changement.⁷ En d'autres termes, cette thèse se propose comme une explication possible de l'étiologie de l'otite moyenne chez les enfants Inuit du Nouveau-Québec vis-à-vis de la population Inuit, des professionnels de la santé selon la théorie des systèmes souples telle que l'a développée Checkland (1981) en Angleterre et dont l'idée a été reprise au Québec par Claux et Gélinas, qui postulent que toute situation problématique découle d'un système d'activités humaines. La méthodologie des systèmes souples permet de développer des modèles correspondant à ces approches ou à ces cadres de référence.

L'issue réside donc dans une prise en charge conjointe de la situation pour se situer dans une perspective de changement et de développement.

REMERCIEMENTS

Cette recherche a bénéficié d'une subvention du Ministère de la santé et des services sociaux dans son programme conjoint d'interventions en santé communautaire avec le Conseil régional de la santé et des services sociaux (Kativik) en 1986. L'auteure remercie ces organismes, de même que l'Association universitaire canadienne d'études nordiques, le Conseil de recherche en sciences

humaines du Canada, et le Fond de recherche en santé du Québec, qui lui ont accordé l'indispensable support financier de bourses d'études. Le comité de thèse était composé de Marc-Adélar Tremblay, d'Ellen Corin et d'Yvan Simonis, auquel l'auteure tient à exprimer sa reconnaissance.

NOTES

¹Cette communication reprend une partie de ma thèse de doctorat, déposée à l'Université Laval (Dufour 1989) et dont le titre est: "Prêtez-nous l'oreille. Anthropologie de l'otite moyenne chez les Inuit."

²Formulation qui revient à Yvan Simonis.

³Formulation qui revient à Yvan Simonis. Je lui dois également le raisonnement qui suit.

⁴Message implicite de la relation clinique.

⁵Message implicite et littéral que les mères transmettent lorsqu'elles manifestent leur impuissance devant ce problème de santé et qu'elles vont docilement et sans espoir, dirais-je, porter ce problème au dispensaire.

⁶Formulation inspirée par Watzlawick *et al.* (1975: 49).

⁷Inspiré par Claux et Gelinas (1982: 27).

REFERENCES

- Aaby, P., J. Bukh, I.M. Lisse et A.J. Smits
1983 Les hommes sont-ils plus faibles ou leurs soeurs parlent-elles trop? Essai sur la transmission des maladies infectieuses. Anthropologie et Sociétés 7(2): 47-59.
- Alland A., Jr.
1966 Medical Anthropology and the Study of Biological and Cultural Adaptation. American Anthropologist 68(1): 40-51.
- 1969 Ecology and Adaptation to Parasitic Diseases. In Andrew P. Vayda, ed., Environment and Cultural Behavior, pp. 80-89. New York: The Natural History Press.
- 1970 Adaptation in Cultural Evolution: An Approach to Medical Anthropology. New York: Columbia University Press.

- Armstrong, G.J., A. Goodman et K.H. Jacobs
1978 The Ecological Perspective in Disease. In M.L. Logan and E.E. Hunt, eds., Health and the Human Condition: Perspectives on Medical Anthropology, pp. 71-84. Massachusetts: Duxbury Press.
- Austin, D.F. and S.B. Werner
1974 Epidemiology for the Health Sciences: A Primer on Epidemiologic Concepts and Their Uses. Springfield, Illinois: C.C. Thomas.
- Benoist, J.
1984 Rencontre de l'épidémiologie et de l'ethnomédecine. Bulletin de la société de pathologie exotique 77:9-12.
- Bibeau, G., E. Corin, J.C. Martin et A. Sachel
1985 Le contexte social et culturel des problèmes socio-sanitaires en moyenne-côte-nord. Rapport présenté à la Direction des Services Communautaires du Centre de Santé St-Jean-Eudes, au Havre St-Pierre.
- Bouchard, S. et C. Pelletier
1986 La justice en question. Evaluation de projets de création d'un comité de justice à Povungnituk (Québec Nordique). Montréal: Centre de recherche et d'analyse en sciences humaines (ssDcc).
- Cassel, J.
1964 Social Science as a Source of Hypotheses in Epidemiological Research. American Journal of Public Health 54(9): 1482-1484.
- Checkland, P.
1981 Systems Thinking - Systems Practice. Chichester: John Wiley & Sons.
- Claux, R. et A. Gelinas
1982 Systémique et résolution de problèmes selon la méthode des systèmes souples. Les éditions agence d'Arc In.
- Devisch, R.
1986 Anthropologie médicale. Séminaire gradué, hiver 1986. Montréal: Département d'anthropologie, Université de Montréal.
- Dufour, R.
1989 Prêtez-nous l'oreille. Anthropologie de l'otite moyenne chez les Inuit. Thèse de doctorat déposée à l'Université Laval, Québec.
- Duhaime, G.
1987 Le pays des Inuit. La situation économique en 1983. Laboratoire de recherche sociologique. Sainte-Foy: Université Laval.

- Dunn, F.L.
1968 Epidemiological Factors: Health and Disease in Hunter-Gatherers. IN R.B. Lee and I. DeVore, eds., Man the Hunter, pp. 221-228. Chicago: Aldine.
- Grondin, J.
1987 L'intégration des Inuit au système biomédical: perspective d'une contradiction. Culture 7(2): 51-62.
- 1988 Evacuations médicales et hospitalisations meridionales des Inuit du Nouveau-Québec - Création et résolution des problèmes. Thèse de Maîtrise. Sainte-Foy: Université Laval.
- Hofstadter, D.
1985 Gödel, Escher, Bach, les brins d'une guirlande éternelle. Paris: InterEditions.
- Kleinman, A.
1978 Clinical Relevance of Anthropological and Cross-Cultural Research: Concepts and Strategies. American Journal of Psychiatry 134(4): 427-431.
- LaPlantine, F.
1987 Clefs pour l'antropologie. Paris: Seghers.
- Le Moigne, J.L.
1977 La théorie du système général. Théorie de la modélisation PUF.
- McQueen D. and J. Siegrist
1982 Social Factors in the Etiology of Chronic Disease: An Overview. Social Science and Medicine 16: 353-367.
- Tremblay, M.-A
1983a L'anthropologie de la santé: une réponse aux innovations dans le système médical québécois. Santé, Culture, Health 1(2): 14-21.
- 1983b Perspective holistique dans l'étude de la santé. A Holistic Approach in the Study of Health. Memoires de la Société Royale du Canada 4(21): 19.
- Watzlawick, P., J.H. Beavin et D Jackson
1972 Une logique de la communication. Paris: Seuil.