

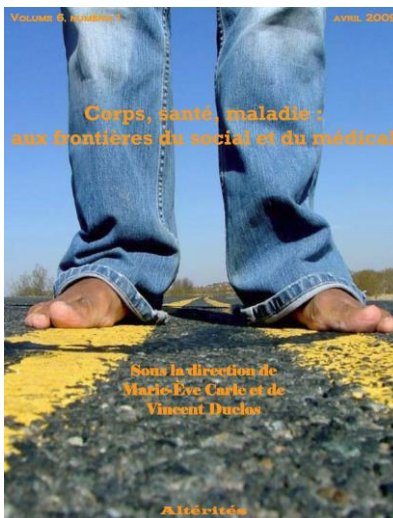
Altérités

Revue d'anthropologie du contemporain

Volume 6, numéro 1, 2009

Corps, santé, maladie : aux frontières du médical et du social

Sous la direction de Marie-Ève Carle et Vincent Duclos



Altérités

Revue d'anthropologie du contemporain

Volume 6, numéro 1, 2009

Corps, santé, maladie : aux frontières du médical et du social

Sous la direction de Marie-Ève Carle et Vincent Duclos

© Université de Montréal. Département d'anthropologie, 2018

éditions@anthro - @Altérités 2009

Montréal

ISSN 1205-8009

Sommaire

Présentation : Penser les frontières du social et du médical

Vincent Duclos (Université de Montréal) et Marie-Ève Carle (Université de Montréal)

Théâtres du corps (Essai)

Gilles Bibeau (Université de Montréal)

Recasting Gender and Prophylactic Use in China: A Historical and Anthropological Perspective

Tiantian Zheng (State University of New York, Cortland)

Médicalisation de la pauvreté et discipline des corps reproductifs : la famille et l'utilisation des contraceptifs hormonaux en milieu rural burkinabé

Julie Désalliers (Université de Montréal)

Primum Non Nocere. Evaluating and Amalgamating Competing Blueprints for a New Anthropology of Psychiatry

Eugenia Tsao (University of Toronto)

L'envers de l'imaginé : la détresse dans le corps social chez les immigrants indiens de Montréal

Vincent Duclos (Université de Montréal)

Du discours de l'autre à l'émergence d'une parole en propre : réflexions à partir de récits d'usagers des services psychiatriques

Annie Gauthier (Institut national de la recherche scientifique)

When Anthropology Meets Science. An Interview with Allan Young

Vincent Duclos (Université de Montréal)

L'engagement, le soin et la santé à la croisée du social et du médical. Entretien avec le Dr Gilles Julien

Marie-Ève Carle (Université de Montréal)



Présentation :

Penser les frontières du social et du médical

Vincent Duclos
Université de Montréal
et
Marie-Ève Carle
Université de Montréal

A more substantial conceptualization of cultural experience is in order, one in which the collective and the individual are intertwined and run together and in which power and meaning are not placed in theoretical opposition but are shown to be intimately linked in an intersubjective matrix.
Biehl, Good, and Kleinman 2007:14

En ce début de XXI^e siècle, l'anthropologie médicale permet de rendre compte de problématiques aux enjeux de plus en plus complexes tant sur le plan pratique que théorique. Cette discipline pose un regard sur le corps aux frontières du politique, du socioculturel et de l'expérience individuelle. Ses objets d'études sont pluriels et s'inscrivent, entre autres, dans une réflexion sur la souffrance, ses origines et le sens qui y est attribué. L'anthropologie médicale permet également de penser la santé et la maladie à la lumière des environnements (écologique, technique, spirituel, etc.) dans lesquels elles s'inscrivent. Le corps qu'observe l'anthropologue est à la fois physiquement constitué, socialement construit et politiquement marqué. Il est ainsi simultanément biologique et culturel, à la fois contenant et contenu.

De l'identification des déterminants sociaux de la santé à leur intériorisation au sein de subjectivités en constante transformation, **l'anthropologie médicale appelle à un dialogue interdisciplinaire toujours renouvelé.** De par leur grande complexité, les thèmes examinés par cette discipline ne sauraient être réfléchis en vase clos. Ils invitent à un regard traversant les spécialités et se nourrissant de traditions intellectuelles à la fois diverses et transculturelles. L'anthropologie participe à une mise en perspective globale

des phénomènes associés à la santé en mettant de l'avant des analyses micro et macrosociales qui interrogent l'histoire, l'économie, les relations de pouvoir endogènes et exogènes; en d'autres mots, l'environnement dans son sens le plus large. Au sein de cette mobilisation des savoirs, l'anthropologie médicale puise la richesse de sa contribution dans les différents débats qu'elle suscite, dans ses prises de position et dans son engagement à réfléchir sur le présent.

À l'instar de nombreux chercheurs, **nous croyons essentiel de réitérer l'importance de l'action sociale sur le corps**. La forme de celui-ci, son image, sa capacité à se penser et à se transformer, ne sauraient être observés en dehors d'une certaine relation à l'espace collectif. Depuis plusieurs années, les anthropologues médicaux s'intéressent aux modalités d'investissement du corps par différents pouvoirs – sociaux, économiques, politiques, etc. – (Lock 2002; Kleinman, Das, and Lock 1997). Si certains se sont concentrés sur le corps phénoménologique (Csordas 1994), d'autres ont souligné la persistance des violences structurelles (Farmer 2004) et du rôle capital que jouent les relations de pouvoir dans la compréhension des enjeux liés à la santé (Fassin 1996, 2007; Petryna 2002; Schepher-Hughes 1992). De nombreux auteurs ont également tenté de rendre compte des processus de médicalisation des différentes sphères de la vie, soit l'inclusion de phénomènes sociaux et comportementaux de plus en plus larges dans le champ d'expertise des discours médicaux et psychiatriques (Singer 2004; Zola 1975). Certains ont axé leur position sur une déconstruction des dynamiques sociales, économiques et politiques impliquées dans une telle propagation du savoir médical (Applbaum 2006; Ecks 2005; Kirmayer 2007). D'autres ont montré comment ce savoir agit sur la constitution du sujet et sur la façon de penser le corps et les techniques pour le transformer (Biehl, Good, and Kleinman 2007; Lakoff 2005). Il nous semble toutefois primordial de rappeler que la médicalisation ne renvoie pas à un quelconque ensemble homogène d'influences positives ou néfastes en soi. Comme le note le sociologue Nikolas Rose (2007), le concept de « médicalisation » tire plutôt sa valeur de sa capacité à indiquer la présence de transformations sociales qui mériteraient d'être étudiées. Cela représente une porte d'entrée, une certaine façon d'interroger l'être humain dans son rapport au social et au normatif. S'inspirant des travaux de Jasanoff (2004), Rajan (2006) présente la constitution de la connaissance scientifique et la formation du social comme une coproduction. Nous croyons qu'il en va de même du savoir médical qui ne saurait être abordé indépendamment de l'espace social. La production des discours sur le corps est de l'ordre du relationnel; il n'y a ici point de distinction formelle entre un savoir et ses contextes de production. C'est-à-dire qu'il est trop simple de poser le changement social comme étant une conséquence des développements scientifiques, techniques et médicaux ou encore de conclure que de tels développements sont complètement conditionnés par « le social », comme si ce dernier renvoyait à une entité unique, isolable et identifiable (Rajan 2006). On doit plutôt parler de la constitution mutuelle du scientifique et du social comme une coproduction, qui implique une prise en considération de l'émergence du discours médical et de l'économie politique dans laquelle celui-ci se développe. C'est en alliant la nuance et le « franc-parler » qu'il importe de dégager le pouvoir immanent à la constitution d'un discours sur soi, sur le normal et le pathologique.

Une **ouverture à la complexité de la condition humaine** nous apparaît également une condition fondamentale pour penser le corps, la santé et la maladie. C'est dans l'articulation de l'individuel et du collectif, du subjectif et du social qu'une telle complexité – qui embrasse l'expérience humaine tant

dans ses tensions, ses ambiguïtés et ses ambivalences, que dans sa diversité et ses traits communs – peut être appréhendée, observée et pensée. S'il est évident que l'expérience de la santé, de la détresse ou de la maladie est intime et subjective, il nous semble également impératif de situer un tel vécu à l'intérieur des grands systèmes de sens qui unissent les individus et servent de trame de fond au façonnement de l'expérience. Il est possible que, par crainte de sacrifier à l'authenticité de la réalité individuelle (et de sa narration), l'anthropologie médicale ait trop souvent négligé l'importance des traits qui, derrière la singularité des vécus, esquissent ce qui est commun à l'humain. Nous croyons donc que cette discipline ne saurait se soustraire à l'importance de la comparaison entre le particulier et l'universel qui est centrale à l'entreprise anthropologique.

La grande diversité des thématiques abordées par les articles soumis pour ce numéro d'*Altérités* nous amène à confirmer notre intuition selon laquelle l'anthropologie médicale constitue une discipline carrefour à la rencontre de différentes approches, et ce, autant sur le plan méthodologique, épistémologique que théorique. Les problématiques discutées dans ce numéro impliquent la maîtrise d'un bagage conceptuel hétéroclite prenant souvent les allures d'un tissage formé de courants anthropologiques variés ainsi que des différentes sciences sociales. Les contributions présentées posent le corps comme étant porteur d'une grande complexité autant au niveau du sens que de l'expérience. Qu'elles répondent à un souci exploratoire ou à un désir de restituer des données recueillies lors de travaux de terrain, ces contributions nous semblent aller dans le sens d'une anthropologie sensible au vécu individuel dans ce qu'il a de plus concret; une anthropologie tournée vers les préoccupations de l'avenir et désireuse de dévoiler la grande complexité des dynamiques sociopolitiques dans lesquelles le corps s'inscrit.

Contributions au numéro

Ce numéro s'amorce par une réflexion de Gilles Bibeau situant le corps sur un horizon politique, mais aussi culturel et éthique. Tout en cernant les grandes lignes de la tendance contemporaine à médicaliser le corps et sa souffrance, l'auteur souligne la nécessité de replacer les débats dans un cadre beaucoup plus large, trop souvent absent dans ce type de regard critique. L'objectif n'est pas de décider ce qui est en soi « bien » ou « mal » dans une telle dynamique sociale, mais plutôt de reconnaître qu'elle offre une perspective sur l'être humain et sur la société lui donnant les repères pour se penser, s'évaluer et se corriger. Le triple mouvement proposé par l'auteur (politique, comparativiste et *humanities*), nous invite à questionner la spécificité anthropologique. Bibeau met de l'avant une anthropologie médicale ouverte à un modèle post-foucauldien, assumant le biopolitique et refusant de rejeter la notion de culture. Dépassant ainsi implicitement la perpétuelle déconstruction postmoderne de l'humain et du vivre-ensemble, l'auteur insiste sur un enracinement dans les *humanities* et sur le détour par les littératures antiques et les mythes afin de resituer le travail anthropologique. Pour l'auteur, c'est l'humanité qui doit nous concerner, dans ce qui la rend tragique et humaine; c'est la souveraineté de l'humain qui doit nous interpeller.

L'article de Tiantian Zheng propose une réflexion historique étoffée sur la manière dont la connaissance des moyens de contraception fut construite et disséminée par les différents gouvernements chinois à travers l'histoire, mais

également sur l'intériorisation des savoirs et des pratiques qui en découlèrent au sein de la population. L'auteur nous guide à travers une analyse fine et détaillée de l'Antiquité, l'État républicain (1911-1948), l'État communiste (1949-1978) et l'État post-Mao (1978-2006) afin de mettre en lumière les particularités de ces époques quant à la promotion et l'interdiction des moyens de contraception. Mettant de l'avant l'impact des politiques en matière de prophylaxie et de contraception sur les rapports de genres, la reproduction et la sexualité, cet article permet de lier les comportements individuels à des « forces sociales plus larges » à travers les diverses périodes de l'histoire de la Chine. Le texte de Tiantian Zheng se présente comme un exemple de dialogue entre histoire, anthropologie et politique. Il montre bien comment une réflexion sur les pratiques contemporaines en matière de contraception gagne à être éclairée par une solide contextualisation historique.

Bien que traitant d'une tout autre région du monde, ici le Burkina Faso, les similitudes entre les articles de Tiantian Zheng et de Julie Désalliers sont nombreuses. Les deux auteurs nous font réfléchir à l'importance d'une vision ne se limitant pas à l'étude de comportements individuels en matière de contraception et de sexualité. Posant que « le corps des femmes et la reproduction, domaine le plus intime de la vie des individus, n'a jamais été aussi public et social que lorsqu'on s'arrête pour se pencher sur les enjeux politiques, culturels ou idéologiques qui façonnent et créent les corps reproductifs et la famille », Désalliers trace des liens très forts qui obligent à la réflexion sur l'imbrication de l'intimité et du contexte économique dans lequel elle se construit. À travers ce fil conducteur, l'auteur met de l'avant l'impact des conditions de vie rurales burkinabées (pauvreté, mortalité maternelle et infantile, etc.) afin de comprendre les comportements et les choix des femmes et des familles en matière de contrôle et de planification des naissances. Analysant à la fois les discours politique et médical et leur réappropriation au sein de la population, l'article nous rappelle que la sexualité demeure un des véhicules privilégiés pour observer l'influence de contextes de précarité sur le corps de la femme.

Eugenia Tsao, quant à elle, interroge le nécessaire positionnement du vécu individuel dans une profondeur historique, économique, politique et symbolique. L'auteur montre avec conviction que si donner une voix au sujet est central au projet anthropologique, celui-ci se doit également de questionner la toile de fond sociale et normative à partir de laquelle la voix de la détresse se fait entendre et le corps souffrant se donne à voir. Dans son article, Eugenia Tsao montre qu'il demeure essentiel pour une anthropologie de la psychiatrie de s'ancrer dans une repolitisation historique des troubles mentaux. La phénoménologie ne saurait se détacher des techniques, des idéologies et des rapports de force constituant le discours sur les troubles mentaux. En dégagant cette dimension sociale et historique, l'anthropologie pourra contribuer à libérer la parole de la personne souffrante du socle épistémique psychiatrique et à en appréhender toute la complexité.

C'est avec un tel souci d'élargir l'expérience de la détresse aux contextes où elle prend forme que Vincent Duclos montre comment la souffrance psychique est indissociable de l'expérience migratoire et de ses difficultés chez les migrants indiens de Montréal. L'auteur pose que les conditions migratoires ne seraient pas en soi à la base de la détresse des migrants indiens. L'écart entre les attentes et les réalités quotidiennes de vie en terre migratoire serait plutôt le contexte favorisant l'émergence de ce mal-être. C'est principalement autour de la question du travail qu'émerge une telle

distance entre l'imaginaire migratoire et les conditions concrètes de l'établissement. La détresse se présente alors comme un vécu social à la rencontre de l'imaginaire individuel et de facteurs structurels, tels que les mécanismes régulant le marché du travail québécois. Le sens associé à la détresse s'inscrit à la frontière du subjectif et du politique, le rapport à soi étant fortement médiatisé par la place occupée dans la société d'accueil. Des publicités vantant les mérites de l'emploi les attendant au Canada, aux obstacles rencontrés sur le marché du travail montréalais, le portrait que fait l'auteur des dynamiques pouvant affecter le vécu quotidien et psychique des immigrants indiens est original et soucieux de témoigner de la complexité de l'expérience migratoire.

La question qui traverse l'article d'Annie Gauthier nous apparaît fondamentale : la souffrance peut-elle se laisser capturer dans des catégories stables et indépendantes des contextes de son émergence? Est-il possible de réduire le fonctionnement psychique et sa grande complexité à des entités cliniques universelles ou ne compromet-on pas ainsi nécessairement la part d'indéterminé, de flottant dans la parole humaine? En d'autres mots, l'auteure nous invite à questionner la possibilité même de l'objectivation de l'expérience psychotique. Tout au long de cet article, il apparaît que la traduction de celle-ci en termes psychiatriques fait nécessairement les frais d'une importante perte de sens. Mettant « en dialogue les lignes de forces de récits et discours profanes et experts », l'auteure montre en quoi le savoir sur la maladie mentale n'est pas de l'ordre du linéaire et de l'homogène, mais renvoie plutôt à la rencontre parfois imprévisible entre des univers de sens prenant en compte la difficulté de la parole et du silence. Celle-ci en appelle conséquemment à une ouverture de la psychiatrie à la parole dans toute sa précarité et son imperfection. Une telle posture apparaît comme la condition d'une meilleure compréhension des processus autant intimes que sociaux impliqués dans la souffrance humaine, dans toute son ambiguïté et ses zones d'ombres.

Ce numéro se termine par deux entretiens qui confrontent la normalisation des standards et des pratiques dans le milieu médical et dans l'espace social. Que ce soit dans le quotidien de la pratique clinique ou par le biais d'ouvrages à la résonance mondiale, les deux protagonistes rencontrés sont reconnus pour leurs prises de positions vigoureuses, dénonçant le statu quo, le système qui le génère et ses conséquences à différents niveaux. Dans le premier des deux entretiens, le professeur Allan Young discute, d'une manière générale, de la production du savoir scientifique et, plus particulièrement, du discours psychiatrique de même que de l'émergence du syndrome de stress post-traumatique. Il montre bien comment une telle production renvoie à une « culture épistémique », laquelle est indissociable des contextes historiques, sociaux et politiques. Les frontières entre le médical, le social et le culturel sont ici des plus dynamiques et perméables. Allan Young pose également la question de la médicalisation dans un sens dépassant largement le seul aspect médical afin d'englober un ensemble de savoirs scientifiques sur l'esprit, la conscience et le comportement. Il se demande à cet égard pourquoi si peu d'anthropologues se penchent sur le domaine des neurosciences sociales, alors que l'on y travaille sur les bases mêmes de la conceptualisation de l'individu et de son rapport à son environnement social. Cette situation est l'occasion de se questionner sur le rôle de l'anthropologue, sur la nécessité d'investir différents lieux de la recherche scientifique et sur la spécificité de l'entreprise anthropologique.

Le Dr Gilles Julien met de l'avant une pédiatrie socialement engagée et

légitimée par des préoccupations centrées sur les déterminants de la santé et les inégalités au sein de la population. Il offre une prise en charge globale aux familles les plus vulnérables du Québec, tout en se dévouant à la défense des droits des enfants, trop souvent bafoués. Dans le cadre de ce numéro d'*Altérités*, il est apparu important de donner voix à cette médecine « non traditionnelle » qui, par ses actions, rejoint une vision anthropologique de la santé et du soin permettant ainsi au médical et au social de s'allier. À travers l'entretien, le Dr Julien nous explique en quoi consiste la pédiatrie sociale qu'il défend si ardemment et montre de quelles manières cette approche s'articule dans les pratiques quotidiennes. Son discours recoupe trois principaux axes : le caractère global de la santé et du soin, l'importance de l'interdisciplinarité et la place accordée aux familles dans la prise en charge et la guérison. En conclusion, la discussion aborde la contribution possible des sciences sociales à ce grand projet de société.

Les entretiens que nous avons réalisés témoignent de deux aspects fondamentaux de l'entreprise d'exploration des frontières du social et du médical, soit la démythification, sur le plan théorique, de différentes dynamiques médico-scientifiques et la mise en application, dans la pratique quotidienne, d'un engagement envers le bien-être des enfants. Allan Young et Gilles Julien abordent certes, dans la quotidienneté de leurs activités, la santé et la maladie dans des contextes fort différents. Nous croyons toutefois qu'il est essentiel d'insister sur la complémentarité de ces perspectives. En effet, c'est dans une telle mise en commun des angles d'observation du corps et de la souffrance qu'il nous semble possible d'allier, comme le propose Antonio Gramsci (1971), le pessimisme de l'intelligence à l'optimisme de la volonté.

Références

- Applbaum, Kalman
 2006 Pharmaceutical Marketing and the Invention of the Medical Consumer. *PLoS Medicine* 3(4):445-447.
- Biehl, João, Byron Good, and Arthur Kleinman, eds.
 2007 *Subjectivity. Ethnographic Investigations*. Berkeley: University of California Press.
- Csordas, Thomas J., ed.
 1994 *Embodiment and Experience: the Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ecks, Stefan
 2005 Pharmaceutical Citizenship: Antidepressant Marketing and the Promise of Demarginalization in India. *Anthropology & Medicine* 12(3):239-254.
- Farmer, Paul
 2004 An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology* 45(3):305-325.
- Fassin, Didier
 1996 *L'espace politique de la santé : essai de généalogie*. Paris: Presses universitaires de France.
 2007 *When Bodies Remember: Experiences and Politics of AIDS in South Africa*. Berkeley: University of California Press.
- Gramsci, Antonio
 1971 *Lettres de prison (1926-1934)*. Hélène Albani, Christian Depuyper et Georges Saro, trad. Paris: Éditions Gallimard.
- Jasanoff, Sheila
 2004 Ordering Knowledge, Ordering Society. *In States of Knowledge: the Coproduction of Science and Social Order*. Sheila Jasanoff, ed. Pp.13-45. London: Routledge.
- Kirmayer, Laurence
 2006 Beyond the '*New Cross-cultural psychiatry*': Cultural Biology, Discursive Psychology and the Ironies of Globalization. *Transcultural psychiatry* 43(1):126-144.
- Kleinman, Arthur, Das, Veena, and Margaret Lock, eds.
 1997 *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Lakoff, Andrew
 2006 *Pharmaceutical Reason: Knowledge and Value in Global Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lock, Margaret
 2002 Medical Knowledge and Body Politics. *In Exotic no More. Anthropology on the Front Lines*. Jeremy Mac Clancy, ed. Pp. 190-208. Chicago: Chicago University Press.

Petryna, Adriana

2002 *Life Exposed: Biological Citizenships after Chernobyl*. Princeton: Princeton University Press.

Rajan, Kaushik Sunder

2006 *Biocapital: the Constitution of Postgenomic Life*. Durham: Duke University Press.

Rose, Nikolas

2007 *Beyond Medicalisation*. *Lancet* 369:700-701.

Scheper-Hughes, Nancy

1992 *Death without Weeping: the Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.

Zola, Irving Kenneth

1975 *Medicine as an Institution of Social Control*. In *A Sociology of Medical Practice*. Caroline Cox, and Adrienne Mead, eds. Pp. 170-185. London: Collier-MacMillan.

Vincent Duclos

Doctorant

Département d'anthropologie

Université de Montréal

vincent.duclos@umontreal.ca

et

Marie-Ève Carle

Doctorante

Département d'anthropologie

Université de Montréal

marie-eve.carle@umontreal.ca



Théâtres du corps

Essai

Gilles Bibeau
Université de Montréal

On connaît l'adage : « un esprit sain dans un corps sain » que l'on attribue, je crois, à l'auteur latin Juvénal. En réalité, toute la pensée grecque et latine de l'Antiquité n'est arrivée à dire la complexité de l'humain qu'en reliant constamment le corps à l'esprit, dans un renoncement à penser l'humain autrement que dans le mystère qui l'enveloppe, à la jonction du monde des dieux et des hommes. Le culte du corps, la force et la compétition furent sans doute, avec les jeux, le sport et la guerre, de tous les temps et de tous les lieux. Plus qu'ailleurs cependant le monde de la Grèce antique apparaît, et le monde romain après lui, avoir fait une place centrale au corps qui était mis en scène dans les exercices du gymnase, dans les techniques répétées et apprises dans la palestre et dans les combats du cirque, un double en quelque sorte des guerres. Les Grecs s'entraînaient pour conserver leur bonne forme physique, mais aussi, chez les meilleurs d'entre eux, pour se préparer aux compétitions qui se tenaient un peu partout, notamment celles qui réunissaient les athlètes les plus doués tous les quatre ans à Olympie. Dans cette ville sacrée située au creux d'une vallée du Péloponnèse, le déroulement des jeux apparaissait alors être intimement mêlé à la célébration des dieux, à celle de Zeus surtout, à qui les Olympiens avaient construit un des plus grands sanctuaires de toute la Grèce.

Les meilleurs athlètes s'entraînaient quotidiennement, disent les textes, dans les nombreuses installations sportives dont l'archéologie nous a révélé la présence un peu partout dans les villes grecques et romaines. Luttés et épreuves avaient déjà fait partie, si on en croit les mythes, de la vie des héros grecs d'autrefois, en des temps reculés où avaient vécu des hommes plus forts et plus braves, des héros issus d'unions souvent illégitimes entre des

dieux et des femmes mortelles. Les aventures de ces héros mi-divins mi-humains étaient faites de combats à mener, d'adversaires à éliminer, d'énigmes à résoudre et d'épreuves à affronter, la force physique et l'intelligence rusée s'arc-boutant l'une à l'autre pour faire triompher le meilleur. Tantôt c'était le plus rusé, tantôt c'était celui que les dieux avaient préféré. Ces êtres exceptionnels furent des fondateurs des grandes cités ou des guerriers impitoyables dont les grands cycles héroïques de la littérature mythologique nous ont conservé l'impérissable mémoire, de Thésée à Jason, le conquérant de la Toison d'or jusqu'à Achille, le héros de la guerre de Troie.

Le théâtre antique n'était lui-même que la mise en scène à travers les textes d'auteurs comme Sophocle, Eschyle ou Euripide, d'une réflexion fondamentale sur l'humain, sur la dimension tragique de la vie humaine. Il n'est pas étonnant que les compétitions théâtrales aient eu lieu, plus encore que dans le cas des jeux, au cœur des fêtes religieuses que l'on célébrait, d'abord et avant tout, en l'honneur de Dionysos, le plus festif de tous les dieux. Les anciens cultes dionysiaques furent ensuite récupérés par les cités grecques qui les transformèrent, en les disciplinant, en des fêtes religieuses qui furent assorties de populaires concours de poésie et de compétitions de théâtre dans lesquelles s'opposaient les plus grands écrivains de la Grèce. Des artistes accouraient en effet de tout le monde grec pour présenter leurs œuvres théâtrales, pour y faire jouer leurs tragédies, pour faire rire les spectateurs face à leurs comédies (jamais des farces), tout cela se passant devant un public qui devait décider des vainqueurs.

Partout, dans l'hémicycle des théâtres, dans les arènes, dans l'enceinte des temples et dans les cirques, les spectateurs décidaient de qui, tantôt entre les athlètes du corps tantôt entre les artistes de l'esprit, mériterait de porter les lauriers de la gloire. Le corps et l'esprit, les hommes et les dieux, le sport et la guerre, se donnaient alors la main dans une curieuse mise en scène qui disait en ces temps anciens, par le théâtre et par les jeux, quelle était la part d'humain dans l'homme. Plus tard, au temps où triompha le culte de l'Empereur divinisé de Rome, le cirque romain continua à mettre en scène les héros du stade devant le peuple et devant l'Empereur. Les choses avaient cependant changé dans le passage du monde grec au monde romain : l'Empereur était désormais celui qui avait, à lui seul, des droits de vie et de mort sur les gladiateurs venus de tous les coins de l'empire. Et les choses continuèrent à changer après l'écroulement de la Rome impériale, le mythe s'effaçant devant l'avancée de la science et les savants, les experts, se substituant progressivement aux dieux.

Qu'en est-il au juste deux millénaires plus tard? Des cortèges d'athlètes olympiques marchent, de nos jours encore, derrière le porte-drapeau de leur pays, un peu à la manière de défilés militaires. Pendant des années, ces athlètes se sont entraînés, poussant l'effort jusqu'à son maximum pour pouvoir gagner, contre soi-même et contre les autres, une petite fraction de centième de seconde; des tests de dopage diront qui a usé de produits chimiques pour augmenter sa performance. Quant aux gens ordinaires qui ne peuvent envisager d'être sélectionnés pour participer aux Olympiques, ils se lancent à la course, sur des tapis roulants, comme s'ils poursuivaient d'invisibles personnes marchant devant eux. Ils s'avancent, baladeurs aux oreilles, les yeux fixés sur l'horizon, marchant dans la quête d'un corps plus fort, plus résistant. La santé parfaite est devenue le « nouveau mythe » de nos sociétés : un nouveau complexe du « bien-être » s'est en effet installé dans la culture occidentale, avec des techniques de toutes sortes (massages corporels, etc.) et une rhétorique de la persuasion qui servent à discipliner le

corps et à imposer une bonne conduite dans tous les domaines, de l'alimentation à l'hygiène de vie.

Ailleurs dans le domaine proprement médical, la relation thérapeute-patient a été transformée en une prise en charge continue, à long terme, de la gestion du corps (surveillance clinique; *check-ups* réguliers), donnant ainsi naissance à une industrie du bien-être en pleine expansion qui tend à coloniser des domaines périphériques à la santé en médicalisant, entre autres, des conditions sociales et des difficultés psychologiques qui ont souvent beaucoup à voir avec le fait même que quelqu'un existe en tant qu'humain. L'industrie pharmaceutique dépense des millions dans des recherches sur les traitements de la calvitie, de l'acné, de la dépression, de l'impuissance sexuelle, de l'obésité et du poids excessif, développant un marché des « drogues du bien-être » qui conduisent les personnes à fantasmer au sujet de la perfection du corps, de l'esprit et de l'humeur.

Le rôle de la médecine qui a consisté, dans le passé, à guérir le corps humain de la maladie s'est considérablement élargi, sous l'impact des technologies médicales, au point de viser la guérison totale, par le recours à la transplantation des organes, aux corrections cosmétiques et aux prothèses de réadaptation. Les nouvelles technologies médicales peuvent non seulement soigner, avec efficacité, le corps malade, mais peuvent aussi altérer le corps et l'esprit de manière à renforcer leur performance, à préserver la vigueur de la jeunesse, à réduire ou à éliminer les différences entre les sexes, s'évertuant ainsi à essayer de réaliser l'utopie de la « santé parfaite ». Les valeurs faustiennes de santé, de beauté, d'immortalité et de jeunesse sont bien celles qui semblent dominer dans les sociétés occidentales d'aujourd'hui.

Le sanctuaire qu'est le corps se fissure néanmoins de toutes parts sous les agressions nouvelles qui accompagnent la vie dans nos sociétés technologiques avancées; l'esprit résiste mal à la compétition et aux exigences de performance qui éliminent les plus faibles, fragilisent les personnes usées par la compétitivité et engendrent frustration, culpabilisation et autodestruction chez un nombre croissant de personnes. Le rêve de la santé parfaite pourrait bien constituer dans les sociétés occidentales contemporaines une nouvelle manière, tout aussi inefficace que les autres, de conjurer la souillure et le danger, dans un effort désespéré, et tout technologique, de maintenir le corps et l'esprit fonctionnels, alerte et vigilant, en toute circonstance aussi longtemps que possible. C'est la part de vieillissement que l'on s'efforce, en vain, d'effacer dans l'homme.

Je voudrais revenir au théâtre et en dire un peu plus sur ma façon de voir le rôle de l'anthropologie médicale dans le contexte que je viens de décrire. Longtemps j'ai été partagé entre le théâtre social, engagé, celui de Brecht, de Camus et de Sartre, et le théâtre de l'absurde de Beckett, d'Ionesco et d'Adamov. L'un et l'autre m'apparaissaient représenter deux des versants les plus fondamentaux de l'humain; ceux-là qu'une longue pratique de l'anthropologie m'a fait découvrir un peu partout, dans mes recherches, ici au Québec, dans les gangs de rue, chez les utilisateurs de drogues injectables, chez les jeunes suicidaires, mais aussi auprès des personnes porteuses du VIH en Afrique et chez les maîtres de l'ascétisme, les sadhus, en Inde. La vie m'a ensuite poussé, à mon insu d'abord, du côté d'un théâtre du quotidien, proche de la vie des personnes et de leur souffrance, dans une attention aux événements qu'elles vivaient. Je n'ai cependant jamais cru que le théâtre devait, pas plus que l'anthropologie d'ailleurs, se limiter à une sorte de lecture réaliste, factuelle, événementielle de la vie quotidienne des gens, comme s'il

suffisait de simplement reproduire la réalité et de rendre accessible le vécu.

Théâtre social, théâtre de l'absurde et théâtre de la mise en scène du quotidien, toutes ces formes de théâtre m'apparaissent proposer, comme l'anthropologie elle-même, des étapes, incontournables et essentielles, sur le chemin long et exigeant qui permet d'accéder, à travers approximations et hésitations, à la profondeur de l'humain dans l'homme. Il nous appartient aussi, en tant qu'anthropologue médical, de débusquer au creux des trajectoires de vie des personnes individuelles, les assises et les soubassements sur lesquels se construisent les vies singulières, dans un travail qui force l'anthropologue à tourner son regard vers ces points de liaison, subtils et paradoxaux, où le personnel s'enroule dans le social, le privé dans le collectif, l'intime dans le public. Avec Roland Barthes qui a tant écrit au sujet des « mythologies contemporaines », l'anthropologue doit apprendre à lire la manière dont les mythologies ordinaires inventées par les experts de tous bords, par la médecine entre autres, s'inscrivent jusque dans l'intimité même de la vie des personnes, orientant leurs choix dans la vie de tous les jours et conférant aux personnes un sentiment d'autonomie au moment même où elles entrent dans la masse, pensant comme tout le monde. La banalité même de la quotidienneté apparaît construite par les mythes dominants.

Comme dans un théâtre conjuguant Brecht et Beckett, le social et l'absurde, j'ai toujours cru essentiel d'essayer de construire une anthropologie soucieuse de saisir la complexité de l'humain, au plus proche de l'homme, à travers sa vie quotidienne, dans les routines incorporées qui lui permettent de mieux endurer la répétition du même, dans le travail qu'il accomplit, au bureau, à l'usine ou ailleurs, pour gagner son pain, mais aussi à travers ses insatisfactions, ses rêves et ses échappées, ses emprisonnements dans une vie dont l'homme n'est pas toujours le maître. Il y a bien plus à voir et à dire que de simplement décrire le quotidien, fut-il tragique, si l'on veut vraiment pouvoir penser l'humain en tant qu'anthropologue; il ne suffit pas non plus d'être en prise sur le réel, dans la proximité de la vie des personnes, pour pouvoir accéder à ce qui se profile, ou se cache, derrière les trajectoires de vie, souvent fragmentées, brisées, inconséquentes.

Pour penser l'humain, on ne peut jamais espérer que des lois simples suffiront. Il nous faut certes une anthropologie médicale ancrée dans les connaissances nouvelles de la biologie, de la génomique aux neurosciences; il nous faut aussi une anthropologie intéressée par le politique au sens où Michel Foucault en parle en évoquant la gestion des corps par les gouvernements. À travers la notion de biopolitique, Foucault nous a montré que les États ont commencé, vers le début du XIX^e siècle, à gouverner non pas seulement des individus, mais aussi des populations en gérant l'entièreté du domaine de la vie, de la santé à l'hygiène, à la sexualité, à la natalité. La gestion de la « vie » est ainsi devenue un objet biopolitique qui n'a cessé d'étendre son empire à travers des technologies de contrôle et de discipline toujours plus efficaces et plus envahissantes qui ont fini par s'imposer dans tous les espaces de la vie sociale et personnelle, à l'école, dans les familles, dans les usines, dans les hôpitaux, dans les prisons, dans l'armée et partout ailleurs.

Le biopolitique s'est ainsi infiltré un peu partout, confortant l'ordre public à travers la surveillance et le dressage dans tous les domaines, y compris – et surtout peut-être – dans le champ biologique dont l'État a pris le contrôle, avec l'aide d'abord de la santé publique, puis celle de la pratique clinique et

enfin celle de la pharmaceutique. C'est sur l'horizon d'une société disciplinaire, nous dit Foucault, que les disciplines de la normativité se sont recomposées, la médecine, la psychologie, la psychiatrie et la criminologie, qui se sont données pour mission d'instituer le règne universel du normatif. La société disciplinaire a aussi donné naissance à des sciences sociales d'un type nouveau, plus utilitaristes que critiques, plus appliquées que fondamentales. L'anthropologie médicale me semble avoir résisté un peu mieux que les autres disciplines, celle-là surtout qui a intégré la perspective biopolitique mise de l'avant par Foucault. La question de l'engagement est devenue centrale pour ces anthropologues médicaux dont les prises de positions apparaissent portées par un projet sociopolitique, parfois aussi idéologique, qui s'achève, chez plusieurs, en un combat.

La biopolitisation de l'anthropologie médicale représente certes une grande avancée dans notre pratique et dans nos réflexions. Je crois cependant que la prise de conscience biopolitique, fut-elle profonde, ne saurait suffire à construire une anthropologie médicale pour notre temps. Celle-ci devrait s'orienter, me semble-t-il, dans deux autres directions qui m'apparaissent tout aussi fondamentales que l'approche par le biopolitique. Il est toujours important de nous intéresser aux représentations culturelles, à la diversité des formes d'humanité, dans un dépassement du culturalisme classique qui nous a souvent hélas emprisonnés dans un cognitivisme abstrait. Notre étude de l'humain doit continuer à être organisée, c'est d'ailleurs là notre marque identitaire en tant que discipline, autour de comparaisons entre le monde occidental et les autres univers culturels et civilisationnels, dans des recherches qui nous permettent de jeter le doute sur nos manières de penser et de faire et sur leur prétendue universalité. Cela doit se faire aujourd'hui dans notre contemporanéité d'autant plus que celle-ci est marquée par la mondialisation et la circulation des peuples à l'échelle du monde, la différence ethnique et culturelle nous rejoignant ici même, dans la rue et dans nos hôpitaux.

Plus que jamais dans le passé, il est important que nous restions étrangers à notre propre monde, réfractaires à sa prétendue supériorité, et que nous cultivions le doute à l'égard de la position hégémonique que le monde occidental n'a cessé d'affirmer depuis plus de 500 ans. Nous devons être, en quelque sorte, des objecteurs de conscience, dans l'ordre même de la culture, en acceptant de vivre sur la frontière des mondes : c'est depuis cette position inconfortable que nous arriverons sans doute le mieux à protéger notre autonomie et à conforter notre liberté de penser l'humain. Ainsi l'étranger, le lointain et le différent rencontrés soit en d'autres lieux géographiques ou chez nous à travers la figure de l'immigrant viendront-ils inscrire l'altérité au cœur de notre pensée de tous les jours sur l'humain, dans une mise en tension de l'ordinaire et de l'étranger, du banal et du profond, du quotidien et du transcendant.

La comparaison entre les divers univers culturels ne peut pas plus suffire que la conscientisation politique, l'une et l'autre étant nécessaires, mais non suffisantes pour construire une anthropologie médicale qui fasse sens dans le monde d'aujourd'hui. Celle-ci devra aussi faire appel, et cela d'une manière essentielle, aux *humanities*, en l'occurrence aux études des civilisations anciennes, à celles de la Mésopotamie, de l'Égypte, de l'Inde et de la Chine, mais aussi – et surtout – à la littérature mythologique et tragique de la Grèce antique, là où l'on retrouve, plus qu'ailleurs peut-être, quelques-unes des réflexions les plus intrigantes qui aient jamais été faites sur l'homme, dans ses rapports à lui-même, aux autres et aux dieux. Partout les peuples

anciens ont parlé des dieux et des humains, dans des textes classiques qui disaient la part tragique de l'homme jeté dans le monde, son étrangeté paradoxale en tant que vivant fait pour la mort, ce que Heidegger a repris après tant d'autres. L'exploration du domaine mythologique devrait pouvoir nous ramener, dans les pas du Lévi-Strauss des *Mythologiques* (1964, 1967, 1968 et 1971) et du Barthes des *Mythologies* (1957), vers les questions fondamentales qui ont servi, dans le monde antique, mais aussi chez les grands philosophes d'aujourd'hui, à penser l'homme, dans sa référence au sacré, dans sa quête du beau, dans ses questionnements à l'égard de l'origine, autant de mystères inépuisables qu'il nous faut sans cesse réinterroger.

Ces interrogations fondamentales sur l'humain se doivent d'être formulées dans un langage significatif dans le temps qui est le nôtre, dans des discours dans lesquels l'anthropologue mettra le monde d'aujourd'hui en procès, le replaçant sur l'horizon de la longue histoire de l'humanité et sur la pluralité des versions à travers lesquelles l'humanité existe. Pratiquer une anthropologie médicale pour notre temps, c'est accepter de se situer d'emblée dans le réel de la vie de nos contemporains; c'est aussi reconnaître dans l'humain des dimensions biologique et politique, sociale et personnelle, par le fait même que nous sommes des êtres vivants engagés en tant qu'acteurs individuels au cœur de la cité; c'est aussi savoir tourner nos préoccupations, en même temps, du côté du plus social et du plus intime, du côté de ce que nous partageons avec les autres et de ce que nous avons en propre, convaincus que nous sommes que toutes ces choses s'enroulent les unes dans les autres.

Pour ma part, j'ai essayé d'occuper, en tant qu'anthropologue médical, chacune des positions, sociopolitique et culturelle, que je viens d'évoquer. Elles ont été complétées par une autre position qui s'est affirmée, au fil des années, toujours un peu plus nettement dans mon travail d'anthropologue : les questions d'inégalité, d'injustice, d'exclusion et de hiérarchie sociale se sont imposées à moi avec toujours plus d'évidence, me faisant étudier le social du point de vue du faible plutôt que du fort, dans la perspective du petit plutôt que du grand. C'est ainsi que j'en suis venu à accorder de l'importance aux perspectives des déterminants sociaux de la santé et que j'ai été conduit à examiner la question du travail et de sa place dans la vie des personnes. Le travail est ce lieu qui est fabriqué par des politiques qui incluent les uns tout en excluant les autres. Il me semble essentiel de développer une anthropologie médicale qui s'intéresse au champ de l'économique, là où elle rencontrera le politique et ses contradictions, la vie sociale avec ses alliances et ses conflits, et l'intimité même des personnes, des amoureux, des déçus, des angoissés, une intimité qui se déploie, en se cachant, jusque dans les espaces du travail. C'est dans les liaisons entre tout cela que se déploie la face d'ombre de l'expérience humaine, cette face que l'anthropologue médical doit regarder droit dans les yeux.

Théâtres du corps, ai-je proposé comme titre à cet essai pour ce numéro de la revue *Altérités*. La fonction du théâtre a visé, me semble-t-il, de tout temps à déstabiliser les spectateurs à l'égard des discours dominants et à jeter un soupçon sur les habitudes de penser qui rassurent. Telle devrait aussi être la fonction de l'anthropologie médicale, auprès des cliniciens, mais aussi des malades, des spécialistes de la santé et des bien-portants. On peut le faire en dénonçant à la manière de Bertolt Brecht ou en disant vouloir « vider les abcès » comme le faisait Antonin Artaud; on peut aussi simplement réintroduire l'humain dans toute sa complexité, là sur la scène, à travers un

homme ou une femme qui aime, qui est pris dans les jeux du pouvoir, qui part chaque matin au travail ou qui n'a plus de travail, qui est inquiet devant la crise bancaire qui fait chuter son portefeuille, un homme ou une femme qui souffre et qui espère. C'est cet homme et cette femme qui nous intéresse quand nous pratiquons une anthropologie médicale en prise sur l'humain.

C'est là une réalité apparemment simple qui exige une pensée complexe. Quand il s'agit de l'humain, on ne peut en effet espérer trouver des lois simples. J'ai toujours voulu être en prise sur l'actualité, non pas d'abord pour me faire militant ou faire triompher une vision de la médecine ou de l'humain, mais pour maintenir un état d'alerte, une présence vigilante dans l'immédiat de l'événement.

Références

Barthes, Roland

1957 *Mythologies*. Paris: Éditions du Seuil.

Lévi-Strauss, Claude

1964 *Mythologiques*, Tome I : Le Cru et le cuit. Paris: Plon.

1967 *Mythologiques*, Tome II : Du miel aux cendres. Paris: Plon.

1968 *Mythologiques*, Tome III : L'Origine des manières de table. Paris: Plon.

1971 *Mythologiques*, Tome IV : L'Homme nu. Paris: Plon.

*Gilles Bibeau
Professeur titulaire
Département d'anthropologie
Université de Montréal*



Recasting Gender and Prophylactic Use in China: A Historical and Anthropological Perspective¹

Tiantian Zheng
State University of New York,
Cortland

The purpose of this paper is to understand the current problems and issues in the use of contraceptives by exploring historical Chinese attitudes towards birth control and by examining a variety of traditional practices that, even today, compete with and often interfere with acceptable and safe methods of birth control. I will show that a constant feature of historic ideology regarding birth control was a disregard for the safety and wellbeing of Chinese women and female children in favor of male values, and that even today, these values and the practices associated with them continue to threaten the health and well-being of Chinese women and the viability of their female fetuses.

A scrutiny of the implicit and explicit cultural logic underlying gender dynamics and birth control is crucial to understanding sexual inequality and contraceptive use in present-day China. What are the cultural rules and obligations concerning family planning and birth control? How have they been formed throughout history? Who has been bearing the brunt of birth control? What kind of sexual parameters have the cultural rules set up for men and women, and how are they different from each other?

Answers to these questions will enhance our comprehension of the historically embedded cultural obstacles that obstruct women's demands for condom use. To achieve this goal, I will offer an historical account of how knowledge about prophylactics has been produced, constructed and disseminated by the ancient imperial states, the Republican state, the Communist state and the

¹ Part of this article was published in Zheng (2009).

post-Mao state, and how this knowledge has been acquired and practiced by the Chinese people. I will demonstrate how family planning and priorities in, and prohibition of, prophylactics as part of the state's pro-birth, anti-growth and birth-control policy led to different constructions of the role of prophylactics and affected popular understandings of gender and the purpose of sex. This analysis also helps crystallize how sexual concepts and reproductive habits – often seen as inherently personal and therefore removed from the general stream of history – respond to broader social forces, such as state policy changes.

I will mainly draw on my research in historical archives, official and popular media including popular and academic books, journals, magazines, and sex education CDs disseminated only to newly-married couples. I will unravel the historical continuity of women bearing the brunt of contraception throughout China's past and present. This account offers an excellent context for the readers to understand why many of the clients in my study, though in their forties and fifties, and married with children, have never or rarely used condoms throughout their adult lives.

Biomedecine, Gender, and the Body

French philosopher Michel Foucault, in his studies of the medical profession and the rise of the modern clinic, asserts that the medical institution has emerged as one of the pillars of developed societies. Since the establishment of the right to health in Europe in the 1940s, medical care has become an increasingly social and political concept that has generated a set of new policies regarding the human body (Foucault 1996:74). Foucault observes a process of medicalization that includes every single aspect of life and death: conception, pregnancy, childbirth, growth, health and sickness, and death.

Foucault argues that biopower is at the core of this process of medicalization. Foucault defines biopower as “technologies that were developed at the same time as, and out of, the human sciences, and which were used for analyzing, controlling, regulating and defining the human body and its behavior.” (Danaher, Schirato, and Webb 2000:64) Foucault points out two elements that are central to the exercise of biopower: the clinical gaze and medical discourse. The clinical gaze arises from health professionals who watch, diagnose, and decide on the nature of illness. Medical discourse is connected to specialized knowledge as a site of control and power. Ultimately, doctors exercise their medical authority on the patients' bodies through language and through complex technological processes (Morales 2006).

Underscoring reproductive technologies means that male-centered medical discourse defines women in their reproductive organs and reduces women to the hysterical uterus, incompetent cervix, and malfunctioning ovaries (Seigel 2001). Women are taught that their reproductive bodies are inherently problematic, that suffering and discomfort are natural conditions of the female body, and that female reproductive equipment is distasteful and dispensable once childbearing is complete (Lay et al. 2000).

One of the effects of biopower upon women's bodies is the social construction of women. Women are associated with nature. This cultural association defines women according to their reproductive physiology. Women are considered feeble and passive, driven by emotion and instinct, and perceived

as slaves to their reproductive organs and hormones (King 2004:31). While men are perceived as capable of transcending biological materiality, women are entrenched in their physicality (King 2004:31). Because women and their physiology are construed as representative of nature, that is uncontrolled, unpredictable, capricious, and dangerously polluting, the female body has consequently been subjected to the scrutinizing gaze of the human sciences. Medical technology has targeted the female body to control and tame it. Women's uncontrolled sexuality must also be contained, regulated, and restricted.

Medical and scientific discourse has pathologized the normal phases of the female life cycle of menstruation, pregnancy, childbirth, and menopause, by reigning over and administering them through the domain of medicine. Modern medicine is used as an agent of social control, especially over the lives of women, making them dependent on the medical profession and on the technologies of the body. As demonstrated in this paper, in the modern era of China, women's bodies are medicalized, controlled, and essentialized as reproductive bodies. The patriarchal gaze and disciplinary power in biomedicine eventually naturalizes techniques of discipline, manipulation and discomfort, imposing them on the female body to achieve a docile body whereby women are habituated to taking the responsibility of family planning at the expense of their own health.

Ancient and Late Imperial China – Pronatal Attitudes

Confucian values, at least as they have been implemented in China, have always regarded females as subordinate instruments for the smooth functioning of a male dominated family and state.² That this has been true throughout Chinese history is well illustrated by the following discussion of attitudes towards population control and sexuality in ancient China. During this time there were pronatal attitudes and concerns due to the doctrine of filial piety and the fear of decreased population. It was believed that the central ideology of filial piety and the maintenance of labor were crucial to long-term state security and a flourishing economy (Dikotter 1995). As Mencius said, "There are three things which are unfilial, but the most unfilial of these is to have no sons." (Zhao 2006:18) Being benevolent parents and filial children were heralded as the central ethics and *Dao* of the Heaven (*tiandao* means observing nature as a model for social behavior)³ (Fan 2001), and large families were preferred in order to guarantee the continued worship of ancestors and old age insurance (Himes 1963). Drowning and abandoning children was believed to be against the *Dao* of Heaven and disruptive of moral order. Between this entrenched ideology and the state's insecurity about the short life expectancy and high mortality of babies, a plethora of policies were

² Mann (1997), Ko (1994), and Bray (1997) have recorded significant changes over time in the position of women. Their work has traced how women were situated in the three-tiered hierarchy (the imperial state, elite family and peasant household) and how they advanced or suffered in such a patriarchal system. They have employed the late imperial state-elite-peasant triad to examine women's domesticity, life course, reproduction, motherhood, work, feelings, education, and property. Women's various roles were considered in relation to the orthodox literati culture of Confucianism and the prominent popular culture of Buddhism and Daoism.

³ This concept originates from Lao Zi's *Dao De Jing*. *Dao* is the cosmos, the truth, the way and the life. Lao Zi wrote, "Dao of Heaven resembles the stretching of a bow. The mighty it humbles, the lowly it exalts. They who have abundance, it diminishes, and gives it to those who have need. That is Dao of Heaven; it depletes those who abound, and completes those who lack." (2001)

implemented to encourage population increase, such as tax breaks, food aid, rewards of cloth and rice to large families, and punishment of those families that drowned babies (Fan 2001). The pronatal attitudes and concerns during this period did not preclude a plethora of folk contraceptive methods that varied from forcing semen to flow backwards, folk medicine, to infanticide. As illustrated above, although the Yuan dynasty prohibited prostitutes from abortion and the Ming and Qing dynasties applied heavy punishment to those drowning babies, one of the means used to control unwanted birth was, in fact, the drowning of babies (Fan 2001).

In general, sex in ancient China was distinguished by two separate purposes: sex for the purpose of reproduction and sex for the purpose of creating greater male potency⁴ (Van Gulik 2003). The two fundamental principles of *yin* and *yang* in Chinese philosophy are crucial to understand the meaning of sex. *Yin* conveys the meaning of being negative, dark, passive, cold, wet, and feminine, and *yang* carries the meaning of being positive, bright, active, dry, hot and masculine. There is *yin* in *yang*, and there is *yang* in *yin*. *Yin* and *yang* interact with each other and influence people's health. Sex for the purpose of enhancing potency involved *yang*-strengthening and *yin*-replenishing. *Yang*-strengthening was accomplished through sexual arousal without ejaculation. The purpose was to cause a reverse flow of semen at the moment of climax rather than allowing the precious fluid to ejaculate (Van Gulik 2003).⁵ It was believed that men could reach immortality through making the semen flow backwards to be transformed from *jing* (seminal essence) to *qi* (vital energy) and then to *shen* (spirit) at the point when semen and *yin* coalesced in the brain. This process was completed through breathing techniques or pressing a particular acupoint. The importance of multiple sex partners was intended to enhance men's sexual prowess. Men turned frequently to concubines and prostitutes in order to replenish *yang* and use the replenishment to impregnate their wives. Women's breast milk, saliva and secretion were absorbed as medicine for men to replenish their original *Qi*. Men were advised to absorb the maximum *yin* from women by retaining their penis in the women's vagina as long as possible and appropriating the female red vital essence for themselves. Although a man must give his female partner as much pleasure as possible in order to absorb the maximum 'yin' from her, his ultimate purpose is to attain his own immortality (Furth 1994; Van Gulik 2003). Therefore, I argue that a consistent theme was the appropriation by men of women's *Qi* for their personal immortality and for the purpose of strengthening the state through the procreation of healthy children. Almost all sex manuals taught men about therapeutic intercourse postures, the selection of sex partners, the adjustment of sexual behavior according to seasonal changes, dates and time, and provided recipes for *yang*-strengthening food. This was to prepare for the conception of healthy children with their wives through strong ejaculation. Interestingly enough, semen flow reversal was also adopted during the Maoist and post-Maoist era as a contraceptive method (Li 1958; Zhang 2002).

In addition to the reversal of semen flow as a contraceptive method, traditional Chinese medical texts also offered a myriad of contraceptives and abortifacients. For example, the rhythm method, that is, the identification of the period of female fertility and the avoidance of sexual activity during that period, was recorded during the Yuan dynasty. "Those who are afraid of too

⁴ Exceptions of this general theme are reflected in the homosexual culture and prostitutes in Tang and Song poetry.

⁵ This theory was abolished since Chinese medicine associated some disease with copulation.

many births can calculate the dates... A woman can get pregnant during the first three to five days following menstruation, with a son during the first day and with a daughter during the second day." The alleged safe period here was contrary to modern science, which could explain why contraception was ineffective during that time. Hence, the unchecked population increase. Although this method was based on inaccurate science, it is possible that it expressed some concern for the health of women who had borne too many children. On the other hand, it might also represent the interests of some poor male peasants unable to support large families.

During the same period, the desire of poor peasants to limit the size of their families and the failure of contraception led to the flourishing of abortifacients that were often harmful to women's health. Abortifacient prescriptions and contraceptive recipes were found in ancient medical texts such as *Qian Jin Fang* (Thousands of Gold Prescriptions) by Sun Simiao who died A.D. 695, *Yi Xin Fang* by Danbo Kanglai, *Furen Liangfang Daquan* (Complete Collection of Valuable Prescriptions for Women), and *Duanchan Fanglun* (Contraceptive Prescriptions) (Himes 1963). It was recorded that a herb called *huirong* found on Fan Zhou mountain could make a woman barren (Jiang 2003). Abortion formulas included ingredients such as barley leaven (*daqu*), liquor, silkworm eggs, thyme (*shexiang*), Chinese goldthread (*huanglian*), mercury, medicinal leeches (*shuizhi*), purple eggplant flower, rape seeds, cotton seeds, tadpoles, and so on (Himes 1963; Jiang 2003). Besides these recipes and formulas it is reported that the prostitutes applied disks of oiled paper to the cervix to prevent conception (Himes 1963). It was a piece of thin transparent paper, much like toilet paper, made of bamboo tissues, and was inserted into the vagina to prevent the penis from touching the uterus. Some inserted a piece of cotton, locks of hair, fiber, or silk into their vagina. Others soaked the cotton in cooking oil, vinegar, or wine to increase their efficiency as contraceptives (Fan 2001). During the Maoist period, many of these abortifacients were revived and found to be seriously damaging to women's health.

Republican Era (1911-1948)

The Republican government continued the pronatal policy. The wake of Western colonialist intrusion and the relatively secure time of "culturalism" (Fitzgerald 1996) that had followed was superseded by the perception of China's decline and the growth of Chinese nationalism. A new generation of intellectuals invoked the authority of medical science in place of Confucian philosophy to regulate sexuality and reproduction as they were considered to be intimately linked to national strength and state power (Dikotter 1995). Government policy still insisted that the role of sex was to ensure procreation, rather than provide pleasure. Intellectuals argued that individuals had to stringently discipline and restrain their sexual pleasures because excessive intercourse retarded a man's sperm. The belief that a woman carried all her previous sexual partners' semen in her blood put an emphasis on the importance of marrying a virgin in order to preclude passing on the degenerate genes. Indeed, it was believed that excessive intercourse produced weak, malformed, or moronic offspring (Dikotter 1995).⁶ Based on this consensus, intellectuals debated how sexuality and reproduction should be policed. The Guomindang government (Nationalist Party) adopted Sun

⁶ It was argued that the semen was latent for years and would be reactivated during each intercourse. The remnants would enter the vagina through the bloodstream.

Yatsen's pronatal ideas as the official ideology and favored an unconditional increase of population. Sun's three principles of the people were opposed to contraception and considered limitation on births a form of racial suicide. Birth control information was thus ignored in official publications and rarely discussed in government circles (Dikotter 1995).

Some intellectuals such as Pan Guangdan and Gao Xisheng proposed that birth control would lead to the decimation and extinction of the more gifted stocks in the population (Dikotter 1995). One can see in this the influence of the Western eugenics movement which, along with many other Western ideas during that time, seems to have had a profound impact on China. Pan Guangdan expressed his concern about the lack of fertility among "the superior elements of the race" and suggested a birth release program for the higher strata of society so that the inferior elements would not swamp the professional classes (Dikotter 1995). Gao Xisheng, the author of an ABC of birth control, also contended that 90 % of factory girls' progenies were mentally retarded (*dineng*), a dysgenic tendency that was on the rise because of the dissemination of contraceptive knowledge to the educated public (Dikotter 1995). In spite of the absurdity of Pan's views, they were officially endorsed in the 1940s, and based on his views, the Ministry of Social Affairs organized an unprecedented committee for the study of population polices in 1941. The committee recommended segregating those physically and mentally handicapped from the normal population and advocated a differential birthrate based on unequal birth endowments; that is, some individuals may have children while others should be sterilized for the racial rejuvenation of the country (Dikotter 1995). Eugenics continues to influence contemporary Chinese's thinking about population. It is expressed primarily as a concern that women must conform to high traditional moral standards if they are to produce healthy and moral children, thus, once again, making women responsible for the heavy burden of the nation's future.

As indicated above, this pronatal policy was influenced by some intellectuals' concerns about eugenics. However, not all intellectuals accepted the pronatal policy. Influenced by Thomas Malthus's population principle which was introduced in China by a foreign missionary in 1880, proponents of reproductive control such as Wang Shiduo and Yan Fu proposed divergent views on the limitation of births. Wang proposed the drowning of female children and physically abnormal or unattractive sons. He wanted to impose a tax on daughters to encourage infanticide. He also wanted to construct temples, nunneries and halls of chastity in order to encourage celibacy. In the anticipation of the later one-child policy, he even wanted to compel women who had already given birth to take abortifacient drugs.⁷ Yan Fu advocated a ban on early marriage and a role for doctors in eliminating inferior babies. Proponents of reproductive control underscored the physical hardships, high mortality rate, and lack of hygienic care resulting from unrestricted procreation. A special issue of a women's journal was published in which it was argued that birth control would contribute to race regeneration (Dikotter 1995). While this period does show some uncharacteristic concern for women's health, ironically it solves the problem by advocating the drowning and infanticide of female children.

Although abortion was not prohibited under Ming and Qing law, the early Republican Criminal Code (article 332-338) proclaimed abortion illegal

⁷ Shocking as the idea of infanticide is, it is important to remember that it was a common practice in Europe as well as in Asia until the 18th century.

(Hershatter 1997). As with illegal infanticide during the pre-Republican era, criminal abortion during the Republican era was common in large cities, frequently leading to pelvic inflammation or death from sepsis. A plethora of drugs were sold as abortifacients. Dangerous practices were also implemented such as piercing the uterine wall with needles as a means of inducing abortion. Besides the previously-mentioned abortifacients, abortion prescriptions from early Chinese medical texts were also used. Prostitutes during this era were given daily doses of alum or live tadpoles to eat to prevent pregnancy, induce abortions, or lead to infertility. It was believed that the “cold element” in tadpoles would counteract the “heat” of pregnancy.

During this era, contraceptive methods were adopted exclusively by the professional classes (Dikotter 1995). When it was discovered in a survey of 34 educated urban women conducted in 1930 that only three were informed about birth control, the debate on birth control heated up but was always confined to the intellectual realm. In 1922, Hu Shi invited Margaret Sanger, an American crusader for birth control, to address students at the Beijing National University. Students transcribed the notes of her talk and translated her book *Family Limitation*. As a result of her influence, a pamphlet of 26 pages was published in 1922 and a translation of her *What Every Girl Should Know* was published in 1925. In 1936, Margaret Sanger was invited again by Yang Chongrui, the president of the First National Birth-Aid School to deliver a speech in the auditorium of Xiehe Hospital in Beijing. Sanger’s visit and the publication of her work provoked a heated debate on birth control (Dikotter 1995). At the beginning of the 1930s, Yan Fuqing organized a birth control league in Shanghai; in 1936, Nie Kesheng established a Eugenics society, mainly interested in contraception, in Hong Kong. During the mid-1930s, the popular press took up the issue and spread contraceptive knowledge in vernacular newspapers. Birth control pamphlets and handbooks flourished during the 1920s and enumerated all the methods available to the modern couple, even including directions about how to make condoms from animal guts.⁸ A 1935 description of a condom (*guitou tao*) presented it as an instrument for enhancing male sexual pleasure, much like the penis ring (*yin tuozhi*) of Ximen Qing in the novel *The Golden Lotus* (Yu 1935).

Although the policy of the Republican government was to prohibit birth control, as we have discussed in this section, the powerful influence of Western eugenics and of American birth control crusader Margaret Sanger, as well as the dire prediction of Malthus, led to that policy being debated among a small circle of government officials and intellectuals. However, few ordinary Chinese were influenced either by government policy or by the debate that surrounded it. In most cases, they continued the ancient traditional practices of infanticide and the use of abortifacients when they felt the need to control birth.

To clarify the meaning of this discussion for present-day China, it is important to understand that in spite of the presence of Margaret Sanger, the primary concern was not the health of women, but the concern for overpopulation and the health of the patriarchal state.⁹ Margaret Sanger was not concerned with overpopulation. She campaigned in China as she had in the US for the rights

⁸ As instructed, one should first thoroughly wash a fresh caecum, soak it in water containing a thousandth part of mercuric chloride, and then degrease it in alcohol. Mechanical dilation and a rubber ring to seal off one end would make the condom ready for use. The cervical cap, only invented at the turn of the century in Europe, was also recommended in the 1920s. The circulated literature also detailed other birth control methods such as vaginal sponges, pessaries, inter-uterine devices, acidic powders and jellies (Dikotter 1995).

⁹ The health of the patriarchal state included an ongoing concern with eugenics.

of women. Her concern for women was the basis of her concern for birth control. In the US, she witnessed poor immigrant women who carried the burden of ten to twelve children. For her, birth control became key to the liberation of women, giving them more control over their lives. Unfortunately, in China, when birth control was instituted during the Maoist era, this feminist concern was completely lost. In fact, as I will show below, women were burdened by the one-child policy because of the way it was implemented.

Maoist Era (1949-1978)

The Communist regime advocated rapid population growth as a sign of prosperity and improvement in livelihood. In 1952, the newspaper *People's Daily* condemned birth control as killing the Chinese people without shedding blood. During that time, abortion and sterilization were strictly prohibited and controlled.

The first national census in 1953 revealed a population of 602 million, much larger than the expected figure of 450 million (Liang and Lee 2006:9). Alarmed by this large number, in 1953, Deng Xiaoping, then the Secretary General of the Chinese Communist Party, wrote to Deng Yingchao,¹⁰ emphasizing the importance of contraception. In the ensuing year of 1954, Shao Lizi, one of the 68 members of the Standing Committee, openly advocated birth control. At the first meeting of the People's Congress, he urged propagating knowledge about contraception and providing supplies of contraception.

At a ministry-level meeting in 1954, President Liu Shaoqi proclaimed the Party's support for planned fertility, and in 1955, the Party's Central Committee approved a regulation of birth report drafted by the Ministry of Health, which was known as the "Directive on the Problem of Population Control," pronouncing the first official population policy (Liang and Lee 2006:10). In 1955, during the first National People's Congress, Premier Zhou Enlai also proposed birth control to protect women and children and to better provide for the younger generation (Tien 1973). This resulted in the first condom factory established in Guangzhou in 1955.

Also in 1955, the first article on contraception appeared in the official journal *Women of China* in response to an overwhelming number of letters requesting information about contraceptive methods (Dong 1955). We should note here that the need for birth control is assessed through various testimonies from highly educated women who thought about writing to a journal to complain and were able to do so. This should be considered as a possible bias not necessarily reflecting the general opinion. The editor of the journal, Dong Bian, defined contraception (*jiayu*) as the use of scientific methods to adjust the density of birth and contended that unscientific and unsanitary methods were dangerous to women, as many had already lost their lives from random abortifacients. She quoted some female cadre readers who were in their twenties, but already had three to four children. They expressed their desperate need for birth control as they were frustrated with their debilitating physical health and lack of energy and time for work. Thus Dong invited Dr. Zhou E-fen to introduce scientific methods to direct the readers, and stated that the purpose was to protect the health of women and children so that they could better serve the socialist construction, while caring for and educating the

¹⁰ Deng Yingchao was Premier Zhou Enlai's wife.

next generation. This objective was proposed in tandem with Mao's leading principle, that is, to tap into the great resource of women in building socialism. Women were thus heralded as being able to hold up half of the sky and thus were expected to devote themselves to social production. The editor, weary of inviting potential criticisms, assured the readers that providing birth control information would not reduce the population, as only those who already had too many children would need birth control and they could stop birth control if they wanted more children. After all, as the editor repeated, birth control was not an individual issue, but an issue that concerned national health and socialist construction, as it was indispensable that women continue to be healthy builders of socialism. Although concern for women's health was initially discussed, in the long run it became clear that this concern was related to the larger issue of the health of the nation.

Dong also introduced the first of two books on contraception and sex written by doctors, entitled *Common Knowledge about Contraception* (1955) and *Sexual Knowledge* (1956). The first book introduced the differences between birth control, abortion and sterilization, and the second book discussed the biological and social aspects of sex, including contraception (Wang 1956b; Zhao 1955).

Four themes stand out during this period: endorsing contraceptives, emphasizing sex for procreation, dispelling fears and misgivings about contraception, and coping with men's reluctance to use contraception. First, official sanction was given to the use of the rhythm method, condoms, diaphragms, cervical caps, vaginal tablets, suppositories, jellies with or without diaphragm and cervical caps. However, condoms, cervical caps and vaginal tablets were not only costly but also difficult to obtain. As recorded, one cervical cap cost three yuan (enough to buy fifteen *jin* of rice or four *jin* of pork at that time), and condoms could only be purchased through entrusting friends who traveled to Beijing or Shanghai at the cost of ten to twenty yuan for one trip (Zhou 1955). Given their high prices and unavailability, some readers shared their methods of preserving condoms so well that one condom could be repeatedly used for a whole year without breaking.

Journal articles and publications discouraged sex during women's menstruation, the first three months of pregnancy, the post partum period, or after drinking because it would harm procreation (Wang 1956a). Masturbation was heavily condemned as a crime and "a malicious habit" (*e xi*) to be overcome (Yu 1956). People with venereal diseases were prohibited from marrying according to the 1950 marriage law. Sex was restricted to and authorized only within marriage and couples were advised to have intercourse no more than two times every week (Li 1958). It was emphasized again and again that human beings were "advanced animals" (*gaoji dongwu*) who had a natural desire to procreate. "It is one's heavenly duty (*tianzhi*) to be parents." (Wang 1957:68) "The purpose [of sex] is not to satisfy instinctive desires but to pursue a beautiful life. If one does it only for sexual satisfaction, s/he is a low-level animal." (Wang 1956b:30)

A host of journal articles and books attempted to dispel worries and doubts about contraception and sterilization (Li 1958:48). One folk belief was that condoms debilitated health because they disrupted the coalescence and strengthening between *yin* and *yang* (Gu 1956a). The folk understanding was that intercourse was to function as "*yinyang xiangbu*" (mutual replenishing of *yin* and *yang*), therefore, using condoms to disconnect *yin* from *yang* would dry the blood of men and women and make them frail, senile (*shouruo*) and

neurasthenic (Liang 1957). Some also feared that condoms would obstruct the smooth ejaculation of semen and harm men's health. Others believed that condoms would cause infection to the uterus. One journal article addressed each of these folk fears and claimed that "today's doctors have not yet reached a consensus as to whether semen could be absorbed by the vagina membrane and whether the connection of the two could replenish each other." (Gu 1956a:26) In spite of the author's ambivalence, it was clear that he had accepted the scientific view that rejected the *yin-yang* theory. The author then reassured the readers that condom use would not cause disease, but excessive intercourse would. Thus he warned against superfluous sex as too much ejaculation would affect the sperm count and lead to spiritual fatigue that could not be rehabilitated. Clearly his adherence to science was subordinated to his adherence to the political dogma of restricting sex to procreation.

Journal articles also pointed out that pregnancies continued as a result of the lack of cooperation with the husband as men felt condom use was too much trouble (*xian mafa, xian luosuo*) (Gu 1956a). For instance, in one letter, a female reader wrote that after giving birth to two children, she and her husband used condoms as a contraceptive. Both believed condom use harmed health, hence they thought they had gotten thinner ever since using condoms. Her husband was averse (*dichu qingxu*) to condom use and complained about all the trouble. Afraid to strain their relationship, she submitted to his will and then became pregnant with the third child (Wu 1956). Under such circumstances, some women wrote application letters for abortions and got approval from the working unit; others who were not approved because they had tried to induce too many abortions within one year resorted to other abortifacients such as deliberately jumping and playing basketball and squeezing the belly against heavy objects, which often led to massive hemorrhaging (Ren 1997). Journal articles warned women not to depend upon abortions for birth control. As of 1955, 70 % of the women applying for abortion did not persist in contraceptive use (Gu 1956b).¹¹

In 1956, the journal of *Women of China* published five herb prescriptions for contraception, collected from herb doctors and ancient Chinese medical texts (Zhou 1956). The article claimed that these prescriptions, tested and introduced by doctors, would not harm women's health, whereas others that had mercury, lead and arsenic sulphide were poisonous. The wide publication of the herb prescriptions were in response to Shao Lizi's speech at the third session of the first National People's Congress when he applauded the Ministry of Health's attempt to collect contraceptive prescriptions from practitioners of traditional medicine. Shao specifically recommended one oral contraceptive formula of fresh tadpoles, washed clean in cold boiled water and swallowed whole three or four days after menstruation. If a woman swallowed fourteen live tadpoles on the first day and ten more on the following day, she would be barren for five years. She could repeat the formula afterwards twice and be forever sterile. This formula originated with Yeh His-chun, lauded as an advanced herbalist by Shao. Tests of the formula under his direction started in March 1957 with the promise of abortions to the female volunteers, should pregnancies take place. Meanwhile tests on cats and white mice were carried out. Despite the heavier dosage than originally prescribed, 43 % of the women became pregnant within four months, not mentioning the worries of their exposure to tapeworms and other parasites. In April 1958 tadpoles were officially declared to have no contraceptive value.

¹¹ This same theme reoccurred during the 1960s.

For the first time in Chinese history, traditional oral contraceptive recipes were extensively published in periodicals with nation-wide circulation as well as provincial and municipal newspapers (Tien 1965). It was reported in 1955 that some 500,000 doctors practiced traditional medicine in China, whereas in 1958, only 50,000 to 75,000 doctors were trained in Western medicine (Tien 1965:227). This revival of traditional medicine also included forcing semen to flow backward as a contraceptive method (Li 1958). Detailed descriptions taught men how to press a particular acupoint to make semen flow backwards instead of being discharged into the vagina. Both women and men were warned to be always vigilant for the moment to perform the pressing. This method was categorized as withdrawal. In a nutshell, traditional medicine was promoted and gained renewed prominence in tandem with the official policy of cherishing China's medical heritage. Although official disavowal of tadpoles as contraceptives came in 1958, during the lapse of two years, there were reports from various parts of the country of deaths and disabilities from the ingestion of both specified and unnamed preparations. For instance, it was reported that some women took 40 quinine tablets and became blind, some took safflower and went into a coma from hemorrhaging, some tore open the cervix with knitting needles, while others inserted corrosive herbs inside the vagina and caused serious infections (Li 1958). Other reports of prevalent side-effects included stomach and abdominal pains, bodily aches, nausea, vomiting, diarrhea and menstrual irregularities. A local clinic of traditional medicine in Henan province was accused of selling poisonous contraceptive powder made of calomel, leeches and two other ingredients, leading to toxic symptoms among over 20 cadres of a school, including swelling of the body, blistering of the tongue, blood in the uterus and swelling of the vagina. Despite the reports, officials argued that oral recipes should not be rejected, because incorrect or unsupervised use could have been responsible for the reported ill-effects or pregnancies. After 1962 however, those who promoted preserving traditional contraceptives were publicly condemned (Tien 1965).

As illustrated above, many hurdles obstructed birth control activities since its incipient stage. These obstacles included misinformation, doubts about contraceptives, men's reluctance to use contraceptives and so on. Journal articles in 1957 continued to report women's frustrations and suffering from too many births. The All Women's Federation and Ministry of Health were inundated with letters seeking financial assistance and abortion information because of the birth of numerous children (Lei 1957). A female reader wrote to the journal *Women of China* discussing how she constantly invented excuses not to go home to avoid sex with her husband because she was afraid that pregnancy would disrupt her studies (Yu 1957a). In the end, her husband was pushed further away from her. Other readers related how fear of pregnancy made them retreat from marriage (Li 1957). From readers' reports, it seemed common that young married women at the age of 21 were already mothering three or more children and had to leave school to take care of them (Lei 1957; Li 1957; Yu 1957a). Some decided to shoulder the double burden of study and childcare, others relied on their parents for childcare or applied for subsidies from the country (Lei 1957). In response to the overwhelming needs, another book on birth control was published in 1957. This book attended to both rural and urban women as it recommended that rural women use condoms, jellies or salt mesh (*shiyān hu*).¹²

¹² One spoon of salt plus ten spoons of water, plus a spoon of rice powder or starch and boil it into a paste and rub the paste onto a piece of clean cloth, roll the cloth over and insert it into the vagina.

After July 1957, a political backlash brought serious repercussions to leading scholars who were proponents of birth control. Ma Yin-chu was one of them. Ma, the president of Beijing University, joined the heated debate on the "population problem" and delivered a speech on the population question at the fourth session of the National People's Congress in 1957. His speech, titled "New Population Theory," emphasized that Malthus was correct in his view of the geometric increase of population, though he was wrong in maintaining that means of subsistence only increased in an arithmetic ratio. Ma saw population growth as the main obstacle to improved standards of living, industrialization and elimination of unemployment and underemployment. Ma rejected the Marxist contention that population problems cannot exist in a socialist society, and insisted that population be planned even in a socialist society. Ma was severely criticized by orthodox Marxists as "adopting bourgeois Malthusian population theory." (Liang 2006:10) His theory, according to his opponents, blamed the working-class victims rather than the capitalist system for creating their own difficulties (Liang 2006:10). Criticisms of Ma were exacerbated by the Great Leap Forward and the Anti-Rightist political movement. Under Mao's slogan of cracking down on capitalist revisionists within the party, Ma was denounced as a political rightist and was removed from his post as president of Peking University in 1960 (Tien 1973). During the Hundred Flowers campaign, a host of other proponents of birth control had also been accused of being anti-Party, anti-people, anti-socialist and anti-democratic dictatorship and of harboring political ambitions. Debates on the population problem were silenced not only by the Anti-Rightist movement, but also by the economic disaster during 1959-1962.

The birth control campaign was dropped during the Great Leap Forward and the institutionalization of communes. A vast population was regarded as an asset rather than a hindrance to economic development. "Hand theory" was popular at this time arguing that "One person has one mouth, but one person has two hands. Two hands can support five mouths." "People in the past worried about our overpopulation, but the idea has been overturned, the question is not so much over-population, as shortage of manpower." (Li 2008)

Although birth control was resurrected in 1962, it was not entirely abandoned during this time. In the journal of *Women of China*, female readers associated the use of contraceptives with the considerateness and thoughtfulness of their husbands (Chen 1958; Liang 1957; Wen 1958; Yu 1957b; Yu 1958). One reader praised her husband for being considerate (*titie*) because he consistently used a condom, and another reader insisted that her husband agree to use birth control after giving birth to their fourth child (Liang 1957; Yu 1958). Other women were not as lucky. Letters related that some women were so strained with childcare that they spit out blood or quit study and stopped working. Because women were the ones burdened with heavy housework and childcare, men did not feel the need for birth control. Rather, they considered it troublesome and even obstructed women from using birth control (Li 1958). Hence it became women's responsibility to persuade the men (Chen 1958). One article reported that in a factory, women's committee members sent people to talk to the husbands who would not practice birth control. For instance, one woman had four abortions and was extremely weak, but her husband still refused birth control. After committee members "worked him" (*zuotade gongzuo*) to take care of his wife's health, he finally realized that more abortions would induce danger to her health and therefore agreed to cooperate with her in birth control (Wen 1958).

In 1962, the Central Committee and State Council issued "Directions on Advocating Family Planning" and thus resurrected birth control and emphasized leadership in family planning. The document listed family planning as an important government agenda and demanded dissemination of information, production of drugs, development of technology and scientific research. Premier Zhou En-lai repeatedly espoused the significance of late marriage and contraception in developing the economy and enhancing population health and emphasized voluntary planned parenthood instead of coercion. In 1964, the State Council established a family planning committee with sub-divisionary offices to take charge of the birth control issue. Meanwhile a family planning professional unit was organized to coordinate scientific research. In 1964, the State Council added a budget item specifically devoted to family planning.

During this time however, the family planning campaign only centered on the cities. Consequently, the countryside that comprised 80 % of the total population had not yet started family planning. Birth control information was only imparted to women who had more than three children and was unavailable to newly married couples and women with one to two children (Dong 1965). Condoms were not made available in the countryside and people still carried doubts and fears about contraception and sterilization (Zhang 1964). For instance, sterilization was compared to eunuchization and the castration of a cock, while contraception was deemed inappropriate for newly married couples because it would deteriorate their relationships and affect their health (Anonymous 1964; Lei 1979; Xiao 1965). The result was the acceleration of the fertility rate from 6.18 to 6.26 between 1964 and 1966, far exceeding the rate of 6.1 during 1954 and 1958. Mao Zedong realized that birth control should be emphasized in the countryside. To counter mass fear of intra-uterine devices (IUDs) and other contraceptives (Yu 1965), in 1966, cadres, party secretary directors, party members and All China's Women Federation members were the first ones to insert IUDs and accept tubal ligations leading others to do the same (Dong 1966a; Jiang 1966; Lui 1966; Zhang 1966). In 1965, a Japanese condom production line was introduced in Tianjin to manufacture condoms (Anonymous 2005).

As mentioned previously, contraception information only targeted women, and the burden of family planning was fully laid upon women's shoulders (Andors 1983; Greenhalgh 2005). It was emphasized that women should carry through family planning (Dong 1965 and 1966b). This period continued the previous theme of men having no role in birth control. Female readers wrote about their experiences of giving too many births because their husbands abjured condom use complaining that it was too much trouble (*xian mafan*) (Xu 1964). One woman related that after giving birth to two girls, she had to quit school and constantly felt exhausted (Xi 1964). Her husband completely disregarded her complaints. After giving birth to the third child, she tried consulting her husband about adopting contraception, but he refused. She cried and commented that since men could not give birth, they could not experience the pains of giving birth and raising children, and therefore, they only thought about themselves. She tried her best to repress her anger from his insults and tried reasoning with him until reluctantly he finally conceded. It was not until she fell ill and he had to experience viscerally the tiring duties of childcare that he agreed to use contraception. Another female writer resorted to a different approach (Geng 1964). Like the other writer, she had three children and realized that men did not feel the same pressing (*poqie*) need for birth control. To change the situation, she took advantage of his rest time at home to talk to him, helping him realize her painstaking efforts in childcare and bring them to

his attention because he “lacked real experiences (of the pain).” So she detailed how she was tied up with housework, how she suffered from a hemorrhage upon giving birth that severely compromised her health, how she was exhausted from raising too many children, and how other families had problems due to too many children. The result was not complete success, as he still did not use precaution a couple of times and again impregnated her.

Thus female readers advised other “female comrades” not to be “softhearted” (*xinchang tairuan*) and submit to the needs of men (*qianjiu nanfang*). Rather, they should be “resolute” (*jianding*) because it was the female comrades responsibility to shoulder the burden of pregnancy and childcare. Meanwhile, they insisted that male comrades who truly care for (*aihu*) their wives should be more considerate (*weiqizi shexiang*). Thus the two indispensable elements in persisting in birth control were: one, the wife should not submit to (*qianjiu*) the husband; two, the husband should truly care for the wife so he would not detest making a slight effort (*buxian jushou zhilao*). The party hoped that through determination and cooperation, there would be success in birth control (Mo 1964).

While the Chinese government endorsed birth control and planned population during the 1950s, the insufficiency of the public health system prevented birth control from being practiced (Liang 2006:11). Following a sharp population decline during the economic disaster of the Great Leap Forward from 1959 to 1961, the period between 1962 and 1966 witnessed a precipitous population increase, with total fertility rates ranging between 5 and 7 (Liang 2006:11). The rapid population growth pushed the government to proclaim a new “Directive” advocating birth control and supervising the outcome of the birth-control campaign (Liang 2006:11). The government instituted medical research on contraception, trained health workers and established family planning administrations on local levels (Liang 2006:11).

Birth control activities were undermined and came to a halt during the Cultural Revolution of 1966. Population increased rapidly achieving its highest rate from 1967 through 1970, and the government did not resume the birth-control campaign until 1970. This population policy was supported by Chairman Mao, who pronounced that “population must be controlled by all means” (Liang 2006:14). His stand on birth control helped promote population policy among the general public. During this time, because the policy of two children per couple every 4 to 5 years, unlike the one-child policy during the 1980s, was easy to follow, it did not encounter severe opposition from rural areas (Liang 2006:14).

In 1971, in response to the explosion in birth, Zhou En-lai convened a meeting to discuss family planning issues and the result of the meeting, “A Report on How To Do Well in Family Planning,” was forwarded to the State Council and was approved. The report established the fourth five-year plan targeting the rate of population increase and proposed measures such as the dissemination of information about late marriage and family planning to every household. The report required improvements in the quality of abortions and sterilization and called for strengthening research on contraception. It also demanded increased production and supply of a variety of contraceptive drugs and equipment for the countryside. Local governments, reproduction units, residential communities, birth control committees, public health personnel, and the network of rural health facilities were improved and more equitably spread throughout the countryside (T. 1997).

While during the 1960s, birth control centered on the cities, after the 1970s, the emphasis shifted to the countryside (Andors 1983). A family planning team composed of “bare-footed doctors,” female directors and “sister-in-law team leaders” (*dasaozi duizhang*: an elderly and respectable woman) was formed. Communes trained medical staff capable of doing simple contraceptive operations. The increased participation of women in the health care delivery system enhanced the level of health care available to women (Andors 1983). The country supplied all the equipment needed for abortions and IUDs. Cities organized medical teams to go to the countryside and propagate birth control knowledge. As a result of rural family planning, rural fertility rates dropped from 6.01 in 1971 to 2.97 in 1978. It is worth noting that this result took several years of harsh policies to establish.

Even as early as the end of 1974, Mao Zedong reversed course and began emphasizing that “population must be controlled,” and pushed further family planning in urban and rural areas. During that same year, 14 different contraceptive tools including birth control pills and condoms were supplied free of charge to married couples by the hygiene department at the level of commune, street, county and city. The statistics in 1971 showed 3.9 million abortions, 6.2 million IUD insertions and 3 million sterilizations. It was reported that in the city of Tianjin, in 1978, 3,593 tubal ligations and only 175 vasectomies were performed. In the same city, the failure rate for a new kind of IUD, the stainless steel double ring, was 13.2 per 100 women, of which 4.7 % resulted from expulsion, 2.4 per cent from pregnancy with IUD and 6.1 per cent from removal for complications (Chu’iu Lyle 1980). The prevalence of tubal ligations, a difficult and relatively dangerous operation compared with male vasectomy, indicates not only the male fear of diminished sexual capacity, but also the pressure on women to assume responsibility for birth control.

In 1973, population quotas were formally included in the development plan for the national economy. At the end of that year, China proposed the policy of “late marriage, longer intervals between births, and fewer children.” “Fewer children” was defined in terms of Zhou Enlai’s model of “one is not too few, two are ideal, and three are too many.” (White 1994) Two-child families were favored. In 1979, the number was dropped to one child per couple. It was the first time in Chinese history that family planning had been written into the constitution.

During the Maoist era, it was the socialist dogma that population control was necessary only in capitalist states rather than in socialist states. The early Mao’s policy followed the socialist line that unlimited birth could be accommodated by an equitable distribution system. However, as the fertility rate in 1957 exceeded 6 children per family, it became apparent that even in socialist China, the increase in population could not be accommodated. As the Maoist government attempted to address population control, it is noteworthy that even though the communist regime proclaimed the equality of women with the slogan that women hold up half the sky, the implementation of birth control policy fell mostly heavily upon the Chinese women with frequently disastrous results. It is also important to remember that in spite of the great control over the Chinese population exercised under Mao, it was not until Deng Xiaoping came to power that an effective program of birth control was implemented.

Post-Maoist Era (1978-2006)

While Mao died in September 1976, it was not until 1978 that Deng Xiaoping had become the de facto leader of China. This was to lead to a revolution as consequential as the revolution of 1949, although with less violence. Deng Xiaoping was determined to be pragmatic rather than ideological and announced a new policy of market socialism. As a result of the new market economy and hence the consumer society, attitudes towards sexuality began to change. For some people, sex became an activity for pleasure and was separated from love. While the change in sexual behavior was not abrupt following the transition toward market economy, and many couples, especially in rural areas, still tightly associated sexual activity with procreation (Liu 1977), in urban areas, the change was marked. Our discussion of population policy from this point on will be in the context of Chinese commitment to the market economy. Following rural decollectivization, agricultural production had increased rapidly. The objective now for family planning was mainly to help modernize the economy and balance population and resources.

With the implementation of an open policy of economic reforms, the new Premier Zhao Ziyang projected a blueprint of no more than 1.2 billion people by the end of the twentieth century (Liang 2006:15). To accomplish this goal, in late 1979, the State Council proclaimed a one-child policy that restricted each family to only one child except in the autonomous regions. This compulsory policy invited resistance from the rural people who depended on male labor in family farming. To soften the tension, in 1984, the government pronounced a revised policy drafted by the State Committee on Fertility Planning, which allowed a second child in the rural areas and even a third one under special circumstances (Liang 2006:16).

In conjunction with the population policy, the revised 1980 Marriage law raised the legal minimum age for marriage (22 for male and 20 for female) and made birth control a duty for both spouses. Couples were offered birth control information and sex education before marriage, and after marriage, those who had only one child were issued a one-child certificate that entitled both the child and parents to a host of benefits (Lang 1980). Non-compliers were levied fines or referred to the court if the fines were not paid. In the early 1990s, various social forces participated in imposing birth limits. This laid so much pressure on cadres at all levels that it encouraged massive misreporting, abuses and coercions such as locking people in offices until they complied, confiscating property for unpaid fines and forcing the insertion of IUDs on widowed women to make up the number (Greenhalgh 2005; Liang 1997). Exacerbating this hard stance was the corruption of local cadres who misused birth revenues for personal consumption. From late 1982 to the late 1990s, the policy was “compulsory insertion of an IUD after the first child and compulsory sterilization of at least one member of a couple after the second.” (Gao 2002) Nie, in his work on abortion in China, contends that China’s birth control program includes coercive abortion and that “a collectivist and statist morality is used to justify official perspectives on birth control, abortion, and fetal life.” (Nie 2005:64)¹³

¹³ Nie (2005:93) contends that the official line on the subject of permitting termination at any stage of pregnancy except in sex-selective abortion does not necessarily accord with historical Chinese values and practices. He argues that the practice of forced termination of pregnancy sets up an example in which the state justifies any means by the ends of pursuing good causes. This, as he observes, has alienated Chinese people from the government and aggravated the conflicts between people and the state (Nie 2005:220). In terms of people’s

As family planning only focused on provider-controlled methods of IUDs and sterilization, the health of millions of women was harmed. The cheap stainless steel IUD caused anemia and led to uterine and vaginal bleeding, fever during menstruation, longer menstruation period and belly pain (Anonymous 2006). One-quarter to one-third of the women experienced contraceptive failure and had to undergo abortions, which greatly affected their physical and mental health (Anonymous 1991; Gu 1981). Results for non-compliers could be fatal. In a 1989-1991 study, women carrying unauthorized pregnancies to term were four times more likely to die in childbirth than women with state-permitted pregnancies (Greenhalgh 2005). The policy went so far as to designate the year in which a woman was allowed to have a child. In one case, a woman was forced to abort her child at the seventh month because her pregnancy took place in the wrong year. The operation left her crippled; she almost died (Greenhalgh 2005).

From 1998, service providers were encouraged to attend to clients' needs and offer more careful counseling on the risks and benefits of alternative methods of contraception. The 2002 law stipulated that contraceptives had to be "safe, effective and appropriate," but did not specify a particular method of birth control. The HIV/AIDS crisis added new duties to the population-and-birth system to educate the public and changed the name of condoms from "contraception condoms" to "safe condoms." (Greenhalgh 2005) In spite of the government's representation of the new program as an empowerment of women, in reality, the long-term emphasis on sterilization, IUD and abortion had a profound impact on women. In 1997, among the contraception methods used by 200 million couples, sterilization and IUDs comprised 93 % (80 % in townships and 96 % in the countryside), vasectomies made up only 9.2 % and condoms 4 % (Cai 2000; Gao 2002). 80 % of Chinese women have had at least one abortion, 9.9 % have had more than 3 abortions and some have had as many as 12 abortions (Wei 2005). In 1999, 45.55 % of women employed IUDs and only 3.87 % of women used condoms (Cai 2000). Indeed, popular media advised women to use IUDs after the child was 42 days old and birth control pills after the child was one year old (Yao 2002). My interviews with government officials at the municipal family planning office in Dalian also confirmed the emphasis on IUDs for contraception.

The emphasis upon female contraception bespeaks gender inequality. As mentioned, from the inauguration of birth control, women were heralded as the mainstay of the cause and assigned the heavy task of family planning (Liu 1979). Women models in family planning were set up to lead other women. It was women who had assumed the leadership and were also the major target of birth control (Kuang 1979). At the community level, birth control policy was enforced almost exclusively by women (Greenhalgh 2005; Kuang 1979; Liu 1979). Because family planning was understood to be a woman's issue, even though male vasectomy is a simple out-patient operation with no risk to the man and tubal ligations for women is a much more serious and dangerous operation, 95 % of the 800 million operations that took place between 1971 and 2001 were performed on women (Greenhalgh 2005). Such a "feminization of birth control surgery" was vividly explained by a male reader in the journal of *Women in China*. As he wrote, his wife was a better candidate for the surgery because he was the household owner. If the operation did not go well,

standpoints on abortion, he argues that the Chinese people exhibit great diversity, ambivalence, uncertainty, and inconsistency regarding the moral status of the fetus and the moral nature of abortion (Nie 2005:132).

it would greatly impact the family. However, “women are after all women. If the operation harms their physical health to the extent that they cannot participate in production, it is OK because they can still cook and raise children at home.” (He 1964:30) Underlying his letter “lie[s] pervasive cultural attitudes affirming male superiority, male entitlement to sex and male prerogatives in protecting the body from risk.” (Greenhalgh 2005)

Sigley (2001) also contends that even though family planning authorities have stressed that family planning is the responsibility of both husband and wife, the responsibility falls on the shoulders of women. There is a disproportionate amount of statistical revelation focusing on the reproductive practices of women when compared to those of men. As Lisa Handwerker (1995:366) notes, it is invariably women who take the blame for both infertility and for being too fertile.

Condom use was represented as a contraceptive that reflected men’s care and consideration for women because it was men who actively (*zhudong*) took the responsibility. Research in Greece has also revealed that women view men’s responsibility in contraceptive practices as a signal of their love and caring (Paxson 2002:320). Similarly, in China, non-users were accused of placing their own pleasure ahead of the health of their wives. For instance, one male writer wrote that his wife had had an abortion because he abjured condom use (Anonymous 2004b). After the abortion, his wife urged him to use the condom when he initiated sex, but, thinking that turning on the light was too much trouble and would destroy the moment, he pulled her back and sweetly coaxed her into submission. His non-use led to another abortion and this time she suffered much more than before. Because her health deteriorated after the two abortions, he advised her to have the IUD inserted which led to 50 days of vaginal bleeding and waist pain. Every night the pain was so sharp that she tossed and turned and could not go to sleep. She started taking all kinds of antibiotics and medication but none stopped the bleeding. After a year, the IUD came out by itself, so she had to have another one inserted. This process of insertions was repeated three times and her suffering and bitterness were beyond words. It was not until all these female contraceptive methods failed and her health was completely wrecked that he came to realize that condoms are a safer method (Anonymous 2004b).

As illustrated in this male reader’s letter, the convenience, health and well-being of the husband was more important than the well-being of the wife. The effort to improve women’s reproductive health and contraceptive choice during the early 2000s was stymied by the husbands’ unwillingness to use condoms even when their wives’ health was severely endangered and debilitated. Indeed, men’s refusal to use condoms caused frequent unplanned pregnancy (Yao 2002; Zhang 2002). Studies showed that Beijing women’s abortions were attributed to their husbands’ demand for sex and refusal to use condoms (Greenhalgh 2005). Men who did use condoms either did so carelessly or used defective condoms. Given this situation, women were advised to use post-sexual contraception, such as taking emergency pills, inserting jelly, squatting or jumping after intercourse, applying vinegar or soap water to a piece of cloth and inserting it into the vagina (Yu 2003; Zhang 2001; Zhang 2002; Zhu 1993). Besides these encouraged methods, an expensive “liquid condom” called Kanglebao at the price of 38 yuan each was produced in 2002 and marketed as a new route to provide women with safety. It was marketed to help with women’s reproductive health because unplanned pregnancies, sexually transmitted diseases (STDs) and AIDS transmission became the greatest menace for women, and female contraceptives could not provide

protection. Women's subjection to intercourse without condoms added to their chances of being affected by viruses. Although female condoms could free them from dependence upon men and abstain from the fear of pregnancy and infection with STDs, practically speaking it was too complicated to use. Some women, especially the hostesses working in night clubs and karaoke bars, welcomed the liquid condom because they believed that the ointment was convenient and effective in killing sperm, STDs and the AIDS virus, giving women control over their health.¹⁴

Popular books sought to understand why men did not like condoms even although condoms could prevent diseases and were thin, light, transparent, and even came in sexy colors and fragrances. To enhance excitement, condoms were also lined and creased to emulate the feeling of skin (Pan 2004). Chinese medicine was applied to some condoms in the belief that it increased pleasure and prolonged the duration of sex. Although popular books considered it the most sexy contraceptive method, men did not like it at all. Authors argued that boys might like it at the beginning because it could prove their manhood and at the same time, avoid the trouble of pregnancy. But, as they matured into real men, they would favor more direct intercourse, disregarding and ignoring women's demands. Condoms were thought to affect the quality of sex: "condoms compromise sexual pleasure. Because they have a layer of latex membrane, they desensitized the male's penis considerably." (Yao 2002) Men reported that having sex with condoms was like "having a shower with a raincoat on" or "kissing with glasses on." (Pan 2004) Authors also pointed out that some men had difficulty maintaining their erection. Such episodes made them embarrassed and unhappy. As one author wrote, "men maintained that they did not feel like making love with the condoms on; condoms disrupted the normal sequence of sex life." When a man is sexually excited, tearing open a condom package, rolling the condom and getting it in place makes it difficult to maintain an erection.

Of course the popular media also pointed out that it was natural for men to want progeny and prophylactics prevented this. It is important to remember that in China, women are required by the Marriage Law to submit to the sexual demands of their husbands because Chinese law does not recognize marital rape (Cao 2004; Gao 1998; Ji 2005).¹⁵ If a man refuses condoms, a woman cannot legally refuse to engage in sex, so she is forced to depend upon the pill or IUDs which do not prevent viral infections (Anonymous 2004b). In the survey, it was noted that more than 80 % of women engaged in sex out of obligation to their husbands and only 40 % of men reported ever having talked to their wives about contraception (Anonymous 2004a). There were even cases of wives killing their husbands because they had been

¹⁴ See Wei (2002). While there is no statistical data on the percentage of women who use liquid condoms, in my ethnographic research on karaoke bar hostesses during the summer of 2005, of the twelve women I interviewed, all favoured the use of liquid condoms.

¹⁵ In Wang's book (2006), she points out that the Chinese court system believes that rape within marriage does not constitute a crime as long as it is conducted within a legal marriage. For instance, in one case, the wife Yao requested a divorce from her husband Bai Junfeng (Pan 2005). Ever since the divorce request, the two were physically separated. The wife Yao lived in her parents' house, waiting for the divorce agreement to be reached. One day, her husband Bai Junfeng came to her parents' house, pressed her down and used physical violence to enforce intercourse upon her. Yao continuously resisted during the process, but to no avail. Yao lost consciousness due to his physical violence and was sent to the hospital upon emergency. She did not come back to life until the doctor intervened with medical assistance. Although the husband employed physical violence to enforce intercourse upon his wife and the wife vehemently resisted throughout the process, the verdict of the people's court in the county was that the husband's behavior did not constitute rape because it was carried out within matrimony (Pan 2005).

continuously forced into intercourse (Gao 1998). In a different case in Shanxi, a woman was tied up by her husband and her mother-in-law and beaten because she had refused to have sex with her husband (Gao 1998). Clearly, Chinese women must contend with expectations that are not favorable to their health.

Conclusion

The use of prophylactics and other contraceptive means in contemporary China reflects the historical continuity of gender hierarchy. What I have demonstrated is that in spite of the claims made during the Maoist and post-Maoist era about the empowerment of women, the reality is a continuing deep cultural bias against women that holds women responsible for birth control and the consequences of the failure of birth control. History helps us understand the difficulties facing women in contemporary China who always bear responsibility for fertility and birth control in the service of the Chinese state and their male partners.

The historical continuity of the practice of sacrificing women's health for family planning still epitomizes the nature of family planning in the contemporary era. In the ancient era, as we have seen, female infanticide was commonly practiced during periods of stress such as famine. Even in the Republican era, a state policy of imposed female infanticide was proposed and even today, as a result of the pressure of the one-child policy, female infanticide and abortion of female fetuses have once again become more common (Greenhalgh 2005). During the Maoist era, in spite of the proclamation of gender equality, women were expected to be the leaders and the mainstay of population campaigns, and female contraceptive methods were emphasized frequently at the cost of women's health. Women were made responsible for implementing the population policy. For instance, traditional recipes that tremendously harmed women's health were propagated instead of male contraceptives such as condoms, and when it was deemed necessary to sterilize one spouse, the more invasive tubal ligation was continuously favored over the out-patient procedures of male vasectomies. During the post-Maoist era, for the first time, a coherent policy limiting birth was propagated and effectively implemented, however, again, at a devastating cost to women. As we have seen, once again, female contraceptives such as IUDs and tubal ligations were favored over male condoms and vasectomies. The constant theme here was the subordination of women. The post-Maoist effective population policy was fulfilled only at the risk of women's health without significant sacrifice from men. Although at the beginning of 2000, we saw a shift in policy purportedly favoring women's reproductive health and women's initiative in contraceptive choices, the entrenched cultural ideas of gender inequality and the consistently misogynist policies before 2000 continued to shape actual practices in China, that is, women continue to shoulder the responsibility of contraception. An example of this misogynist policy is the continuing existence of the law which allows a man to demand sex from his wife at any time and makes it illegal for a wife to refuse. One might argue that until a woman gains complete control over her body, she will not be able to share the reproductive responsibility with men and hence will not be an equal partner.

References

- Andors, Phillis
1983 *The Unfinished Liberation of Chinese Women, 1949-1980*.
Bloomington: Indiana University Press.
- Anonymous
1964 *Nongcun Weisheng Shouce (Hygiene Handbook in the Countryside)*.
Nanchang: Jiangxi Renmin Chubanshe.
1991 *Biyunhuan Wenti (Questions on IUD)*. *Women of China* 10:42.
2004a *Wenjuan (Survey in 2004)*. *Dazhong wenzhai (Popular Digest)*
11(47):16-17.
2004b *Xingqu shoucang (Sex interests)*. *Shenghuo yu jiankang (Life and Health)* 2:34.
2005 *Zhuanjia Yuce: Zhongguo Anquantao Shichang Qianli Chao Baiyiyuan (Experts Predicted that the Market Potential of Condoms in China Exceeded Tens of Billions of Yuan)*. Electronic document, <http://info.china.alibaba.com>, accessed November 1, 2006.
2006 *Jiankang Shenghuo Yidiantong (Help on Health and Life)*. *Dushi Zhufu (Hers)* 7:116.
- Bray, Francesca
1997 *Technology and Gender: Fabrics of Power in Late Imperial China*.
Berkeley: University of California Press.
- Cai, Fang
2000 *Zhongguo Renkou Wenti Baogao (A Report of the Problem of the Chinese Population)*. Beijing: Shehui Kexue Wenxian Chubanshe.
- Cao, Xiaoyong
2004 *Jujue Tongfang Shi Jiating Baoli Ma (Is Refusal to Have Sex Domestic Violence)?* *Zhongguo Funu (Women of China)* 3(621):29.
- Chen, Shi
1958 *Shengyu you jihua, shengchan jintou da (Planned Birth, More Energy for Production)*. *Women of China* 5:30-31.
- Ch'iu Lyle, Katherine
1980 *Report from China: Planned Birth in Tianjin*. *The China Quarterly* 83:551-567.
- Danaher, Geoff, Tony Schirato, and Jen Webb
2000 *Understanding Foucault*. London: Sage Publications.
- Dikotter, Frank
1995 *Sex, Culture and Modernity in China: Medical Science and the Construction of Sexual Identities in the Early Republican Period*.
London: Hurst & Company.
- Dong, Bian
1955 *Zenyang renshi biyun wenti (How Should We Think about the Problem of Contraception)*. *Xin zhongguo funu (Women of New China)* 4(66):27.

- 1965 Ying'ai Quanmian de Lijie Jihua Shengyu (We Must Understand Family Planning from All Aspects). *Women of China* 12:30.
- 1966a Yinggaixiang Laoren he nantongzhi xuanchuan jihuashengyu (We Should Broadcast Family Planning to the Old and the Men). *Women of China* 4:32.
- 1966b Zhege tou daidehao (It Is Great to Take the Lead). *Women of China* 1:25.
- Fan, Guiyu
2001 *Zhonghua shengyu wenhua daolun (An Introduction to Chinese Birth Culture)*. Beijing: Zhongguo Renkou Chubanshe.
- Fitzgerald, John
1996 *Awakening China, Politics, Culture, and Class in the Nationalist Revolution*. Stanford: Stanford University Press.
- Foucault, Michel
1977[1963] *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. Alan M. Sheridan Smith, trans. New York: Random House Inc.
1996 *La vida de los hombres infames*. La Plata: Caronte.
- Furth, Charlotte
1994 Rethinking Van Gulik: Sexuality and Reproduction in Traditional Chinese Medicine. *In Endangering China. Women, Culture, and the State*. Christina K. Gilmartin, Gail Hershatter, Lisa Rofel, and Tyrene White, eds. Pp. 125-146. Cambridge: Harvard University Press.
- Gao, Ersheng, Xiao Shaobo, Wu Junqing, and Yuan Wei
2002 *Biyun Jieyu Youzhi Fuwu Yu Zhiqing Xuanze (Excellent Contraceptive Service and Client-based Choice)*. Beijing: Zhongguo Renkou Chubanshe.
- Gao, Yaowu
1998 *Funu hunnei xingquanli xuyao falu baohu (Women's Sex Rights In Marriage Needs Legal Protection)*. *Women of China* 8:50-51.
- Geng, Xuebao
1964 Yao Hezuo, Yao Jianchi (Necessary Cooperation and Resolution). *Women of China* 9:26.
- Greenhalgh, Susan, and Edwin A. Winckler
2005 *Governing China's Population*. Stanford: Stanford University Press.
- Gu, Sujuan
1981 Tan jishu yuanyin (On Technological Reasons). *Women of China* 2:43.
- Gu, Zhen
1956a *Biyun yingxiang jiankang ma (Does Contraception Affect Health)*. *Women of China* 7:26.
1956b *Buyao suibian quzuo rengong liuchan (Don't Do Abortions Casually)*. *Women of China* 6:24.

Handwerker, Lisa

- 1995 The Hen that Can't Lay an Egg: Conceptions of Female Infertility in Modern China. *In* *Deviant Bodies: Critical Perspectives on Difference in Science and Popular Culture*. Jennifer Terry, and Jacqueline Urla, eds. Bloomington: Indiana University Press.

Harding, Sandra

- 1991 *Whose Science? Whose Knowledge? Thinking from Women's Lives*. Milton Keynes: Open University Press.

He, Chisheng

- 1964 Zhe shi zisi zili de si xiang (This is a Selfish Thought). *Women of China* 8:30.

Hershatter, Gail

- 1997 *Dangerous Pleasures: Prostitution and Modernity in Twentieth-Century Shanghai*. Berkeley: University of California Press.

Himes, Norman E.

- 1963 *Medical History of Contraception*. New York: Gamut Press, Inc.

Ji, Xiangde

- 2005 Hunnei Qiangjian Lilun de Lilun Yuandian (The Theoretical Base of Marital Rape). *Zhongguo Faxue (Chinese Law)* September 8: 23-34.

Jiang, Xiaoyuan

- 2003 Xing Gan, Sex: Yizhong Wenhua Jieshi (Sexy, Sex: One Kind of Cultural Interpretations). Haikou: Hainan Chubanshe.

Jiang, Zongtao

- 1966 Ta zhenshi ge guanxin sheyuan de haoganbu (She Is a Good Cadre Concerned about Other members). *Women of China* 1:25.

King, Angela

- 2004 The Prisoner of Gender: Foucault and the Disciplining of the Female Body. *Journal of International Women's Studies* 5(2):29-39.

Ko, Dorothy

- 1994 *Teachers of the Inner Chambers: Women and Culture in Seventeenth-Century China*. Stanford: Stanford University Press.

Kuang, Caiwei

- 1979 Wei sihua zhisheng yige zinu guangrong (It Is Glorious to Give Birth to One Child for Four Modernizations). *Women of China* 8:24.

Lay, Mary

- 2000 *The Rhetoric of Midwifery: Gender, Knowledge, Power*. New Brunswick: Rutgers University Press.

Lay, Mary, Laura Gurak, Clare Gravon, and Cynthia Myntti, eds.

- 2000 *Body Talk: Rhetoric, Technology, Reproduction*. Madison: University of Wisconsin Press.

Lang, Jinghe

- 1980 Yousheng de diyibu - hunqian jiancha (The First Step in Eugenics: Premarital Test). *Women of China* 8:46-47.

- Lao, Zi
2001 *Dao De Jing*. David H. Li, trans. New York: Premier Publishing Co.
- Lei, Jieqiong
1957 He nianqingren tan hunshi (Talking about Marriage with Young People). *Women of China* 4:24-25.
- Lei, Zhenwu
1979 Shouren kuazai de jieyu cuoshi (Applaudable Birth Control Measures). *Women of China* 11:45.
- Li, Cun
2008 *Guoli Fangcheng*. Beijing: Zhongguo Shangye Chubanshe.
- Li, Fei
1958 Xingzhishi Wenda (Questions and Answers of Sex Knowledge). Baoding: Hebei Renmin Chubanshe.
- Li, Xiongqiong
1957 Woneng Daying tade Yaoqiu ma (Can I Say Yes to His Request?). *Women of China* 3:14-15.
- Liang, Jun, and Kongling Xu
1997 Jihuashengyu Yu Funushengyujiankang Zhi Libi (The Drawback and Benefit of Family Planning to Women). In *Shengyu de Chuantong yu Xiandaihua* (The Tradition of Reproduction and Modernization). Xiaojiang Li, ed. Pp. 42-54. Zhengzhou: Henan Renmin Chubanshe.
- Liang, Qiusheng, and Che-Fu Lee
2006 Fertility and Population Policy: An Overview. In *Fertility, Family Planning, and Population Policy in China*. Jr. Dudley L. Poston, Chiung-Fang Chang, Che-Fu Lee, Sherry McKibben, and Carol S. Walther, eds. Pp. 8-20. London / New York: Routledge.
- Liang, Zhao
1957 Jihua shengyu bing bunan (It Is not Difficult to Have Family Planning). *Women of China* (4):25.
- Liu, Dalin, Lun Ng, Li Ping Zhou, and Erwin Jaerberle
1997 *Sexual Behaviour in Modern China*. New York: The Continuum Publishing Company.
- Liu, Huizhen
1966 Shishuo buru yizuo (Ten Speeches Speak Lower than One Deed). *Women of China* 1:24.
- Liu, Zheng, and Cangping Wu
1979 Funumen, zhengdang jihua shengyu gongzuo de cujin pai (Women, Fight as the Harbinger of Family Planning). *Women of China* 8:22-23.
- Mann, Susan
1997 *Precious Records: Women in China's Long Eighteenth Century*. Stanford: Stanford University Press.
- Mo, Yunshi

- 1964 Xiading Juexin, Yangcheng Xiguan (Make a Determination, Form a Habit). *Women of China* 5:31.
- Morales, Marta Fernandez
2006 Foucauldian Biopower in Contemporary Anglo-American Theater: Margaret Edson and Nell Dunn. *Bells: Barcelona English Language and Literature Studies* 15(7):1-11.
- Nie, Jing-bao
2005 *Behind the Silence: Chinese Voices on Abortion*. New York: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Pan, Jianqing
2005 Qiantan 'Hunnei Qiangjian' (Discussion of 'Marital Rape.' Jiaxing Sifa Xingzheng (Jianxing Law Executive) 12:34-52.
- Pan, Mingxin
2004 Anquan tao-anquan fangbian kuaile (Condom - Safe, Convenient, and Happy). *Shenghuo yu jiankang (Life and Health)* 2:51.
- Paxson, Heather
2002 Rationalizing Sex: Family Planning and the Making of Modern Lovers in Urban Greece. *American Ethnologist* 29(2):307-334.
- Ren, Qingyun
1997 Yingxiang Zhongyuan Nongcun Funu Shengyu Jiankang de Ruogan Yinsu (Elements that Affect Rural Women's Reproductive Health). *In Shengyu: Chuantong Yu Xiandaihua (Reproduction: Tradition and Modernity)*. Xiaojiang Li, ed. Pp. 153-154. Zhengzhou: Henan Renmin Chubanshe.
- Seigel, Marika
2001 Exposing the Body. *Jac: Rhetoric, Writing, Culture, Politics* 21(3):1-5.
- Sigley, Gary
2001 Keep It in the Family: Government, Marriage, and Sex in Contemporary China. *In Borders of Being: Citizenship, Fertility, and Sexuality in Asia and the Pacific*. Margaret Jolly, and Kalpana Ram, eds. Pp. 118-153. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- T., F.
1977 Fertility Control and Public Health in Rural China: Unpublicized Problems. *Population and Development Review* 3(4):482-485.
- Tien, H. Yuan
1965 Sterilization, Oral Contraception and Population Control in China. *Population Studies* 18(3):215-235.
1973 *China's Population Struggle: Demographic Decisions of the People's Republic, 1949-1969*. Columbus: Ohio State University Press.
- Van Gulik, Robert Hans
2003[1961] *Sexual Life in Ancient China*. Li Ling and Guo Xiaohui, trans. New York: Brill Academic Publication.
- Wang, Jinling

- 2006 Zhongguo Funu Fazhan Baogao No. 1 (A Report on Chinese Women's Development). Beijing: Shehui Kexue Wenxian Chubanshe.
- Wang, Shancheng
1956a Tan xingshenghuo (Talk about Sex Life). Women of China 8:30.
- Wang, Weibin, Zhao Zhiyi, and Tan Mingxun
1956b Xing De Zhishi (Sexual Knowledge). Beijing: Renmin Weisheng Chubanshe.
1957 Xing de Zhishi (The Knowledge of Sex). Beijing: Kexue Puji Chubanshe.
- Wei, Jingjing
2002 'Yetibiyuntao' Nengfou Taolao Jiankang he Kuaile (Can Liquid Condom Offer Health and Happiness). Zhongguo Funu (Women of China) 12(614):6.
- Wei, Ping
2005 Nuxingjiankang yao baowo sange zhuanxingqi (Caring Female Health Should Grasp Three Transitional Period). Jiankang bao (Health News) 7:7.
- Wen, Jin
1958 Jieyu xuanchuan zai yuhuasha chang (Publicity of Birth Control in Yuhua Yarn Factory). Women of China 6:30-31.
- White, Tyrene
1994 Two Kinds of Production: The Evolution of China's Family Planning Policy in the 1980s. Population and Development Review 20: 137-158.
- Wu, Yin
1956 Zai buneng youyi buding le (No Longer Hesitant). Women of China 7:26.
- Xi, Zhu
1964 Airen de Sixiang Kaile Qiao (My Husband's Thought Finally Got Straightened Out). Women of China 8:30.
- Xiao, Hua
1965 Xinhun neng biyun ma (Can We Proceed Contraception as a Newly Married Couple). Women of China 12:31.
- Xu, Zongxiu
1964 Zai Jieshou Le Liangci Jiaoxun Yihou (After Receiving Two Lessons). Women of China 5:30.
- Yao, Ge
2002 Xinhun Weisheng Quanshu (Hygiene for Newly Married Couple). Fuzhou: Fujian Kexue Jishu Chubanshe.
- Yu, Dingzhen
1957a Wode Tongku Cong Helai (Where does My Pain Come From). Women of China 3(14-15).
- Yu, Guangyuan

- 1956 Xing Zhishi (Knowledge of Sex). Shanghai: Shanghai Weisheng Chubanshe.
- Yu, Muxia
1935 Shanghai Linzhao (Shanghai tidbits). Shanghai: Shanghai Hubaoguan Chubanbu.
- Yu, Ping
1957b Ku Nao (Frustration). *Women of China* 3:14-15.
- Yu, Sheng
1958 Biyun geiwo dailai de haochu (Birth Control Brought Me Advantages). *Women of China* 4:31.
- Yu, Xian
1965 Fangle Biyun Huan Buhui Yingxiang Shenti Jiankang (IUD Will not Affect Physical Health). *Women of China* 10:31.
- Yu, Ying
2003 Bi Yun (Contraception). Haikou: Nanhai Chuban Gongsu.
- Zhang, Lizhi
1966 Dui Shehuizhuyi youli de shi won eng bu dai tou ma (Can't I Lead Others to Help with Socialism?). *Women of China* 1:24.
- Zhang, Youfang, Lei Feng
2001 Abortion. Beijing: Renmin Weisheng Chubanshe.
- Zhang, Yujie
1964 Yici Meiyou Jing Zuzhi de Zuotanhui (A Unorganized Seminar). *Women of China* 5:30-31.
- Zhang, Zhongyuan, and Anxun
2002 Shengzhi jiankang zhinan (The Handbook of Biological Health). Chengdu: Sichuan Renmin Chubanshe.
- Zhao, Zhiyi, and Song Hongzhao
1955 Biyun changshi (Common Knowledge about Contraception). Beijing: Renmin Weisheng Chubanshe.
- Zhao, Zhongwei
2006 Towards a Better Understanding of Past Fertility Regimes: The Ideas and Practices of Controlling Family Size in Chinese History. *Continuity and Change* 21(1):9-35.
- Zheng, Tiantian
2009 *Ethnographies of Prostitution in Contemporary China: Gender Relations, HIV/AIDS, and Nationalism*. New York: Palgrave Macmillan Press.
- Zhou, Efen
1955 Biyun wenti daduzhe wen (Answer to the Readers' Questions on Contraception). *Women of China* 12(74):26.
1956 Tan zhongyao biyun (About Contraceptive in Chinese Medicine). *Women of China* 9:30-31.

Zhu, Junlun, and Xiansong Li

1993 Xinhun bidu, fuqi biben (A Must Read for Newly Married Couples and Spouses). Chengdu: Chengdu Keji Daxue Chubanshe.

Résumé/Abstract

Dans le cadre de cet article, je propose de privilégier une perspective historique pour examiner, d'une part, la manière dont le savoir sur les moyens de contraception a été produit, construit et diffusé successivement par les États impériaux chinois de l'Antiquité, par l'État républicain, par l'État communiste et l'État post-maoïste, et d'autre part, la manière dont ce savoir a été acquis et mis en pratique par les Chinois. Je soutiens que la promotion et la prohibition des moyens de contraception font partie des politiques nataliste, anti-croissance démographique et de planification des naissances qui ont donné lieu à différentes conceptions du rôle des contraceptifs, affectant du coup les conceptions populaires du genre et de la finalité des relations sexuelles. Cette étude permettra de mettre à jour l'historiographie chinoise tout en la situant par rapport à une littérature comparable sur les cultures sexuelles de l'Occident. Par ailleurs, cette étude contribuera à une compréhension générale de la manière dont les concepts et les habitudes en matière de reproduction – souvent perçues comme étant personnelles et donc à l'extérieur des courants historiques – font écho, plus généralement, à des forces sociales telles que des changements dans les politiques étatiques.

Mots clés : Moyens de contraception, genre sexuel, relations sexuelles, reproduction, Chine

In this paper, I propose an historical account of how knowledge about prophylactics has been produced, constructed and disseminated by ancient Chinese imperial states, the Republican state, the Communist state and the post-Mao state, and how this knowledge has been acquired and practiced by the Chinese people. I argue that the promotion and prohibition of prophylactics as part of the state's pro-birth, anti-growth and birth-control policy led to different constructions of the role of prophylactics, affecting, in turn, popular understandings of gender and the purpose of sex. This study helps bring Chinese historiography up to speed with comparable scholarship on Western sexual cultures. Furthermore, it adds to the general understanding of how sexual concepts and reproductive habits – often seen as inherently personal and therefore removed from the general stream of history – respond to broader social forces, such as state policy changes.

Keywords: Prophylactics, gender, sex, reproduction, China

*Tiantian Zheng
Associate Professor of Anthropology
Sociology / Anthropology Department
State University of New York, Cortland
tiantian.zheng@cortlanf.edu*



Médicalisation de la pauvreté et discipline des corps reproductifs : la famille et l'utilisation des contraceptifs hormonaux en milieu rural burkinabé

Julie Désalliers
Université de Montréal

On ne peut pas parler de planification familiale à une femme qui a faim. On ne peut pas en parler non plus à une femme dont l'enfant est mourant.
Dr. Bisi Ogunleye (Sala-Diakanda 2000)

Assise en face de moi dans une petite pièce mal éclairée de la clinique du village de Bagala, au nord-ouest du Burkina Faso, Justine, une jeune femme bwaba de 29 ans qui s'est fait insérer un Norplant¹ il y a quatre ans après son troisième enfant, m'explique :

Avant on ne comprenait pas, comme les infirmiers se sont mis à parler de ça, on a compris que la planification familiale c'est une bonne chose. La famille va avoir la liberté, les enfants vont avoir la liberté, la femme va avoir la liberté. [...] Si tu espères les enfants, tu vas être propre, les enfants vont être propres, ta cour va être propre, si tu ne les espères pas, tu seras sale, les gens ne vont pas t'aimer (Justine, 29 ans).

Réutilisant et adoptant le discours biomédical dominant, Justine parle de progrès, de changement, mais aussi d'acceptation sociale, de préjugés sur la sexualité « incontrôlée » des paysans, des « autres » dont elle veut se distinguer lors de l'entrevue. Siembou, 50 ans, un homme musulman du village de Koro, me parle quant à lui des difficultés de la vie paysanne. Sa première femme a eu neuf enfants, mais deux sont décédés. Sa deuxième femme et lui ont décidé d'utiliser l'injection hormonale Dépo-Provera² après leur cinquième enfant. Ils ne veulent plus d'enfant.

Les enfants c'est important, mais il y a trop de problèmes maintenant : il y a les maladies, la sécheresse, les moyens manquent [...]. Comme maintenant dans le pays c'est dur, si tu as trop d'enfants, ça ne va pas : les habits, la maladie... pour ça, ça dépend de Dieu. Si tu as deux enfants ou bien trente, Dieu va t'aider, mais si tu as trop d'enfants, j'ai vu aussi les problèmes! (Siembou, 50 ans)

¹ Implant sous-cutané inséré normalement dans le bras et que la femme peut conserver de trois à cinq ans comme méthode contraceptive.

² Injection contraceptive qui doit être administrée tous les trois mois par les infirmiers.

L'un après l'autre, les répondants me parlent des contraintes de la vie agricole actuelle qui les ont poussés à choisir de restreindre la taille de leur famille : « De nos jours, comme le monde est dur... Comme les récoltes ne marchent pas... Nos grands-pères, eux, ils avaient des richesses, maintenant ce n'est plus comme ça... Il faut évoluer... ».

Alors qu'on ne cesse d'entendre parler depuis les dernières décennies de la croissance démographique exponentielle de la population planétaire – et surtout de celle des pays à faibles revenus – et que les féministes clament le droit des femmes au libre-choix et au contrôle de leur reproduction, qu'en est-il des différentes réalités des femmes et des hommes à travers le monde qui chaque jour doivent faire des choix qui leur semblent justes pour le bien-être de leur famille, ceux-ci étant confrontés à des réalités économiques, politiques, culturelles et sociales aussi variées les unes que les autres? Il importe que l'anthropologie se penche davantage sur ces débats démographiques qui ont surtout été l'apanage des économistes, des démographes ou des féministes. Le corps des femmes et la reproduction – domaines les plus intimes de la vie des individus – n'ont jamais autant été du domaine du public et social que lorsqu'on se penche sur les enjeux politiques, culturels ou idéologiques qui façonnent et créent les corps reproductifs et la famille.

Cet article se penchera d'abord sur les raisons qui justifient l'offre des contraceptifs hormonaux en milieu rural africain afin de cerner le contexte global dans lequel ils sont offerts ainsi que les discours médical, politique ou idéologique qui s'y rattachent. Une approche politique de la santé (Fassin 2000) permet de voir quels discours sont générés par le pouvoir médical et quelles conceptions du corps reproductif et des individus sont véhiculées dans un contexte de contrôle des populations qui tend à homogénéiser à travers le monde une certaine forme de citoyen qui puisse être malléable et responsable (Ali 2002a; Foucault 1976). Mais il importe aussi de voir ce qui est ou non contesté dans ces discours par les populations locales. Il est donc primordial d'explorer davantage les réappropriations et les réinterprétations qui sont faites des contraceptifs par les populations soumises aux programmes de planification familiale (PF) en lien avec leur conception de la famille, du rôle de cette dernière et du rôle des enfants dans un contexte économique difficile. Les décisions par rapport à l'utilisation des contraceptifs et à la gestion de la fécondité doivent être replacées et comprises comme étant influencées à la fois par un pouvoir médical omniprésent, par les contraintes de la vie quotidienne et, peut-être, – bien que ce ne soit pas le sujet principal de cet article – par une perspective de gain de pouvoir pour les femmes qui est liée à certaines transformations dans les conceptions du couple et du rôle de l'homme et de la femme.

La rencontre clinique pour la planification familiale apparaît comme un excellent lieu d'interaction entre, d'une part, le personnel médical qui véhicule les valeurs de la « modernité » et certains jugements sur la gestion du corps, de la santé et des enfants et, autre part, les individus qui consultent pour la contraception et qui sont soumis à plusieurs pressions issues de la communauté, de leur conjoint, de leurs proches ou de la vie quotidienne. Ceux-ci ne partagent pas toujours les mêmes valeurs que les infirmiers et n'utilisent pas les contraceptifs pour les mêmes fins (Bledsoe 2002), mais désirent parfois, surtout pour les plus jeunes, adopter certains aspects du nouveau style de vie qui leur est proposé, comme Justine que nous avons entendue en introduction et qui abordait le thème de la « liberté ». Nous verrons cependant que les familles nombreuses sont toujours valorisées;

dans un contexte culturel où les enfants sont nécessaires pour assurer la survie de la famille en plus d'être un don de Dieu qu'on ne peut refuser. Toutefois, la détérioration des conditions de vie depuis les années 1970-1980, les difficultés de la vie paysanne ainsi que les pressions de plus en plus fortes du pouvoir médical sur les populations rurales, de même que certaines transformations dans les standards socio-économiques définissant la famille, font en sorte que plusieurs, comme Siembou, se sentent contraints à avoir moins d'enfants ou décident d'en avoir moins. Les corps reproductifs doivent donc clairement être pensés comme investis de pouvoirs économiques qui régulent non seulement les récoltes, les famines et la mortalité, mais aussi les décisions par rapport aux futures naissances dans un contexte où la disponibilité des contraceptifs apparaît comme une solution – mal pensée certes, mais très présente – au problème de la pauvreté. La question, comme l'a souligné Bledsoe (2002) en inversant les prémisses de base, n'est donc pas de savoir pourquoi ces populations n'utilisent pas davantage les contraceptifs et n'adhèrent pas davantage aux programmes de PF – problématique centrale pour les démographes –, mais pourquoi ils ne veulent pas plus d'enfants dans un contexte où la natalité est valorisée? Bien que certaines femmes réutilisent le discours biomédical à leur avantage et laissent paraître leur satisfaction d'avoir moins d'enfants, la notion de choix en matière de planification familiale reste à revoir puisque tant que les conditions de vie ne s'amélioreront pas, notamment en ce qui a trait à la mortalité maternelle et infantile, on ne pourra parler d'un réel désir de diminution de la fécondité.

Pouvoir sur le corps, pouvoir sur la vie

Foucault avait déjà décrit avec lucidité l'apparition en Occident d'une société régulatrice, normalisatrice, où la vie plus que le droit devenait l'enjeu des luttes et des techniques politiques, où le vivant intégrait le domaine de la valeur et de l'utilité, une société où l'administration des corps et la gestion calculatrice de la vie avaient donné lieu à l'émergence de toutes ces disciplines (épidémiologie, démographie, santé publique) permettant d'assujettir les corps et de contrôler les populations (1976). Les deux facettes du biopouvoir foucauldien, l'anatomo-politique du corps humain et la biopolitique des populations (1976) – au carrefour desquelles toute étude sur la sexualité ou la contraception peut se situer – et les concepts de **gouvernementalité** et de risque social (1997) ont permis de comprendre comment, une fois la population – et non le territoire – placée au centre des préoccupations du savoir étatique, il devint possible de surveiller et d'assurer la sécurité de l'ensemble par rapport à ses dangers internes en intervenant dans les processus de natalité, de mortalité et de morbidité (Burchell, Gordon, and Miller 1991) et, notamment, en instaurant des politiques populationnelles de gestion de la santé et de la reproduction. Nombre d'auteurs ont par la suite mis en évidence le lien existant entre la gestion et la responsabilisation du corps, notamment du corps féminin et du corps sexuel ou reproductif, et le contrôle social des populations. Ceux-ci ont montré comment les corps féminins ont été utilisés comme lieux d'engagements politiques où se reflètent les préoccupations de la nation (Greenhalgh 2005; Horn 1994) ou ont mis en évidence les préjugés et idéologies véhiculés sur ce que devrait être une croissance démographique normale, une population saine ou une nation développée, préjugés réutilisés contre certains groupes ethniques considérés comme dangereux de par leur croissance excessive (Jeffery, and Jeffery 2002; Kanaaneh 2000). L'idée que les risques individuels soient ramenés en risques pour le corps social a aussi été liée aux principes épistémologiques

de la biomédecine en analysant comment celle-ci fournit les outils nécessaires pour renforcer les programmes de prévention, rationalisant et homogénéisant les choix et les pratiques grâce aux évidences issues de son mode de recherche scientifique (Dozon et Fassin 2001; Gordon 1988; Hacking 1990; Leslie, Nichter, and Lock 2002).

S'inspirant des idées de Foucault quant au dressage des corps et à la médecine comme discipline du normal et du pathologique (1963), Rabinow (1996) explique comment la rationalité moderne oblige les corps, notamment les corps des femmes, à être réformés; le pouvoir de connaître devenant un agent de transformation de la vie humaine (Rabinow 1996). Les auteurs féministes ont ainsi montré comment le corps féminin n'a cessé d'être régulé et médicalisé par les experts médicaux afin d'augmenter son efficacité et son adaptabilité (Ehrenreich, and English 1982; Martin 1987; Mosry 1995); les femmes se trouvant à être des objets de la science, objets malléables dont il serait possible de contrôler le corps pour satisfaire aux exigences de la société (Jacobus et al. 1990). Plusieurs auteurs observent comment, à travers le monde, les femmes sont socialisées à prendre leurs responsabilités face à leur corps en matière de contraception et à réguler ce corps (Ali 2002a); dans le sens où on laisse croire aux femmes à une possibilité de libre choix (Lippman 1999), alors que dans ce contexte les risques individuels (mortalité maternelle et infantile) sont rapportés en tant que risques pour le corps social. Le concept de citoyen biologique développé par des auteurs en anthropologie médicale (Nguyen 2005; Petryna 2006; Rose, and Novas 2005), ainsi que les idées d'Agamben (1997[1995]) et le concept de bio-légitimité de Fassin (2000) ont mis en évidence le fait que l'homme moderne serait conçu de plus en plus comme un être vivant, une « vie nue », avant d'être un être politique ou social, l'intégrité physique passant avant l'intégrité politique et le droit à la santé devenant une affaire d'État dont la prétention de mieux servir les sujets passe avant tout par la prise en charge des problèmes de santé. La pauvreté et les autres problèmes sociaux sont ainsi médicalisés et nous verrons que les solutions apportées relèvent souvent de la gouvernance des corps et de la responsabilisation des individus, blâmés pour les problèmes dont ils sont victimes. Mais il importe aussi de comprendre comment ce pouvoir médical s'est articulé à un contexte historique et politique plus large et comment il s'actualise au niveau local, dans les communautés rurales ciblées par ces programmes – communautés qui ne doivent pas être conçues comme atemporelles et isolées, mais bien au contraire comme partie du processus de mondialisation.

La planification familiale dans les agendas politiques des pays pauvres

L'histoire des politiques de population est complexe, mais elle est essentielle pour faire le lien entre, d'une part, les questions de **gouvernementalité** et de biopouvoir traitées précédemment et, d'autre part, la situation concrète de la planification familiale (PF) en Afrique et dans les pays à faibles revenus en général. En effet, ce n'est que dans les années 1960 et dans un contexte historique particulier que la plupart des agences internationales et des gouvernements des pays occidentaux, notamment la Banque Mondiale et les États-Unis, commencent à se pencher sur la question de la population et de la croissance démographique exponentielle des pays en développement, ce qui mène à la création en 1969 du Fonds des Nations Unies pour la population

(FNUAP) (Crane, and Finkle 1989)³. La Banque Mondiale avait en effet réussi à convaincre les gouvernements que l'augmentation de population paralysait la croissance économique et empêchait l'emploi optimum des faibles ressources disponibles pour le développement mondial, en plus d'être une menace pour la sécurité des États-Unis (Crane, and Finkle 1981). Un réseau d'institutions et d'organisations se constitue alors pour promouvoir des programmes de planification dans tous les pays; l'International Planned Parenthood Federation (IPPF), créé en 1952, a aussi joué un rôle majeur notamment dans la diffusion des contraceptifs. Au niveau politique, trois grandes conférences sur la population regroupant plusieurs pays du « Tiers-Monde » ont lieu afin de faire adopter ces décisions sur la population. Bien que la première conférence à Bucarest en 1974 fut principalement le lieu d'un affrontement Nord-Sud – les pays du « Sud » refusèrent l'idée du contrôle reproductif de leur population en soulignant qu'il fallait d'abord améliorer le développement social et économique de leur pays et rééquilibrer l'ordre économique mondial –, dix ans plus tard, à la conférence de Mexico de 1984, l'optimisme des leaders du « Tiers-Monde » d'obtenir des gains plus globaux s'est érodé. À cette seconde conférence, la plupart des pays qui s'étaient opposés aux programmes populationnels, comme le Burkina Faso, passent d'une position de laisser-faire à la nécessité d'intervention: la santé maternelle et infantile et la planification familiale sont mises à tous les agendas. Le discours dominant jusqu'en 1994 se concentre ainsi sur le contrôle des populations par la réduction de la fécondité (Finkle, and Crane 1975 et 1985; Sala-Diakanda 2000). Durant les dix années qui suivent la conférence de Mexico, l'économie africaine connaît une situation très difficile: le cours des principaux produits d'exportation chute, le volume de la dette augmente et les conditions sociales se détériorent; situation empirée par les ajustements structurels, alors que la population croît à un rythme d'environ 3 % par an, le taux le plus rapide au monde. La position des gouvernements africains par rapport aux politiques de réduction des naissances se consolide donc durant ces années, ce qui transparaît dans la dissémination et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes (Sala-Diakanda 2000). En 1994, à la troisième conférence sur la population (CIDP) tenue au Caire, le concept de santé reproductive (SR) est mis de l'avant afin de proposer une approche plus globale et intégrée qui considère l'amélioration de la santé reproductive des populations à tous les niveaux et non seulement une réduction de fertilité. Les positions des pays du « Tiers-Monde » semblent donc finalement avoir été écoutées, mais ce gain obtenu, bien qu'important, reste néanmoins à confirmer dans la pratique.

En effet, beaucoup d'anthropologues ont critiqué les dérives des programmes de planification familiale et leurs abus (Castro 2004; Greenhalgh 2005; Hartmann 1995; Lopez 1998) en montrant, d'une part, comment la restriction des naissances et le contrôle des populations – grâce à la stérilisation ou à d'autres méthodes coercitives – sont passés avant le bien-être ou le choix des femmes et, d'une part, comment les plus pauvres ou les groupes ethniques minoritaires ont plus souvent été ciblés ou soumis aux méthodes hormonales plus fortes. Le rôle de l'industrie pharmaceutique, les tests cliniques effectués dans les pays à faibles revenus et les controverses par rapport au Dépo-Provera et au Norplant ont aussi été abordés (Bretin 1992; Ogbuaga 1983). Enfin, certains auteurs (Morsy 1995; Richey 2004b) ont expliqué comment, en Afrique, les ajustements structurels, le retrait de l'État dans le domaine de la

³ Le FNUAP est aujourd'hui connu comme un des plus gros donateurs internationaux pour l'aide à la population et il dirige des fonds à plus de 140 pays; il a été aussi très impliqué dans les politiques familiales en Chine.

santé et l'augmentation des intérêts des donateurs face à la population ont été des obstacles à l'application concrète des politiques de santé reproductive; ces conditions ayant créé un système de santé mieux équipé pour offrir des contraceptifs que pour offrir des soins de santé de base. Les problèmes de santé reproductive ainsi que les problèmes de mortalité maternelle et infantile sont donc résolus en termes de planification familiale; la responsabilité étant mise sur les femmes et leur piètre état de santé servant de justification pour une insistance sur la contraception, comme nous le verrons d'ailleurs dans les propos de nos répondants. Peu d'auteurs en anthropologie ont cependant lié ces politiques et leurs impacts sur les populations à un contexte économique mondial particulier comme l'a fait Meillassoux dans *Les Spectres de Malthus* (1991), mettant en évidence les calculs économiques entourant la gouvernance des corps, notamment dans un contexte colonial et néocolonial. Meillassoux, bien qu'il remette en question la possibilité d'une croissance démographique absolue telle que le définit Malthus et qu'il constate que la surpopulation est un fantasme démographique, soutient la possibilité d'une surpopulation relative et explique comment, dans les années d'après-guerre, de 1950 à 1970, une politique de développement a entraîné une forte demande de main-d'œuvre bon marché dans les villes du « Tiers-Monde ». L'importation de surplus alimentaires a été une solution pour assurer le coût de cette main-d'œuvre, ce qui contribua à une croissance démographique notable. Hunt (1989) a elle aussi mis en évidence l'intervention coloniale sur la vie sexuelle et reproductive des Congolaises afin d'augmenter la croissance démographique de la main-d'œuvre. Toutefois, Meillassoux constate que cette situation s'est retournée dans les années 1970 – ce qui coïncide avec l'élaboration des premières politiques de population – due à des transformations du système capitaliste :

La demande en force de travail a donc diminué dramatiquement au cours de la dernière décennie dans les pays sous-développés situés dans l'orbite capitaliste. Cette population qui a cru dans les décennies précédentes sous l'effet de la politique d'importation alimentaire et d'emploi décrite ci-dessus, est aujourd'hui dans la situation d'une surpopulation relative. Le problème pour l'économie capitaliste qui l'a créé, est de la faire disparaître pour ne pas l'avoir à charge. Idéologiquement elle est présentée comme une surpopulation absolue (Meillassoux 1991:31).

Une politique inverse est donc appliquée aujourd'hui face à ces populations surnuméraires à travers les politiques de réajustements structureux qui consistent à élever le coût de l'alimentation et à supprimer les services publics, une politique de la faim qui fait dire à Meillassoux que Malthus aura finalement été entendu!

Greenhalgh (1995 et 1996) a aussi exploré le contexte historique et politique dans lequel la discipline démographique a émergé et essaie de comprendre pourquoi la théorie de la transition démographique⁴ est demeurée jusqu'à aujourd'hui la théorie dominante malgré les nombreuses critiques qui lui ont été adressées. Elle explique comment la discipline démographique a eu à construire son cadre théorique pour rencontrer les standards imposés par les bailleurs de fonds qui la financèrent des années 1960 à 1980 dans le contexte de la Guerre froide. Elle met aussi en évidence un changement paradigmatique fondamental – sur lequel nous reviendrons – en constatant

⁴ Théorie évolutionniste, fortement inspirée de la théorie de la modernisation, qui place tous les pays sur un grand schéma évolutif partant des sociétés traditionnelles avec un haut taux de fécondité aux sociétés transitionnelles puis aux sociétés modernes avec un bas taux de fécondité. Cette théorie est également liée à une approche démographique qui consiste à cerner les « obstacles culturels » qui freineraient le développement et l'utilisation des contraceptifs afin d'augmenter l'adhérence des populations aux programmes de PF.

qu'alors que les premières études de la transition démographique suggéraient que la fécondité allait diminuer seulement en réponse à un développement économique, un changement d'optique – influencé par la montée au pouvoir des communistes – fit soudain croire aux démographes que la baisse de la fécondité allait, en soi, augmenter le développement économique, justifiant de ce fait l'implantation de programmes de PF dans les pays du « Tiers-Monde ».

Contexte et méthode

Cet article se base sur une recherche de terrain de quatre mois lors de laquelle une collecte de données a été effectuée dans sept villages de la région de Nouna, province de la Kossi, au Nord-Ouest de Burkina Faso. Il s'agit d'une région sahélienne isolée où les principales sources de revenus sont l'agriculture vivrière, pratiquée à la houe, et l'élevage. La province de la Kossi abrite une immense diversité ethnique, culturelle et religieuse et on y compte plus de quinze ethnies dont les principales sont les Bwaba, les Marka (Dafi), les Peuls et les Mossi. Quant aux pratiques religieuses, elles sont tout aussi variées, les religions principales étant l'Islam, le catholicisme, le protestantisme et l'animisme (souvent pratiqué en synchrétisme avec une autre des grandes religions). Une soixantaine d'entrevues semi-dirigées avec des femmes et des hommes consultant pour les services de planification familiale ou, au contraire, s'opposant à ces services, ont été menées avec la collaboration du Centre de recherche en santé de Nouna et des infirmiers travaillant au sein des cliniques villageoises (CSPS) où ont eu lieu les entrevues. Les entrevues se sont déroulées en *dioula*, la langue véhiculaire locale, et une interprète de sexe féminin originaire de la région était présente avec nous pour toutes les entrevues (ce qui permettait une traduction simultanée), ainsi que pour les séjours dans les villages. Les villages ont été choisis afin de saisir la grande diversité géographique, religieuse et ethnique de la région, mais aussi les différences en terme de prévalence contraceptive – certains villages ayant des taux très bas d'utilisation des contraceptifs (2 %) et d'autres beaucoup plus élevés (27 %). Un résumé des caractéristiques sociodémographiques des soixante-quatre répondants figure dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Résumé des caractéristiques sociodémographiques des répondants

Origine ethnique		Religion*		Age		Scolarité		Statut matrimonial	
Bwaba	50%	Musulman	50%	20-30	33%	Aucune	37%	Marié	95%
Dafi	22%	Catholique	38%	30-40	30%	1-3 ans	5%	Veuf	3%
Mossi	9%	Protestant	9%	40-50	27%	4-6 ans	36%	Divorcé	2%
Peul	8%	Animiste	3%	+ 50	11%	+ 6 ans	5%	Monogame	66%
Autre	11%					Coranique	16%	Polygame	34%

*Dans la région, les Bwaba sont majoritairement chrétiens alors que les Dafi, les Mossi et les Peuls sont musulmans.

Les Centres de santé et de promotion sociale (CSPS), fruits du processus de décentralisation des années 1980 au Burkina Faso, ont permis d'améliorer la couverture géographique des infrastructures sanitaires et d'offrir des soins de

santé de base et des services de planification familiale dans les zones rurales. Cependant, leur utilisation demeure assez faible étant donné la mauvaise qualité des services, le manque de formation du personnel – ces centres ne disposent pas de médecins –, le manque de ressources et de médicaments et la diminution du pouvoir d'achat de la population. La décentralisation a toutefois permis d'impliquer davantage les communautés dans les décisions et de nouvelles organisations se sont formées; comme les Comités de gestion (COGES), les informateurs villageois et les Organisations à base communautaire (OBC) qui emploient des bénévoles. Un réseau de sensibilisation s'est ainsi créé et la plupart des gens sont maintenant au courant de l'existence des contraceptifs médicaux : le discours médical a fait sa place dans les milieux ruraux, incitant les citoyens à prendre leurs responsabilités en matière de PF face à la santé de leur famille, de la femme et des enfants et peu de gens osent s'opposer à ce discours, même si la plupart n'y adhèrent pas encore. En effet, malgré l'omniprésence du discours médical et les nouvelles valeurs véhiculées par les infirmiers et les programmes de sensibilisation, les familles nombreuses demeurent valorisées culturellement et restent essentielles à l'économie agricole. Les institutions religieuses interviennent aussi pour amener les justifications spirituelles et moralisatrices nécessaires à appuyer cette forte natalité, rappelant le rôle de la femme dans la société, dont le corps est le lieu d'expression du fort désir de natalité de la communauté⁵.

En général, en milieu rural burkinabé, l'utilisation des contraceptifs modernes⁶ est donc minime – en 2003, 10 % utilisaient une méthode quelconque dont 5,1 % une méthode moderne (Congo 2007) – et les répondants ont surtout recours à une contraception d'espacement, c'est-à-dire que les contraceptifs sont utilisés pour de courtes périodes de temps entre les grossesses ou alors en fin de vie reproductive, lorsque la femme a eu suffisamment d'enfants. Les contraceptifs sont donc conçus avant tout comme moyens d'espacement des naissances se substituant aux tabous d'abstinence traditionnels (Trussell et al. 1989; van de Walle 1993) ou alors, d'un point de vue médical, pour permettre à la femme de se reposer après un échec obstétrical dans un contexte où le potentiel reproductif est considéré comme contingent aux événements obstétricaux (Bledsoe 2002). Les femmes se marient et ont leur premier enfant très tôt (en moyenne, pour nos répondantes, entre 18 et 19 ans) et l'espacement moyen entre les enfants demeure très peu élevé malgré l'utilisation des contraceptifs; ceux-ci n'étant souvent pas utilisés en vue d'une réduction de la fécondité. L'indice synthétique de fécondité⁷ est de 7,3 en milieu rural au Burkina Faso et a peu changé depuis les dernières années. L'écart entre la connaissance des contraceptifs et la pratique contraceptive ne pouvant être attribué au manque de sensibilisation ou de disponibilité, mais bien au fort désir d'enfants; le nombre idéal d'enfants observé en 1999 était de 6,1 (Congo 2007).

⁵ Les conceptions locales du corps, de la sexualité et du rôle de la femme ainsi que les craintes par rapport aux effets secondaires des contraceptifs en lien avec la fécondité sont des sujets qui ont été abordés par de nombreux auteurs (Castle 2003; Pearce 1995; Trussell et al. 1989) et qui ne feront pas l'objet de cet article, mais les résultats de notre recherche à ce sujet figurent dans notre mémoire (Désalliers 2009).

⁶ Les contraceptifs disponibles dans les dépôts pharmaceutiques des villages sont la pilule, le préservatif, l'injection Dépo-Provera et le Norplant. Ils sont subventionnés en moyenne à 75 % (Capo-Chichi et Tougouri 2007), ce qui les rend très abordables pour les populations.

⁷ Nombre moyen d'enfants par femme en âge de procréer à l'intérieur d'une population donnée.

Médicalisation de la reproduction et responsabilisation

La première constatation est que les contraceptifs sont conçus d'abord et avant tout d'un point de vue médical et en lien avec la santé de la femme et des enfants. Les discours sur la santé maternelle et infantile ont mené à une médicalisation de la reproduction et certains événements obstétricaux, comme les fausses couches répétées, contribuent à accentuer l'idée qu'il faille intervenir dans la vie reproductive de la femme pour lui permettre de se reposer. En ce sens, les contraceptifs sont conçus davantage comme des médicaments que comme moyens de planifier la famille; beaucoup de répondants considérant la PF comme une solution médicale aux souffrances de la femme qui seraient dues aux accouchements trop nombreux ou trop rapprochés.

Je ne veux plus de grossesses, si je prends une grossesse encore je vais tomber malade, je ne peux plus manger, je vomis tout le temps. C'est les agents de santé qui nous ont informés et comme moi je suis en train de souffrir de faire trop d'enfants, j'ai choisi de faire la PF pour me protéger (Kadi, 39 ans).

Les préoccupations sont aussi centrées sur la mortalité infantile, une des raisons principales pour justifier l'utilisation des contraceptifs : « Si tu ne fais pas la PF, les enfants seront serrés et il y a des enfants qui vont mourir donc ça fait de la fatigue à la femme » (Béatrice, 24 ans). Du point de vue des infirmiers, il y a un lien biologique et médical évident entre la mortalité infantile et les grossesses rapprochées, d'où la promotion du concept « d'espacement des naissances ». Toutefois, il importe de rappeler que cette mortalité infantile est accentuée du fait des conditions de vie difficile, de la mauvaise nutrition et du peu de support que reçoit la femme pour s'occuper des enfants tout en travaillant au champ. Malheureusement, les programmes de planification familiale ont trop souvent utilisé cette mortalité infantile élevée (et la mortalité maternelle) comme prétexte pour responsabiliser les femmes et les inciter à utiliser la PF, médicalisant ainsi le contrôle des populations.

Ainsi, la responsabilité est le plus souvent mise sur les parents et des jugements négatifs sont véhiculés sur les femmes qui « serrent trop » leurs enfants, ce qui fait dire à Adèle, 29 ans : « Quand tu tombes en grossesse avant que ton enfant ne soit sevré, ça cause des morts infantiles et les gens ne sont pas contents avec ça ». Ces jugements négatifs sur la mortalité infantile accentuent davantage un état de culpabilité face à sa pauvreté et aux difficultés éprouvées à s'occuper de ses enfants, ce qui mène d'ailleurs certains répondants à avoir recours à la PF. Face à ce contexte où on responsabilise les populations, certains hommes sentent qu'ils doivent se justifier, prouver qu'ils ont les moyens d'avoir beaucoup d'enfants; désir qui a toujours paru naturel et accessible à tous auparavant. C'est ainsi que certains se défendent en entrevue d'avoir les moyens pour s'occuper de tous leurs enfants et d'avoir le droit de désirer une famille nombreuse : « Si on a les moyens, ça nous regarde. »

Comme le constate Maternowska (2000), les rapports de pouvoir au sein de la société se reflètent dans la rencontre clinique; les infirmiers dictant les conduites adéquates et plusieurs se sentant intimidés face à eux, les femmes encore davantage. Certaines se laissent ainsi convaincre de se faire poser un implant contraceptif après une fausse couche ou une césarienne pour des raisons de santé, comme dans le cas d'Alima, 33 ans, qui s'est fait enlever son implant par la suite...

C'est le docteur [l'infirmier] qui m'a mis l'implant à Nouna. Il a dit que si je ne faisais

pas ça, alors si je prenais une autre grossesse avant deux ou trois ans, j'allais devoir retourner encore à Nouna pour une opération! (Alima, 33 ans)

Le pouvoir médical définit donc les standards au niveau de la fécondité, la justification par la santé permettant de « vendre » les contraceptifs aux populations visées. La PF est présentée comme un moyen d'améliorer les conditions de santé, une solution à la pauvreté, alors que les causes plus profondes des problèmes sociaux, médicaux et économiques sont peu considérées.

Économie paysanne et famille

Les raisons de désirer beaucoup d'enfants en milieu rural sont nombreuses puisqu'ils sont en quelque sorte le capital économique primordial. D'abord, ils servent de main-d'œuvre, ils assurent la sécurité économique de la famille, constituent une « assurance vieillesse » et permettent à la famille d'investir dans différents domaines (agriculture, éducation, commerce, religion) grâce à la division des tâches et des fonctions, mais ils sont aussi une source de prestige importante auprès de la communauté. De plus, un nombre élevé d'enfants demeure une assurance contre la mortalité infantile.

Que ce soit beaucoup ou peu, ça va, mais les gens qui veulent seulement deux, si les deux sont restés vivants, c'est mieux, mais souvent aussi on doute, on ne sait pas si ces deux enfants-là ne vont pas décéder, comme moi, par exemple, j'ai deux enfants qui sont décédés (Dramane, 50 ans).

Il est important de comprendre cette attitude par rapport à la mortalité infantile avec la logique pragmatique de l'incertitude si bien décrite par Whyte (1997); logique qui cadre dans une vision de la reproduction comme contingente aux événements extérieurs et même aux relations sociales, ce qui rend la vie elle-même et le succès reproducteur vulnérables aux aléas de l'existence qu'on ne peut contrôler (Bledsoe 2002).

Ce fort désir d'enfants – principalement masculin puisque les femmes ne partagent pas toujours ce désir, d'autant plus qu'elles se retrouvent souvent seules avec la lourde tâche de s'occuper des enfants – se heurte toutefois aux contraintes de la vie quotidienne. Comme Kader, plusieurs hommes reconnaissent aussi la charge d'une famille :

Si tu as beaucoup d'enfants, des fois c'est bien, des fois ce n'est pas bien. S'il pleut bien, vous avez du mil, vous n'avez pas de problèmes, vous avez le bonheur, mais s'il ne pleut pas bien, alors vous allez souffrir. Si vous n'avez pas de nourriture, il n'y a pas d'argent, il n'y a pas de moyens. [...] S'ils [les enfants] restent petits et faibles, ce n'est pas une fierté, c'est des problèmes et de la souffrance, mais s'ils deviennent grands et forts, alors ce sera de la fierté (Kader, 33 ans).

Parmi les répondants qui avaient choisi d'utiliser la PF pour limiter les naissances, plusieurs ont évoqué et décrit les conditions difficiles dans lesquelles ils se trouvent et les problèmes économiques et agricoles auxquels ils doivent faire face, problèmes qui contraignent leur désir d'enfants.

De nos jours, le monde est dur, comme nous sommes des cultivateurs, souvent les récoltes ne vont pas bien, souvent il manque de terre aussi pour cultiver, donc c'est mieux d'avoir moins d'enfants (Victor, 27 ans).

Nous trouvons que la vie devient de plus en plus difficile, donc pour cela nous avons préféré ainsi. [...] Les hommes ne veulent pas comprendre. Ça doit être des idées qu'ils vont trouver chez leurs grands-pères ou leurs arrière-grands-pères. Mais eux

ils avaient des richesses, donc c'était possible, maintenant ce n'est plus comme ça (Yacoba, 27 ans).

L'idée que les gens avaient plus de richesses auparavant et pouvaient soutenir des familles plus nombreuses peut être corrélée aux faits historiques et politiques dont nous avons discuté précédemment, notamment aux ajustements structureaux et à l'augmentation du coût de la vie qui ont mené à un appauvrissement des populations rurales en Afrique ainsi qu'à un effritement du réseau social, mais aussi au manque de terres et à l'immigration qui causent une insécurité foncière dans la région de la Kossi (Drabo 2000). Il faut donc prendre garde de ne pas tomber dans le piège démographique selon lequel une amélioration des conditions de vie mène nécessairement à une plus grande utilisation de contraceptifs et à une réduction de la fécondité et, à l'inverse, qu'une diminution de la natalité est liée à une amélioration des conditions de vie. En milieu rural, les enfants demeurent essentiels pour les travaux agricoles et il semble qu'il faudrait que le mode de production change pour que les gens désirent vraiment avoir des familles moins nombreuses – ce qu'on peut voir à la ville par exemple ou dans les milieux agricoles industrialisés. Toutefois, l'augmentation du coût de la vie (des aliments ou des produits complémentaires achetés sur le marché), les problèmes au niveau des récoltes et les dépenses qui doivent être faites pour les médicaments et l'école des enfants font en sorte que soutenir une famille nombreuse devient difficile; certains hommes étant conscients de cette situation et acceptant que leur femme utilise le service de PF pour espacer davantage les enfants ou restreindre légèrement la taille de la famille. L'impression générale qui ressort des entrevues est donc que la PF ne relève pas tant du choix individuel ou du désir « d'émancipation de la femme » puisque les contraceptifs ne sont pas utilisés de prime abord pour le bien-être personnel ou l'épanouissement – même si ces éléments peuvent être des conséquences avantageuses de l'utilisation de la PF après coup –, mais d'abord et avant tout pour la survie de la famille; la santé et la précarité économique étant les deux préoccupations majeures. Tous les termes dérivés du vocabulaire féministe occidental en ce qui a trait à la contraception doivent donc être repensés ici.

Les corps modernes

Certains auteurs en anthropologie ont effectué des études très pertinentes sur les contraceptifs comme critères d'identité permettant de se distinguer et de s'identifier à la modernité – les campagnes de sensibilisation pour la PF projettent l'image de la petite famille comme liée à la vie moderne et à un meilleur avenir (Ali 2002b) et les notions de modernité issues de ces programmes construisent le corps des femmes comme « moderne » ou « traditionnel » (Richey 2004a). Kanaaneh (2000) montre aussi, dans son étude sur l'utilisation des contraceptifs par les Palestiniens en Israël, comment les relations humaines sont façonnées par des discours péjoratifs concernant la fertilité incontrôlée de la minorité palestinienne; ceux-ci adoptant ces discours et utilisant les contraceptifs pour se distinguer de ces stéréotypes et pour obtenir un nouveau statut et une nouvelle identité. Dans certains villages de notre étude, l'impact du discours biomédical est en effet notable et plusieurs répondants ont affirmé subir des pressions de leurs amis, de leurs voisins ou de leur famille par rapport au fait que les choses évoluent, que le monde change et qu'il faut s'adapter pour mieux vivre; la PF étant une solution.

J'ai déjà entendu dire ça par les infirmiers, il y avait mes grandes sœurs aussi, quand j'étais enceinte de mon petit enfant et que j'allais chez elles, elles me grondaient et disaient que déjà toi jeune comme tu es, tu as beaucoup d'enfants et que le monde a changé, le monde a évolué, et que toi-même tu déperis, donc il faut venir chercher la PF (Sophie, 36 ans).

Quelques femmes, surtout des villages bwaba⁸, poussent encore plus loin cette idée de progrès en mettant de l'avant les notions de bonheur et de liberté, comme Justine, que nous avons entendue au début de cet article.

Si on veut moins d'enfants, pour nous ce n'est pas une question de moyens, c'est pour être heureux. Même s'il y a seulement deux enfants, un garçon et une fille, si la fille s'est mariée, si le garçon a épousé une femme aussi, ils pourront aider leur maman à se reposer. [...] C'est ça qui est à la mode maintenant, les femmes qui prennent l'injection pour avoir moins d'enfants (Clarice, 23 ans).

Comme nous on a fréquenté [l'école], on ne fait pas comme les autres qui n'ont pas fréquenté. Tu ne vas pas serrer les enfants comme les autres qui ne connaissent pas (Justine, 29 ans).

Ces jeunes femmes bwaba, plus ou moins éduquées (respectivement 3 ans et 6 ans d'études), désirent se distinguer socialement. Dans un monde où la vie imaginée à la ville est conçue comme un idéal, où les paysans sont vus comme de « pauvres analphabètes », le fait d'utiliser la PF et de montrer qu'elles sont « éveillées », qu'elles sont au courant des valeurs « modernes » et qu'elles désirent elles aussi les adopter leur permet de se classer au-dessus de la masse paysanne à laquelle elles continuent néanmoins à appartenir⁹. Bien que l'attitude de ces femmes et les propos qu'elles tiennent demeurent un phénomène encore très marginal en milieu rural, il importe de considérer ces nouvelles idées puisque les raisons pour lesquelles ces jeunes femmes utilisent la PF sont différentes de celles de leurs aînées. Il faudrait se demander toutefois si les valeurs mises de l'avant par Clarice et Justine concernant la famille sont assez fortes et cohérentes avec la vie rurale actuelle en Afrique sub-saharienne pour conduire à une réorganisation du rôle de la famille. En effet, il est possible que les concepts de la modernité soient utilisés par les jeunes, surtout au niveau des représentations, à la fois pour se distinguer par rapport à leurs aînés et aux « autres » et pour justifier leurs pratiques contraceptives – bien que certaines transformations dans la conception des enfants et du rôle de l'homme et de la femme puissent être observées chez certains couples (Désalliers N.d.).

Des choix pour la famille

Comme l'écrivent Ginsburg et Rapp dans *Conceiving the New World Order* : « While our work calls attention to the impact of global processes on everyday reproductive experiences, it does not assume that the power to define reproduction is unidirectional. People everywhere actively use their local logics and social relations to incorporate, revise, or resist the influence of seemingly distant political and economic forces » (1995:1). Les femmes et les

⁸ L'organisation sociale bwaba, sans autorité centrale et fermée à toute forme de hiérarchie, a souvent été considérée comme très libertaire envers les femmes par rapport aux autres sociétés.

⁹ En effet, ces répondantes avaient le même niveau socio-économique que les autres. Bledsoe (2002) a d'ailleurs montré dans son étude comment les caractéristiques sociodémographiques sont peu significatives en milieu rural par rapport à l'utilisation des contraceptifs. Nous avons constaté par contre que l'éducation permettait aux femmes d'exprimer davantage leurs opinions au sein du couple, notamment par rapport à la PF.

hommes qui ont participé à notre recherche ne sont donc pas que des sujets passifs des programmes de planification familiale. Ils résistent, dans une certaine mesure, aux idées et aux conceptions du corps et de la vie véhiculées par ces programmes ou encore, ils réutilisent les technologies contraceptives à leurs propres avantages – plusieurs auteurs ayant d'ailleurs montré comment ces technologies sont aussi des outils d'*empowerment* pour les femmes face au patriarcat et à des relations de pouvoir inégales (De Bessa 2006; Lopez 1998). Nous avons ainsi constaté comment certaines femmes se servent du discours biomédical pour défendre leurs intérêts auprès du mari et créer un espace de négociation : avec le prétexte de la santé, celles-ci peuvent convaincre leur mari d'utiliser la PF tout en étant conscientes des avantages autres que médicaux que cela leur procure – comme le fait d'avoir davantage de temps pour s'occuper des enfants et de la maisonnée, pour se faire belle et avoir de meilleures relations avec leur mari¹⁰.

Si tu fais beaucoup d'enfants, tu ne vas pas créer une bonne entente dans le couple. Par exemple, moi j'ai eu un enfant et j'ai attendu 5 ans avant d'avoir un autre enfant. Il y a une bonne relation entre moi et mon mari. Mais si tu fais beaucoup, beaucoup d'enfants, les uns pleurent par-ci, par-là, le mari va dire « ah merde! », il va sortir, il ne va même pas s'asseoir pour causer. C'est pas un couple, ça! (Safiatou, 25 ans)

De nouveaux standards concernant la famille se présentent aussi pour les répondants qui ont choisi de limiter la taille de leur famille, standards qui découlent des nouveaux besoins des enfants et de transformations dans le rôle des parents. En effet, les jeunes couples sont conscients des nouvelles tâches qu'implique le fait d'être parent – comme de pouvoir payer pour l'école, pour les médicaments ou pour des vêtements afin d'assurer la « sécurité » de chaque enfant.

Si tu as mis un enfant à l'école, si un an après tu as un deuxième enfant à mettre à l'école, peut-être que tu ne pourras pas avoir la sécurité des enfants. [...] Pouvoir séparer les enfants, c'est bien. Selon moi les cultivateurs ont trop d'enfants, il y a des problèmes avec l'école, l'habillement des enfants, la santé des enfants, c'est des problèmes, donc séparer les enfants c'est mieux (Alice, 26 ans).

Si les enfants sont beaucoup, il y a des choses que les enfants veulent et tu n'as pas les moyens de payer pour eux, donc si l'enfant n'a pas gagné ce qu'il demande, il n'est pas content, toi aussi tu n'es pas content, car tu n'as pas les moyens de faire les choix des enfants. Donc si les enfants sont peu, peut-être tu peux te débrouiller pour répondre à tous leurs besoins (Sophie, 36 ans).

Les nouveaux besoins des enfants sont donc liés à des transformations dans le rôle des parents et le fait de pouvoir « bien gérer » ses enfants a été mis de l'avant à plusieurs reprises pour justifier l'utilisation de la PF :

Si tu fais moins d'enfants, tu peux bien les gérer, mais si tu fais trop d'enfants, il y en a qui vont devenir des voleurs, d'autres qui vont devenir des bandits, ces enfants-là ne peuvent rien faire pour toi, donc c'est mieux de faire un peu et de pouvoir bien les gérer (Clarice, 23 ans).

L'utilisation des contraceptifs pour planifier la famille en milieu rural burkinabé peut donc être comprise à la fois en lien avec des changements dans les niveaux de vie et dans les conceptions de la famille, mais aussi face à la responsabilisation qui est faite par rapport à la mortalité maternelle et infantile dans un contexte où les conditions de vie sont de plus en plus difficiles et

¹⁰ La négociation de la fécondité entre l'homme et la femme et les pouvoirs que celle-ci gagne au sein de l'espace conjugal et de la maisonnée grâce à l'utilisation des contraceptifs sont des sujets qui ont été amplement abordés et développés dans les entretiens avec les femmes (voir Désalliers N.d.)

forcent à restreindre la taille des familles; la PF étant présentée comme une solution à la pauvreté et un moyen d'« évoluer ». En ce sens, les programmes de planification familiale ont leur place en milieu rural burkinabé au sens où ils offrent une opportunité pour beaucoup de femmes de faire valoir leurs intérêts et constituent pour les couples un moyen supplémentaire de planifier et de concevoir leur famille en lien avec de nouveaux niveaux de vie, qu'il ne s'agit pas non plus de nier à ces populations. Mais le fond idéologique et politique qui teinte les discours véhiculés par les programmes de planification familiale, médicalisant le contrôle des corps reproductifs, cache toutefois les causes réelles et plus profondes de la pauvreté et de la mortalité maternelle et infantile et il importe de ne pas se laisser prendre dans les inversions de paradigme – la PF en soi ne va pas améliorer les conditions de vie comme semblent le suggérer la plupart des études démographiques et les problèmes économiques et sociaux, mais surtout structureaux, ne doivent pas être oubliés¹¹. En effet, bien que l'offre de services de planification familiale demeure essentielle, il reste que des problèmes plus profonds doivent être abordés afin que les conditions pour un réel choix par rapport à la fécondité et à la famille soient offertes.

¹¹ À titre d'exemple d'analyse des problèmes structureaux, voir les concepts de « violence structurelle » et « d'accumulation par dépossession » repris ou développés par Farmer (2003) et Harvey (2003).

Références

- Agamben, Giorgio
1997[1995] *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*. Marilèle Raiola, trans. Paris: Seuil.
- Ali, Kamran Asdar
2002a *Faulty Deployments: Persuading Women and Constructing Choice in Egypt*. *Comparative Studies in Society and History* 44(2):370-394.
2002b *Planning the Family in Egypt: New Bodies, New Selves*. Austin: University of Texas Press.
- Bledsoe, Caroline
2002 *Contingent Lives: Fertility, Time, and Aging in West Africa*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bretin, Hélène
1992 *Contraception, quel choix pour quelle vie? Récits de femmes, paroles de médecins*. Paris: Institut national de la santé et de la recherche médicale.
- Burchell, Graham, Colin Gordon, and Peter Miller, eds.
1991 *The Foucault Effect: Studies in Governmentality. With Two Lectures by and an Interview with Michel Foucault*. Chicago: University of Chicago Press.
- Capo-Chichi, Virgile et Julien Tougouri
2007 *Segmentation du marché des contraceptifs au Burkina Faso. Rapport provisoire*. Ouagadougou: Direction de la Santé de la Famille (DSF) en collaboration avec Promaco et UNFPA.
- Castle, Sarah
2003 *Factors Influencing Young Malians' Reluctance to Use Hormonal Contraceptives*. *Studies in Family Planning* 34(3):186-199.
- Castro, Arachu
2004 *Anthropology and Health Policy: A Critical Perspective*. In *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*. Arachu Castro, and Merrill Singer, eds. Pp. 133-144. Walnut Creek: AltaMira Press.
- Congo, Zachari
2007 *Les facteurs de la contraception au Burkina Faso au tournant du siècle*. Paris: Centre Population et Développement.
- Crane, Barbara B., and Jason L. Finkle
1981 *Organizational Impediments to Development Assistance: The World Bank's Population Program*. *World Politics* 33(4):516-553.
1989 *The United States, China, and the United Nations Population Fund: Dynamics of US Policymaking*. *Population and Development Review* 15(1):23-59.
- De Bessa, Gina Hunter
2006 *Medicalization, Reproductive Agency, and the Desire for Surgical Sterilization among Low-Income Women in Urban Brazil*. *Medical*

Anthropology 25(3):221-263.

Désalliers, Julie

2009 Entre politiques contraceptives et négociation de la fécondité : l'utilisation des contraceptifs hormonaux en milieu rural sahélien, Burkina Faso. Mémoire de maîtrise, Département d'anthropologie, Université de Montréal.

N.d. Sexualité, contrôle du corps reproductif et négociation de la fécondité : l'utilisation des contraceptifs hormonaux en milieu rural sahélien, Burkina Faso. *Autrepart* 4(52). (Soumis)

Dozon, Jean-Pierre et Didier Fassin, dir.

2001 Critique de la santé publique. Une approche anthropologique. Paris: Balland.

Drabo, Issa

2000 Migration agricole et insécurité foncière en pays bwa du Burkina Faso. *Espace populations sociétés* 1:43-55.

Ehrenreich, Barbara, and Deirdre English

1978 For her own Good: 150 Years of the Experts, Advice to Women. Garden City: Anchor Press.

Farmer, Paul

2003 Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor. Berkeley: University of California Press.

Fassin, Didier

2000 Entre politique du vivant et politique de la vie. Pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et Sociétés* 24(1):95-116.

Finkle, Jason L., and Barbara B. Crane

1975 The Politics of Bucharest: Population, Development, and the New International Economic Order. *Population and Development Review* 1(1):87-114.

1985 Ideology and Politics at Mexico City: The United States at the 1984 International Conference on Population. *Population and Development Review* 11:1-28.

Foucault, Michel

1963 Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical. Paris: Presses Universitaires de France.

1976 Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir. Paris: Gallimard.

1997 « Il faut défendre la société ». Cours au Collège de France, 1975-1976. Paris: Gallimard/Seuil.

Ginsburg, Faye D., and Rayna Rapp, eds.

1995 Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction. Berkeley: University of California Press.

Gordon, Deborah

1988 Tenacious Assumptions in Western Medicine. *In* Biomedicine Examined. Culture, Illness and Healing. Margaret Lock, and Deborah Gordon, eds. Pp. 19-56. Dordrecht / Boston: Kluwer Academic

Publishers.

Greenhalgh, Susan, ed.

1995 *Situating Fertility. Anthropology and Demographic Inquiry.* Cambridge: Cambridge University Press.

1996 *The Social Construction of Population Science: An Intellectual, Institutional, and Political History of Twentieth-Century Demography.* *Comparative Studies in Society and History* 38(1):26-66.

2005 *Globalization and Population Governance in China.* *In Antiretroviral Globalism, Biopolitics and Therapeutic Citizenship.* Aihwa Ong, and Stephen J. Collier, eds. Pp. 354-372. Malden: Blackwell Publishing.

Hacking, Ian

1990 *The Taming of Chance.* Cambridge / New York: Cambridge University Press.

Hartmann, Betsy

1995 *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control.* Boston: South End Press.

Harvey, David

2003 *The New Imperialism.* Oxford / New York: Oxford University Press.

Horn, David G.

1994 *Social Bodies: Science, Reproduction, and Italian Modernity.* Princeton: Princeton University Press.

Hunt, Nancy Rose

1989 "Le bébé en brousse": European Women, African Birth Spacing and Colonial Intervention in Breast Feeding in the Belgian Congo. *The International Journal of African Historical Studies* 21(3):401-432.

Jacobus, Mary, Evelyn Fox Keller, and Sally Shuttleworth, eds.

1990 *Body/Politics: Women and the Discourses of Science.* New York: Routledge.

Jeffery, Patricia, and Roger Jeffery

2002 "We five, our twenty-five." Myths of Population Out of Control in Contemporary India. *In New Horizons in Medical Anthropology: Essays in Honour of Charles Leslie.* Charles M., Leslie, Mark Nichter, and Margaret M. Lock, eds. London / New York: Routledge.

Kanaaneh, Rhoda

2000 *New Reproductive Rights and Wrongs in the Galilee.* *In Contraception across Cultures: Technologies, Choices, Constraints.* Mary S. Thompson, Andrew Russell, and Elisa J. Sobo, eds. Pp. 161-178. Oxford / New York: Berg.

Leslie, Charles M., Mark Nichter, and Margaret M. Lock, eds.

2002 *New Horizons in Medical Anthropology: Essays in Honour of Charles Leslie.* London / New York: Routledge.

Lippman, Abby

1999 *Choice as a Risk to Women's Health.* *Health, Risk and Society* 1(3):281-291.

Lopez, Iris

1998 An Ethnography of the Medicalization of Puerto Rican Women's Reproduction. *In Pragmatic Women and Body Politics*. Margaret Lock, and Patricia A. Kaufert, eds. Pp. 240-259. New York: Cambridge University Press.

Martin, Emily

1987 *The Woman in the Body: a Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.

Maternowska, Catherine

2000 A Clinic in Conflict: A Political Economy Case Study of Family Planning in Haiti. *In Contraception across Cultures: Technologies, Choices, Constraints*. Mary S. Thompson, Andrew Russell, and Elisa J. Sobó, eds. Pp. 103-128. Oxford / New York: Berg.

Meillassoux, Claude

1991 La leçon de Malthus : Le contrôle démographique par la faim. *In Les spectres de Malthus : déséquilibres alimentaires, déséquilibres démographiques*. Francis Gendreau et Claude Meillassoux, dir. Pp. 15-32. Paris: Études et documentation internationales.

Morsy, Soheir A.

1995 Deadly Reproduction among Egyptian Women: Maternal Mortality and the Medicalization of Population Control. *In Conceiving The New World Order. The Global Politics of Reproduction*. Faye D. Ginsburg, ed. Pp. 162-176. Berkeley: University of California Press.

Nguyen, Vinh-Kim

2005 Antiretroviral Globalism, Biopolitics and Therapeutic Citizenship. *In Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Aihwa Ong, and Stephen J. Collier, eds. Pp. 124-144. Malden: Blackwell Publishing.

Ogbuagu, Stella

1983 Depo-Provera: A Choice or an Imposition on the African Women. A Case-Study of Depo-Provera usage in Maiduguri. *In Women and the Family in Nigeria*. Ayesha Imam, Renée Ilene Pittin, and H. Omole, eds. Pp. 81-92. Dakar: Codesria.

Pearce, Tola Olu

1995 Women's Reproductive Practices and Biomedicine: Cultural Conflicts and Transformations in Nigeria. *In Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*. Faye D. Ginsburg, and Rayna Rapp, eds. Pp. 195-208. Berkeley: University of California Press.

Petryna, Adriana

2006 Globalizing Human Subjects Research. *In Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*. Adriana Petryna, Andrew Lakoff, and Arthur Kleinman, eds. Pp. 33-60. Durham: Duke University Press.

Rabinow, Paul

1996 *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton: Princeton University Press.

Richey, Lisa Ann

2004a Construction, Control and Family Planning in Tanzania: Some Bodies the Same and Some Bodies Different. *Feminist Review* 78:45-78.

2004b From the Policies to the Clinics: The Reproductive Health Paradox in Post-Adjustment Health Care. *World Development* 32(6):923-940.

Rose, Nicolas, and Carlos Novas

2005 Biological citizenship. *In* *Global Assemblages: Technologies, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Aihwa Ong, and Stephen J. Collier, eds. Pp. 439-463. Malden: Blackwell Publishing.

Sala-Diakanda, Daniel M.

2000 La position des gouvernements africains vis-à-vis des politiques en matière de fécondité. *In* *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*. Patrice Vimard, and Benjamin Zanou, eds. Pp. 13-46. Paris: L'Harmattan.

Trussell, James, Etienne van de Walle, and Francine van de Walle

1989 Norms and Behaviour in Burkinabe Fertility. *Population Studies* 43(3):429-454.

van de Walle, Etienne, and Francine van de Walle

1993 Post-partum Sexual Abstinence in Tropical Africa. *In* *Biomedical and Demographic Determinants of Reproduction*. Ronald Grey, Henri Leridon, and Alfred Spira, eds. Pp. 446-460. Oxford: Clarendon Press.

Whyte, Susan Reynolds

1997 Questioning Misfortune: The Pragmatics of Uncertainty in Eastern Uganda. Cambridge / New York: Cambridge University Press.

Résumé/Abstract

Cet article se penche à la fois sur le contexte global dans lequel les contraceptifs hormonaux sont offerts en milieu rural africain – en mettant en évidence les discours médical, politique ou idéologique véhiculés – et sur la manière dont ces contraceptifs sont utilisés et interprétés par les populations locales en lien avec leur situation économique et leur conception de la famille. Il sera montré comment les corps reproductifs sont investis de pouvoirs économiques qui régulent les décisions par rapport aux futures naissances, dans un contexte où la disponibilité des contraceptifs apparaît comme une solution au problème de la pauvreté et de la mortalité maternelle et infantile. Les décisions par rapport à la gestion de la fécondité doivent être replacées et comprises comme étant influencées à la fois par un pouvoir médical omniprésent, par les contraintes de la vie quotidienne et, peut-être, par certaines transformations dans les conceptions de la famille.

Mots clés : Planification familiale, contraceptifs hormonaux, économie, famille, Burkina Faso

This article focuses on the global context in which hormonal contraceptives are offered in rural Burkina Faso and the way they are used and interpreted by local populations according to their economic situation and conception of the family. It will be shown that reproductive bodies are the site of economic powers that regulate not only crops, but also decisions for future births, in a context where the availability of contraceptives appears like a solution to poverty and maternal and child mortality. Family planning decisions should then be understood both as influenced by an omnipresent medical power, but also as embedded in the economic challenges of rural life and, may reflect transformations in the conception of the family.

Keywords: Family planning, population policy, economy, family, Burkina Faso

*Julie Désalliers
Candidate à la maîtrise
Département d'anthropologie
Université de Montréal
juliedesalliers@gmail.com*



Primum Non Nocere. Evaluating and Amalgamating Competing Blueprints for a New Anthropology of Psychiatry

Eugenia Tsao
University of Toronto

You must always be puzzled by mental illness. The thing I would dread most, if I became mentally ill, would be your adopting a common sense attitude; that you could take it for granted that I was deluded. Ludwig Wittgenstein (Drury 1981:161)

Contemporary medical anthropology has peculiar problems. Like its cognate subfields, it is by necessity a scavenger of interpretive tools from diverse intellectual traditions. The art of producing an analytically adequate and intellectually honest piece of ethnography increasingly requires fluency in a plethora of historical, linguistic, philosophical, and economic theories and methodologies; medical anthropologists are, after all, anthropologists, and, as such, must contextualize their studies in a way that gives equal weight and dignity to the full range of human experience. Unlike many of their brethren in the sociocultural subfield, however, medical anthropologists face the awkward and seemingly omnipresent dilemma of having to vie with Western biomedicine for explanatory legitimacy at every turn, even when working alongside biomedical physicians toward similar goals, and even when themselves employing some of biomedicine's interpretive tools. Analyses of illness that dramatically depart from conventional etiological/epidemiological accounts are (at least outside of the pages of sympathetic periodicals such as *Medical Anthropology Quarterly*) commonly subject to a level of scrutiny, puzzlement, skepticism, and objection not faced by the initial, often flawed, biomedical accounts (Good 1997). Whether one interprets the explanatory hegemony of Western biomedicine as a historical outcome of colonial and economic forces, or as an inevitable outgrowth of Enlightenment rationalism, there can be no doubt that even our preference for the label "medical anthropology" over "anthropology of health and illness" constitutes "yet one more example of the powerful influence of M.D. medicine [...] in the modern world" that unwittingly repackages and reproduces within it "the curative rather than preventative nature of health care in modern societies." (Baer et al. 2003:vii)

In this paper, I consider three propositions for a curricular tradition of what, following the nomenclature of our five-field discipline, could be termed 'psychiatric anthropology' (i.e. the anthropology of psychiatry). Each of these propositions strives to problematize medical anthropology's longstanding love-hate relationship – or, in the parlance of psychotherapy, its inferiority-superiority complex – with the diagnostic toolkit of Western biomedicine. Each additionally develops a distinct analytic framework within which their authors recommend that anthropological inquiries into psychiatric experience should be undertaken. Psychiatrist-turned-anthropologist Robert Levy recommends that anthropologists capitalize on the mainstream currency of biomedical vocabularies, entreating us to recontextualize our analytic objects and elucidate the subtle yet significant variability that exists within "pan-human" psychiatric categories with unmistakably biological etiologies – i.e. certain affective disorders, schizophrenic disorders, and "organic brain syndromes." (Levy 1992:214) By contrast, critical medical anthropologists Hans Baer, Merrill Singer, and Ida Susser (2003) advise us to look toward the capitalist world system for the processes by which psychological differences become pathologized, stigmatized, and reinterpreted as industrial handicaps. Finally, medical sociologist Nick Crossley (2004 and 2006) suggests that anthropologists take their cue from psychiatric survivor movements, and, rather than interminably focusing on the functionalist objectifications of biomedicine, explicate the logics upon which psychiatric subjects themselves deconstruct, resist, and subvert those objectifications. In interrogating the shortcomings of the above propositions, and with the hope of furnishing future researchers with a synthesis of their merits, I ultimately argue that an efficacious anthropology of psychiatry must adopt as its point of departure the candidly transformative objective of repoliticizing mental illnesses as historical rather than congenital events. Anthropologists must, in short, develop ethnographic, historiographic, and rhetorical strategies for destabilizing the biological with the biographic.

Not Pathology, but Pathogenicity

In his influential 1992 essay "A prologue to a psychiatric anthropology," Levy contends that a proper psychiatric anthropology would conceptualize Western psychiatry as one of multiple epistemological systems for making sense of psychological/behavioral difference, and would resist the temptation to view culture-specific forms of difference as mere variants of universal nosologies. While anthropologists wishing to make psychological dysfunction the organizing principle of their research may find it helpful to treat the simplified disease objects gathered in such compendia as the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (hereafter "DSM") as starting points for their research, they should recognize that it is ultimately the **pathogenic contexts**¹ of these objects that are of etiological significance, and not the rote recitations of symptoms, laboratory findings, or even demographic patterns said to be associated with them. In order to shed light on the biographic emergence and experience of mental illness, anthropologists must ask

whether there are specific aspects, clusters of aspects, or kinds of sociocultural environments that are significant for the production or prevention of some features of

¹ "Pathogenic" as in "creative (-**genic**) of pathology (**patho**-, i.e. social deviance)," not "infiltrated by (-**ic**) a disease-causing agent (**pathogen**-, i.e. foreign microbes)." The distinction between the two usages, both of which have some currency in the epidemiological literature, is obviously quite crucial when it comes to conceptualizations of mental illness.

or kinds of personal disorders. This direction of inquiry would take us beyond the search for phenomena illustrating variations in frequency and quantity, form and course of disorders. (Levy 1992:216)

Moreover, in reinserting “pathogenic contexts” into etiological narratives, anthropologists should pay careful attention to regional histories, local processes of identity formation, and other kinds of social transactions paradigmatically excluded from biomedical narratives in order to distinguish **necessary** etiological agents from **sufficient** ones. While certain congenital factors may precondition an individual’s susceptibility to, for example, schizophrenia, the cultural factors that activate the disorder will in most cases determine whether or not an individual ultimately develops the condition – as corroborated by numerous studies on identical twins (Levy 1992:215-216). The crucial danger in confusing necessity with sufficiency is not simply that it encourages a reduction to the genetic, or that it trivializes the role of sociocultural environs, but that it “manipulates its model of disorder so that those people who have the ‘necessary factor’ but do not have the disease may be said to have the ‘latent’ disease” (Levy 1992:219). To conflate genotype with phenotype is to dehumanize *a priori*; a society that places too much faith in the logic of biological predisposition may soon find itself confronted with a multitude of legal controversies and unpleasant eugenicist questions.

While many of Levy’s observations are no longer particularly novel, he does advance several provocative questions that would-be psychiatric anthropologists continue to find fruitful. How might local understandings of culpability and responsibility elucidate local rates of suicide and self-destructive behaviors, as well as the logic behind particular instances of suicide ideation and self-contempt (Levy 1992:218)? Is it significant that the notions of **incompetence** (e.g. communication disorders, social phobias) and **over-competence** (e.g. obsessive-compulsive disorder, anorexia nervosa) have both been leveraged toward the legitimization of new DSM categories?

The Historical Materialist Intervention

This latter question is taken up by Baer et al. in *Medical Anthropology and the World System*, wherein they outline the neo-Marxian tenets of critical medical anthropology (hereafter “CMA”) and conceptualize mental illnesses as pan-societal maladies with roots in the global capitalist system. Whether defined upon the criteria of incompetence or over-competence, labels of mental disorder achieve their legitimacy from debilitations in patients’ daily functionality, industrial efficiency, and/or occupational performance. Baer et al. (2003:4-5) argue that the concept of health is intelligible only in the context of a system of production, and distinguish between “functional health” (optimal capacity to carry out productive work that contributes to profit-making, and a normative requirement of social life under capitalism) and “experiential health” (access to material and nonmaterial resources that permit freedom from illness and alienation). Within this framework, mental illness is interpreted as a mechanism for expressing dissent from – and signaling the untenability of – existing sociocultural arrangements as well as “certain core values, metaphors, beliefs, and attitudes [...] such as self-reliance, rugged individualism, independence, pragmatism, empiricism, atomism, militarism, profit-making, emotional minimalism, and a mechanistic concept of the body and its repair” (Baer et al. 2003:6, 12-14; Martin 2006[1992]). This is not to

say that all mentally ill individuals are *ipso facto* opponents of free market economics, only that the rising diagnostic rates and worsening prognostic trends of major mental disorders in capitalist societies – especially clinical depression, addictions, stress disorders, and anxiety disorders (Jadhav 2000; Kirmayer 2002:305-309; Young 2004; Capps 1999) – are indicative of, to use Levy’s coinage, the existence of an empirically constituted pathogenic context whose determinants must be traced back to material relations of power and the ideologies that legitimate them.

Anthropologists of psychiatry who wish to take a CMA approach to their subject matter should thus begin with historiographic inquiries into the confluence of material circumstances that has allowed biomedical psychiatry to achieve its hegemony in the West; such inquiries will help reveal the historical particularity of certain mental illnesses and illuminate their social etiologies. Private sponsors and governmental agencies in the United States (e.g. the Carnegie and Rockefeller foundations), for instance, have traditionally provided funding only to medical schools and research institutes that heavily emphasize germ theories of disease, and that lend legitimacy to adverse industrial conditions by focusing attention on “discrete, external agents rather than on social structural or environmental factors” (Baer et al. 2003:13; Herman 1996). The interests of biomedical professionals and the emerging capitalist class were thus reciprocally serviceable, as the former would receive financial patronage from the latter, and, in return, the latter would be both inoculated from proletarian criticism and provisioned with a healthier workforce that would contribute to economic productivity. As a result,

[a]lthough a patient may be experiencing job-related stress that may manifest itself in various diffuse symptoms, the physician may prescribe a sedative to calm the patient or help him or her cope with an onerous work environment rather than challenging the power of an employer or supervisor over employees. (Baer et al. 2003:15)

It is evident that the above relationship flourishes today in the therapeutic practices of what Foucauldian scholar Nikolas Rose (1998 and 2001) has influentially termed the “psy” disciplines. Psychiatrists will prescribe drugs – encouraged by the “constant extension of pathological terminology to cover new conditions and behaviors,” which is itself partly driven by “the profit to be made from discovering new diseases in need of treatment,” (Baer et al. 2003:14) – psychologists will accentuate the role of such things as individual personality and attitude, and psychotherapists will dwell on dysfunctional familial relationships, but none will generally encourage a view of psychic distress as something systemically nourished by forms of structural violence. Baer et al.’s argument is, in this regard, trenchant and quite refreshing, but nonetheless emblematic of a kind of economic determinism that, in many ways, undermines the authors’ humanitarian objectives. By insisting on a “historical materialist epidemiology” that construes the economy as the engine of all social activity and thus the prime mover of not only psychological distress, but the concretization of distress into objective illness categories, Baer et al. (2003:54) yoke two independent phenomena together: 1) the deprivation and alienation of disprivileged demographics (workers, women, aboriginals, sexual minorities, the homeless, etc) and 2) the experience of psychological distress, which is **not** restricted to the aforementioned disprivileged demographics, even if there is some evidence of stratification in diagnostic rates. What are we to make of the clinically depressed multimillionaire, or the bulimic Fulbright scholar? If indeed Baer et al. insist on the neo-Marxian contention that socio-economic inequality and unequal accessibility of resources are the primary determinants of mental illness, then the very fact that mental illness transcends class lines, albeit unevenly, would

seem to immunize proponents of biological reductionism to a good deal of criticism.

Difference or Dissidence?

In his pioneering work on anti-psychiatric social movements, Crossley (2004 and 2006) accordingly critiques CMA for falling into the same trap as the biomedical authorities it claims to critique; that is, the imposition of *a priori* categories upon individuals, and the consequent identification of coercion, dominance, and subordination, where there is, in fact, consent, resistance, and negotiation. The classical Marxist stances popular within CMA, wherein social inequality and class stratification are posited as logical precursors to the “systemic” and “institutional” oppression of individuals within medical systems, Crossley (2004:163) argues, are too rigidly “macrocosmic” and fail to capture the “dynamic, conflictual, pluralized and fluid nature of the world of mental health, past and present.” Anthropologists, whose careers have historically been built on the enterprise of classifying disprivileged Others, have an obligation to honor the fact that, in today’s world, those Others can speak for themselves, and do not need to loft the banner of *prima facie* marginality in order to resist, frustrate, and deconstruct the disciplinary projects to which they are subject.

Crossley develops this assertion by examining the political tactics of psychiatric survivor movements through several notions developed by Pierre Bourdieu: that of ‘symbolic violence,’ the processes by which social difference is construed as nature-given, and those who are different are enjoined to self-regulate and self-censor; that of the ‘habitus,’ the learned dispositions that are anchored in individuals’ daily practices so as to achieve a commonsensical texture; and that of the ‘illusio,’ whereby actors who struggle for expertise, authority, and rights within an established paradigm must already believe in the rules of the game in order to even participate in that struggle. Within this theoretical framework, Crossley examines how members of European psychiatric survivor organizations as the Campaign Against Psychiatric Oppression (CAPO), the Mental Patients Union (MPU), and the European Network for Alternatives to Psychiatry (ENAP) have corralled discursive and semiotic resources to combat their depiction in the popular media and biomedical discourse as weak, irrational, and cognitively deficient, while at the same time strategically accepting those very images when pushing for policy reform.

The salient point, as Crossley sees it, is that the biomedical (and, indeed, popular) portrayal of psychiatric survivors as irrational and vulnerable constitutes a recalcitrant form of symbolic violence, wherein survivors are unremittingly confronted with both overt and covert allegations of “being mentally ill,” and must live in an environment wherein the equation of difference with deficiency is everywhere encoded. The rhetorical strategies by which survivors reconfigure themselves as “**not** being mentally ill” should therefore not be interpreted by scholars **only** as political activism, but also as a deep phenomenological opposition to the cognitive and behavioral self-policing that has been socialized into these individuals since birth (Crossley 2004:162). Such forms of opposition will have consequences for their habitus, and thus for the personal, professional, and philosophical choices they make in their lives generally.

Diagnosed schizophrenics in the British Hearing Voices Network (HVN), Crossley (2004:171-173) observes, have collectively reinterpreted their auditory hallucinations as a boon rather than an impediment to their everyday functionality. The existence of the organization, which provides resources for impoverished schizophrenics and lobbies for expanded patient rights, is thus enabled only by the collective harnessing of a reclaimed habitus unique to, but shared amongst, a larger community of schizophrenics who can neither be monolithically classified by class, gender, or any other singular demographic label. The alliance is sustained on the basis of psychological difference alone; rather than arguing that their 'difference' is a social construct with roots in systemic inequalities, members deploy a kind of strategic essentialism that challenges the **pathologization** and **stigmatization** of intrinsic difference without refuting the **validity** of difference as an organizing principle. CMA analysts who focus exclusively on structural violence while ignoring the role of symbolic violence are thus failing to honor the phenomenological realities of mental illness, omitting a crucial dimension of its ontogeny, and neglecting to credit survivors for their political versatility.

Confronting the Tyranny of the Category

Slightly under two decades ago, Nancy Scheper-Hughes forewarned against a burgeoning malaise that she discerned among medical anthropologists, whose "once-holistic" roots had seemingly been cast aside in favor of increasingly esoteric divisions. Medical anthropology, she lamented,

seems to have departed from its roots as a bridging discipline between the fragmented human sciences [...] biology and culture, history (writ large) and ethnology have seceded from the union and now "liberated" each is free to pursue its own form of reductionism. (Scheper-Hughes 1992: 221)

Without necessarily echoing her alarm, it is perhaps worthwhile to consider her criticism. The uniqueness of our discipline, its utility, and often its professional allure resides in its epistemological and methodological diversity. Anthropologists are linguists, literary theorists, forensic investigators, ecologists, biographers, biologists, cartographers, and sometimes novelists; it is this versatility that permits us to level critiques at other scholars – sociologists, development theorists, legal scholars – on their own terms without having to feign fluency in their vernacular. Our challenge now is twofold: to sharpen our interdisciplinary literacy with biomedicine and its cognates, but in a critical rather than deferential manner; and, in so doing, to elucidate the emergent, rather than immanent, character of illness experiences.

What lessons should we learn, therefore, from the theorizations of Levy, Baer et al., and Crossley, and how might we fruitfully synthesize them? The key to this exercise, I think, resides in a holistic credo of restoring historical depth and geographic breadth to the subjects of our theorizations, and in so doing reauthorizing those subjects to speak for themselves and be received with due gravity. As Jackson (2003:185) has eloquently observed, "It is not actually the case that the sick do not speak; rather, when they speak they are seen as making no sense, because the illness has taken charge and has the floor." In aspiring to disquiet the overly consonant logics of DSM psychiatry and render suspect its reductionist instruments, it is imperative that we devise techniques that specifically permit the **evidentiary value** of anthropological investigations (discourse analysis, participant observation, oral history elicitation, and so on) to be legible outside the boundaries of our discipline, and, in so doing, open

up the floor to those whose lives are most impacted by expert discourses (Capps 1999:86; Gabriel 2004). While the theoretical frameworks advanced in the works analyzed above may be founded on quite distinct epistemic premises and political priorities, I think it would therefore be reasonable to extract from them four fundamental methodological criteria that a robust anthropology of psychiatry must be equipped to meet:

- An adequate means of distinguishing **proximate** and **ultimate** causes of specific mental illnesses.²
- An explicit aim of recontextualizing, repoliticizing, and rehistoricizing mental health issues through elucidations of pathogenic conditions.
- Methods for critiquing the specific ways in which hegemonic texts (e.g. the DSM, clinical scripts, standardized questionnaires) systematically delegitimize and obscure social etiologies.
- Methods for reinserting alternative etiological narratives into mainstream medical conversations and, ultimately, into lay discourse.

It is often a contentious enterprise to advance, let alone advocate, first principles of social scientific investigation at a time when anthropologists have justly come to view prescriptive projects with considerable *prima facie* suspicion.³ Yet the shared ethical imperatives of medical science and medical anthropology surely enjoin us to do a little more than merely ‘no harm.’ In order to expose and unpack what Michael Lambek (2004:9, 13) rightly terms the facile “encyclopedic projects,” “easy attributions of accountability,” and “linear inevitabilities” of MD medicine, anthropologists of psychiatry must ultimately be literate in the language of biomedical science and trained in the use of its heuristics – not only to be able to communicate with doctors within their own frame of reference, but to be able to recognize subtle errors in biomedical reasoning when they occur and to understand how those errors are methodologically produced. “Neither scientific expertise nor bureaucratic or legalistic rationalization will find in irony a happy bedfellow,” observes Lambek (2004:2). And indeed, anthropologists who seek to honor their informants’ narratives and confute clinical meta-narratives may find it useful to illuminate the perils of overliteralization: to explain why it is that those who are sick and suffering will so often thumb their noses at those who presume to offer help; to highlight the tragicomedy in the seemingly bottomless capacity of highly educated MDs and PhDs to overlook simple things like the anaesthetizing comforts to be found in a bottle or at the edge of a razor blade, or why a person might choose to act out of anguish rather than economic rationalism.

² Despite the differences in the terminology used by each author – “**microdepressogenic**” versus “**macrodepressogenic**” (Levy 1992:215); “**microparasitic**” versus “**macroparasitic**” (Baer et al. 2003:6-7); “**microcosmic**” versus “**macrocosmic**” (Crossley 2004:163) – it is clear that all three are referring to a distinction between such things as the cognitive mechanisms that incur a dysphoric experience, and the broader social conditions that both motivate the dysphoria and sustain its chronicity.

Observers must, however, be careful not to apply these categories too rigidly. While it might be said that a patient’s serotonin deficiency is the ‘proximate’ cause of her depression, while her immediate family environment and occupational stresses are the ‘ultimate’ causes, it might also be said that the latter are **also** ‘proximate’ causes, and it is economic recession and the difficulties of reconciling Old World filial piety with New World lifestyle imperatives that are the ‘ultimate’ causes (and so on).

³ See Haslam (2003) for another recent synthesis of social scientific approaches to mental illness. While Haslam, a cognitive psychologist, excludes considerations of *both* structural violence and symbolic violence from his proposed framework, his insights concerning the uneasy coexistence of medicalizing (blame-absolving) and moralizing (agency-restoring) discourses in medical sociology are quite timely.

Acknowledgements

This review has been facilitated by a research grant from the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada. I am indebted to Professor Holly Wardlow of the University of Toronto for her input on a draft of this paper, as well as to three anonymous reviewers at *Altérités* for their helpful critiques.

References

- Baer, Hans A., Merrill Singer, and Ida Susser
2003[1997] *Medical Anthropology and the World System*. 2nd edition. Westport: Praeger.
- Capps, Lisa
1999 *Constructing the Irrational Woman: Narrative Interaction and Agoraphobic Identity*. In *Reinventing Identities: The Gendered Self in Discourse*. Mary Bucholtz, and Anita C. Liang, eds. Pp. 83-100. New York: Oxford University Press.
- Crossley, Nick
2004 *Not Being Mentally Ill: Social Movements, System Survivors and the Oppositional Habitus*. *Anthropology & Medicine* 11(2):161-180.
2006 *Contesting Psychiatry: Social Movements in Mental Health*. New York: Routledge.
- Drury, Maurice O'Connor
1981 *Conversations with Wittgenstein*. In *Ludwig Wittgenstein: Personal Recollections*. Rush Rhees, ed. Pp. 112-189. Totowa: Rowman and Littlefield.
- Gabriel, Yiannis
2004 *The Voice of Experience and the Voice of the Expert – Can they Speak to Each Other?* In *Narrative Research in Health and Illness*. Brian Hurwitz, Trisha Greenhalgh, and Vieda Skultans, eds. Pp. 168-185. Malden: Blackwell Publishing.
- Good, Byron
1997 *Studying Mental Illness in Context: Local, Global, or Universal?* *Ethos* 25(2):230-248.
- Haslam, Nick
2003 *Folk Psychiatry: Lay Thinking about Mental Disorder*. *Social Research* 70(2):621-644.
- Herman, Ellen
1996 *The Romance of American Psychology: Political Culture in the Age of Experts*. Berkeley: University of California Press.
- Jackson, Jean
2003 *Translating the Pain Experience*. In *Translation and Ethnography: The Anthropological Challenge of Intercultural Understanding*. Tullio Maranhão, and Bernard Streck, eds. Pp. 172-194. Tucson: The University of Arizona Press.
- Jadhav, Sushrat
2000 *The Cultural Construction of Western Depression*. In *Anthropological Approaches to Psychological Medicine*. Vieda Skultans, and John Cox, eds. Pp. 41-65. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Kirmayer, Laurence J.
2002 *Psychopharmacology in a Globalizing World: The Use of Antidepressants in Japan*. *Transcultural Psychiatry* 39(3):295-322.

Lambek, Michael

- 2004 Introduction: Irony and Illness – Recognition and Refusal. *In Illness and Irony: On the Ambiguity of Suffering in Culture*. Michael Lambek, and Paul Antze, eds. Pp. 1-20. New York: Berghahn Books.

Levy, Robert I.

- 1992 A Prologue to a Psychiatric Anthropology. *In New Directions in Psychological Anthropology*. Theodore Schwartz, Geoffrey M. White, and Catherine A. Lutz, eds. Pp. 206-230. Cambridge: Cambridge University Press.

Martin, Emily

- 2006[1992] The End of the Body? *In Anthropology in Theory: Issues in Epistemology*. Henrietta L. Moore, and Todd Sanders, eds. Pp. 336-351. Malden: Blackwell Publishing.

Rose, Nikolas

- 1998 *Inventing Our Selves: Psychology, Power, and Personhood*. New York: Cambridge University Press.
- 2001 Historical Changes in Mental Health Practice. *In Textbook of Community Psychiatry*. Graham Thornicroft, and George Szukler, eds. Pp. 13-27. Oxford: Oxford University Press.

Scheper-Hughes, Nancy

- 1992 Hungry Bodies, Medicine, and the State: Toward a Critical Psychological Anthropology. *In New Directions in Psychological Anthropology*. Theodore Schwartz, Geoffrey M. White, and Catherine Lutz, eds. Pp.221-247. Malden: Blackwell Publishing.

Young, Allan

- 2004 How Narratives Work in Psychiatric Science: An Example from the Biological Psychiatry of PTSD. *In Narrative Research in Health and Illness*. Brian Hurwitz, Trisha Greenhalgh, and Vieda Skultans, eds. Pp. 382-395. Malden: Blackwell Publishing.

Résumé/Abstract

Dans cet article, j'évalue les avantages et les désavantages théoriques de trois modèles d'analyse de la maladie mentale (Levy 1992; Baer, Singer, and Susser 2003; Crossley 2004), qui remettent en question les tendances réductionnistes et essentialistes de la biomédecine occidentale, dans l'espoir de fournir aux chercheurs une synthèse des mérites de ces tendances et de les avertir de leurs faiblesses. Je soutiens qu'une anthropologie saine de la psychiatrie doit restituer les dimensions historique, politique et symbolique des expériences psychiatriques localisées dans toute leur profondeur. Face au capital culturel dont jouit la biomédecine, nous pouvons et nous devons profiter de la polyvalence de nos propres méthodologies (ethnographiques, historiques et rhétoriques) afin de déstabiliser le biologique par le biais du biographique.

Mots clés : Anthropologie de psychiatrie, biomédecine, anthropologie médicale critique, pluralisme théorique, mouvements sociaux

In this paper, I evaluate the theoretical assets and liabilities of three proposed frameworks for researching mental illness (Levy 1992; Baer, Singer, and Susser 2003; Crossley 2004), all of which share a commitment to challenging reductionist and essentialist trends in Western biomedicine. With the hope of both furnishing future researchers with a synthesis of their merits and forewarning against their demerits, I argue that a sound anthropology of psychiatry must strive to restore historical, political economic, and symbolic depth to localized psychiatric experiences. Rather than forever remaining in thrall to the cultural capital of biomedicine, we can and ought to capitalize on the versatility of our own methodologies (ethnographic, historiographic, and rhetorical alike) in order to destabilize the biological with the biographic.

Keywords: Anthropology of psychiatry, biomedicine, critical medical anthropology, theoretical pluralism, social movements

*Eugenia Tsao
PhD student
Department of Anthropology
University of Toronto
tsao.eugenia@gmail.com*



L'envers de l'imaginé : la détresse dans le corps social chez les immigrants indiens de Montréal

Vincent Duclos
Université de Montréal

It was a very different picture in India. They thought that here the jobs are very easy and that you get very nice jobs. They didn't know it was labour jobs they would get here, and that for the other jobs they have to do the course. They didn't know that (Dhara)

Mon intérêt pour l'étude des formes prises par la souffrance¹ a principalement sa source dans la tendance contemporaine qui consiste à la soustraire de l'espace politique d'où elle émerge, tout en la réduisant à la passivité d'un discours identitaire et à son expression psychologique. C'est sur cette toile de fond que je me suis intéressé, dans le cadre de cette recherche, à la construction du sens et de l'expérience de la détresse chez les immigrants indiens de Montréal. À l'heure de la méfiance identitaire, les analyses de la place occupée par l'Autre dans un champ dominé par la norme du Même balaiement aisément la complexité des rapports sociaux qui constituent l'espace social québécois. Il me semble essentiel de renouveler sans cesse le regard porté sur les conditions de régulation internes aux espaces sociaux qui régissent l'établissement migratoire. Les entrevues que j'ai effectuées m'ont amené à me concentrer sur l'impact de ces conditions sur le vécu des immigrants indiens à Montréal et, plus particulièrement, sur la manière dont il semble marqué par la détresse ainsi que sur le sens que les personnes donnent à celle-ci.

¹ Il me semble avant tout essentiel de donner quelques indications quant à la terminologie utilisée pour conceptualiser la construction de la souffrance, de la détresse par les répondants. Premièrement, il est important de préciser que le terme « détresse » renvoie ici à d'éventuels discours sur le mal-être et non à une entité qui serait sémantique close. Il s'agit d'un concept ouvert qui fut utilisé dans les entrevues de sorte à amener les répondants à discuter sur le sens des difficultés auxquelles ils font face, de leur possible souffrance ou encore de celle d'autrui. Les termes « dépression » et « anxiété » ont également été utilisés dans les rencontres avec les répondants, de manière à entraîner la discussion sur différents aspects d'une possible souffrance tout en demeurant soucieux de laisser les participants se servir d'une terminologie qui est autant la leur que possible¹.

À l'ère des accommodements raisonnables, le marché du travail – en tant que domaine structuré structurant les relations sociales – tend à n'être abordé qu'en référence aux difficultés potentielles de s'y adapter et non à celles qui concernent la volonté d'y accueillir dignement les immigrants. Il me semble intéressant d'ébranler partiellement l'hégémonie d'un discours identitaire que relaient trop souvent les sphères tant populaires qu'intellectuelles ou médiatico-politiques de la société québécoise et de poser les bases d'une rencontre de l'expérience migratoire axée avant tout sur les motivations qui ont soutenu la migration. Rejetant le portrait exotique de cet Autre dont la distinction est réifiée pour mieux la disqualifier, j'ai porté une attention particulière – nourrie du fruit des rencontres effectuées dans cette recherche – à une valeur partagée par tous au-delà des éclats de l'idéologie : celle du travail. C'est dans l'envers d'un rapport imaginé à celui-ci que prend forme, dans le projet migratoire, la souffrance exprimée par les migrants indiens rencontrés; le corps social est alors immanent au sens associé à la détresse et à son expérience.

La détresse dans l'espace social : considérations générales sur le contexte migratoire

Dans un souci de briser les frontières généralement établies entre des domaines spécialisés (sanitaire, légal, moral, religieux) dans l'étude de la souffrance, l'anthropologie médicale cherche à ramener la détresse à ses dimensions expérientielles tout en posant l'impossibilité de les séparer de la sphère sociale. Transcender les dichotomies entre le social et le culturel de même qu'entre le global et le local se présente comme une condition *sine qua non* d'une approche interdisciplinaire. Celle-ci s'appuie sur la volonté d'aborder la détresse dans ses dimensions à la fois existentielle et collective, comme une souffrance sociale qui ne peut être séparée de la violence politique et économique qui la génère (Massé 2001). S'intéresser aux conditions d'émergence de la détresse implique que l'on dépasse le discours médical, et ce, non pas seulement dans son appréhension sémiologique de la détresse comme trouble psychique, mais aussi dans la négation du fait qu'elle est avant tout un phénomène social, économique et politique (Kirmayer 2006; Lock 2002; Otero 2005). La médicalisation, en tant qu'élargissement du champ d'action des discours et des pratiques médicales à différentes sphères de la vie, transforme le rapport de l'individu au corps et à la santé de même qu'au normal et au pathologique (Zola 1975; Singer 2004). Une telle individualisation de la détresse se refuse implicitement à poser l'origine sociale de celle-ci. Bibeau et Corin (1995) remarquent que l'accent placé sur les processus de standardisation dans l'épidémiologie psychiatrique contemporaine a fait en sorte que « la recherche de mécanismes étiologiques potentiels est dès lors passée au second plan » (Bibeau et Corin 1995:1). Ce constat appelle à la nécessité anthropologique de relever le défi de l'articulation entre l'ordre du structurel et la souffrance qu'il génère. Kleinman, Das et Lock (1997) cernent bien cette nécessité de poser le social derrière les différentes expressions de la souffrance et de la détresse : « Social suffering results from what political, economic, and institutional forms of power does to people, and, reciprocally, from how these forms of power themselves influence responses to social problems » (Kleinman, Das, and Lock 1997:XI).

Qu'on la pose en termes de santé mentale, de violence, de toxicomanie ou de toute autre forme de mal-être, la détresse ne saurait être ramenée à de seuls « états » médicaux ou psychologiques médicalisés » (Massé 2001:50); elle

doit plutôt être appréhendée dans le cadre plus large « des manifestations d'une souffrance sociale partagée par les membres de collectivités » (*ibid.*). Une étude cherchant à comprendre le vécu de la détresse chez les immigrants se situera donc à la rencontre du structurel, du normatif et du sémiologique. C'est dans une telle perspective que je me propose d'explorer brièvement les différents mécanismes structurels qui règlent la place qu'occupent les immigrants dans la société d'établissement, plus particulièrement en lien au marché du travail. Le vécu de la détresse sera ainsi abordé dans son rapport étiologique à un environnement social et économique donné.

Ces dernières années, de nombreux anthropologues et sociologues se sont intéressés aux pratiques qui favorisent certains groupes et en défavorisent d'autres sur le marché du travail (Piché et Renaud 2002). Alors que certains chercheurs portent un intérêt particulier à la manière dont les immigrants négocient leur place dans un contexte structurel répondant à une normativité locale (Kalra 2000), d'autres se concentrent sur la perception que ceux-ci ont d'une telle place (Basran, and Zong 1998) ou encore ils se focalisent sur les mécanismes sociaux à l'œuvre dans la manière dont se façonne un marché du travail considéré comme un vecteur d'exclusion sociale pour certaines populations immigrantes (Bauder 2003 et 2005; Miles 1993; Piché et Renaud 2002). D'un point de vue strictement quantitatif, force est de noter qu'au Canada, les immigrants non européens (les groupes originaires d'Afrique et d'Asie en particulier) sont désavantagés sur le marché du travail, et ce, autant en ce qui concerne le revenu que le statut de l'emploi (Hiebert 1999; Pendakur, and Pendakur 1998). C'est ainsi que plus de trente pour cent des familles immigrées vivent officiellement sous le seuil de la pauvreté lors de leurs dix premières années au Canada (Beiser 2003). Au Québec, la situation est similaire et quelques études concluent également que l'origine nationale des immigrants est un facteur important de stratification économique (Renaud et al. 2003:166). Plusieurs auteurs cherchent à mettre au jour les mécanismes structurels à l'œuvre dans un tel phénomène de même qu'à cerner l'impact de celui-ci sur la santé et/ou le mal-être psychologique de ceux qui y sont soumis. Non seulement le fait que l'origine nationale soit « un facteur déterminant dans l'accès au marché du travail et dans le statut de l'emploi » (Renaud et al. 2003:166) entraîne une forme d'exclusion sociale qui a trait à une inégalité d'accès aux ressources sociales, économiques et politiques du Québec, mais une telle exclusion peut être également considérée comme un facteur déterminant dans la présence de problèmes de santé (Galabuzi et Labonté 2002). Comme le note Beiser (1988), ce n'est pas la migration en soi ni même les seules conditions objectives (isolement, manque de travail, absence de la famille) dans lesquelles vivent les immigrants qui constituent des facteurs fragilisants pour le bien-être psychologique des immigrants; ce serait plutôt « l'écart entre les projets à l'origine de la migration et la réalité vécue de fait dans le pays d'accueil qui contribuerait le plus fortement à l'apparition des problèmes de santé mentale » (Bibeau et Corin 1995:19). Un tel écart et ses effets pathogènes sont indissociables des conditions socioéconomiques dans lesquelles apparaissent ces problèmes. Ces conditions se présentent sous la forme d'une discrimination structurelle quant à l'accès des immigrants aux ressources sociales et économiques. Si, comme le suggère Beiser, « la discrimination sur le marché du travail de même que dans d'autres milieux sociaux constitue probablement une autre partie de l'explication pour le chômage et la pauvreté » (2003:31) et que « le chômage non seulement frustre leurs ambitions, mais compromet également leur santé mentale » (*id.*:30), alors une anthropologie médicale s'intéressant aux conditions d'émergence et de manifestation de la détresse chez les

immigrants ne peut que s'interroger sur les différents mécanismes structurant une telle réalité.

Depuis la fin des années 1960, selon les politiques migratoires canadiennes, la sélection des immigrants se fait selon une grille de sélection axée sur ses qualifications professionnelles (Hawkins 1988[1972]). Dans cette approche qui pose la performance des immigrants comme la condition principale de ce qui est considéré comme une « intégration réussie », les difficultés d'intégration sont corrélativement mises sur le dos des immigrants eux-mêmes (Basran, and Zong 1998). Une telle perception de l'intégration économique des nouveaux venus se fonde implicitement sur un principe d'égalité des chances, alors que cette dernière a fait l'objet de nombreuses critiques, autant en raison de son approche individualisante d'un problème avant tout social que de sa tendance à expliquer les comportements individuels par le biais de catégorisations réductrices et pour le moins hasardeuses. Mettant en question une telle conception libérale de l'agentivité (laquelle présuppose la possible mobilité sociale de l'immigrant), de nombreuses études pointent vers différents facteurs socioculturels discriminatoires qui rendent compte du chômage, de même que du faible statut d'emploi touchant les immigrants. Bien que certaines recherches quantitatives tendent à démontrer que l'écart entre les immigrants et la population locale (et entre les groupes de migrants) disparaît graduellement après plusieurs années, cette diminution est probablement reliée à une amélioration des aptitudes des nouveaux venus (« stratégie de surinvestissement ») ou encore à leur insertion dans des « enclaves ethniques » favorisant leur accès à l'emploi (Piché et Renaud 2002; Renaud et al. 2003). Ces « stratégies de contournement et de requalification » (Piché et Renaud 2002:151) des immigrants ne jouent un rôle essentiel qu'en raison de l'évidence d'une discrimination qui « prendrait essentiellement la forme de la non-reconnaissance soit des diplômes, soit de l'expérience antérieure » (*ibid.*). Une perspective critique qui tente de poser un regard systémique sur une telle différenciation dans l'accès à l'emploi considère la société d'établissement comme acteur actif dans la régulation du marché du travail, plutôt que comme entité passive et neutre à laquelle le migrant se doit de s'adapter. La dévalorisation des compétences et de l'expérience des immigrants professionnels (en particulier des « minorités visibles ») doit plutôt être considérée à la lumière des conditions historiques et structurelles de l'immigration au Canada (Basran, and Zong 1998).

Ainsi, certains chercheurs remettent en question l'idée que la période d'ajustement au marché du travail serait un processus naturel et considèrent que la déqualification des travailleurs migrants s'explique par le fait que certains mécanismes de gestion des places sur ce marché sont propres à la société canadienne (Bauder 2003). À titre d'exemple, Basran et Zong (1998) font remarquer qu'en 1996, en Ontario, tous les finissants d'une école de médecine se voyaient assurés d'être admis en résidence à condition d'avoir passé leurs examens, alors que seulement 24 des 500 médecins ayant suivi leur cours à l'étranger, mais ayant passé tous les examens nécessaires au Canada, se virent accorder une place en résidence. Des études menées dans différentes provinces suggèrent que moins de la moitié des immigrants ayant une profession régie par un ordre professionnel réussissent à obtenir une accréditation canadienne, alors que la proportion chez les médecins serait d'aussi peu que cinq pour cent (Bauder 2003). L'absence de reconnaissance des compétences et des titres étrangers par des employeurs potentiels est un problème de longue date au Canada (Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada 1988; Beiser

2003). Elle relève de mécanismes qui rappellent les propos de Bourdieu à l'égard des principes d'inclusion et d'exclusion contribuant à légitimer des rapports de force à l'origine de la hiérarchisation sociale (Bourdieu et Passeron 1970). Le déclassement de la formation de l'immigrant ne peut être compris qu'à la lumière de la valeur que l'on accorde au diplôme qu'ils n'ont pas et qui donne un véritable droit d'entrée dans les entreprises bureaucratiques modernes (Bourdieu 1989). Bien que Bourdieu accorde au sujet une certaine autonomie dans l'action, le sujet ne peut être dissocié de ces « structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes » (Bourdieu 1981:88) que constitue son *habitus*. Le concept d'*habitus* renvoie soit à un ensemble de dispositions durables et transposables, soit au système des schémas de perception et de pensée qui agit comme principe organisateur du comportement. Montrant le caractère structurant et durable du savoir intériorisé aussi bien que l'aspect dynamique et transformable de ses modalités d'actualisation dans le monde, Bourdieu propose une analyse des rapports structurels que l'éducation et le marché du travail entretiennent avec des acteurs incorporant les violences de l'inégalité, tout en agissant parfois pour y échapper. Plus particulièrement, dans le cas de ce qui distingue l'immigrant des autres travailleurs sur le marché du travail, les règles du marché se présentent comme des principes organisateurs stratégiques qui profitent ceux qui les créent et qui s'y conforment (Bauder 2005). De la même manière, les immigrants peuvent être considérés comme étant en déficit d'un capital institutionnalisé, validé par un diplôme ou un cours universitaire, qui constituerait une compétence culturelle reconnue, au sens où « certaines normes ethnoculturelles sont établies dans les sociétés lesquelles sont assorties d'un privilège d'ordre économique, politique et social » (Galabuzi et Labonté 2002:3). De part et d'autre, des frontières de l'inclusion et de l'exclusion se constituent des formes de subjectivités marquées ici par les honneurs de la normativité institutionnelle et là, par la précarité, le sentiment d'impuissance ou de frustration de celui qui se sait victime de discrimination : « Many immigrants feel that they have been tricked into this situation by Canadian immigration policies and labour-market regulations that do not disclose to immigrants prior to their arrival in Canada that their human capital will be devaluated » (Bauder 2003:713).

C'est toute la question migratoire qui est traversée par la problématique de l'exclusion sociale selon des processus de différenciation qui se construisent à même certaines manières de se représenter l'Autre dans son rapport au Même. Si c'est un ensemble de variables qui semblent interagir pour créer des conditions propices à la détresse chez les migrants indiens de Montréal, les entrevues réalisées, quant à elles, renvoient principalement à cette idée de la place occupée par les migrants dans l'espace social montréalais, en particulier en ce qui a trait au marché du travail. C'est donc sur cet aspect fondamental de l'expérience migratoire que je me penche dans cet article.

Indications méthodologiques

La recherche de terrain que j'ai effectuée dans le cadre de cette recherche comporte plusieurs volets. D'abord, des observations ont été effectuées dans différents espaces (centres communautaires, temples, etc.) fréquentés par les membres de la communauté indienne de Montréal, et ce, sur une période de huit mois (de janvier à septembre 2007). En plus de nombreuses discussions informelles, huit entrevues semi-dirigées ont également été effectuées auprès d'immigrants nés en Inde et vivant dans la région montréalaise. Parmi ces

entrevues, quatre ont été réalisées avec des répondants choisis en fonction de la place qu'ils occupent dans l'espace communautaire sud-asiatique de Montréal. Ces derniers manifestent une grande connaissance du milieu communautaire et des situations et/ou des difficultés vécues sur une base quotidienne par les immigrants indiens de Montréal. Tous les répondants étaient de confession hindoue et ils étaient des résidents permanents ou encore des citoyens canadiens au moment de l'entrevue².

Un état d'esprit : la détresse, une perte de contrôle

S'il y a une constante dans le discours des répondants concernant la détresse, c'est que celle-ci se présente comme un état d'esprit. Elle est une « façon d'être », un certain rapport à soi auquel on se réfère en des termes s'articulant autour de l'idée d'un vide, d'un manque qui habite l'individu. Que ce soit explicitement développé ou encore que cela traverse implicitement les entrevues sous la forme d'exemples, tous les répondants renvoient à cette idée de vide, de malaise intimement lié à un sentiment de perte de contrôle. La détresse est perçue comme un vide par rapport à un état normal de plénitude. **Elle se présente sous la forme d'une perte de contrôle sur une normalité axée sur le contrôle de soi et l'équilibre intérieur**³. Toutes les descriptions de la détresse élaborées par les répondants affirment sans équivoque le caractère passager de celle-ci. Il s'agit d'une modification, passagère et contextuelle, d'un état d'esprit dont le fonctionnement est conceptualisé à travers le paradigme de l'équilibre. Les répondants ne considèrent pas la détresse comme une maladie, bien au contraire. Non seulement tous l'ont explicitement posée comme n'étant pas de l'ordre du pathologique, mais ils ne la situent pas davantage dans le registre du biologique : « How can a psychological thing be a disease? You can cure it yourself! So, you know? We are not sure whether it's a disease or is it just that we do. We think that when a person is depressed, he is doing it intentionally sometimes. It's our cultural upbringing » (Marisa).

La détresse ne représente pas une entité en soi. Elle ne saurait être séparée d'un certain rapport au temps, de même que de son contexte d'émergence. Les répondants ne se représentent pas la détresse comme un fait isolable de leur cheminement individuel; c'est une rupture qui peut être située dans le temps et non une quelconque entité produite *ex nihilo* ou de manière atemporelle. La détresse n'est toutefois pas un fait objectif extérieur à la quotidienneté dans laquelle elle prend sa source; elle est plutôt présentée par les répondants comme participant à un Tout qui inclut autant le bien-être que les conditions d'un éventuel mal-être. Suman affirme en ce sens : « it's a normal psychological activity of brain. If you don't have depression ever in your life, then it's not working fine ». Si la détresse n'est pas en soi un état psychique « normal », au sens où elle est modification de l'état régulier du fonctionnement de l'individu, le fait d'en vivre temporairement n'est pas pour autant perçu comme quelque chose d'anormal. La détresse est plutôt

² La question de la détresse des réfugiés renvoyant à une réalité très différente, je me suis concentré sur des migrants ayant décidé de venir au Canada pour des raisons économiques ou familiales.

³ Les répondants ont présenté une conception de l'individu (et de son fonctionnement psychique et émotionnel) axée sur l'interdépendance des parties qui l'habitent et sur sa place dans une sphère interrelationnelle (sociale et métaphysique) dans laquelle il construit sa subjectivité. L'équilibre et le contrôle intérieur sont les vecteurs centraux de l'image de soi élaborée lors des entrevues.

conceptualisée comme le revers de l'équilibre, du contrôle qu'il est « normal » de perdre, mais aussi de retrouver. Cet état d'esprit est indissociable des contextes (sociaux, économiques, émotionnels, cosmiques, etc.) qui favorisent la rupture d'un endroit, d'une normalité qui cède le pas à l'émergence de son envers (perte de contrôle, déséquilibre, sentiment de vide). En effet, la détresse est abordée par les répondants comme dépassant largement le cadre de la seule expérience émotionnelle : elle est un rapport à différents contextes, événements et situations susceptibles d'apparaître à même les aléas du quotidien.

L'irréductibilité de l'état et de son contexte

Telle qu'elle est décrite par les répondants, la détresse semble, dans son sens autant que dans son expérience, intimement liée aux situations qui l'engendrent. Lorsqu'il pose, en parlant de sa difficile intégration au marché du travail, que selon lui « feeling depressed means feeling too much no success », Gopal illustre très bien comment certaines situations ou événements de sa vie peuvent donner un sens à la détresse. En fait, lorsqu'il leur fut demandé d'explicitier quel est selon eux le sens à donner à la détresse psychologique (ou à la dépression), toutes les personnes rencontrées ont commencé par répondre à l'aide d'exemples, de situations susceptibles de l'entraîner. Solitude, perte de certaines illusions ou d'attentes prémigratoires, éloignement familial, impossibilité de trouver un emploi et changement dans la façon de vivre sont quelques-unes des illustrations du sens que l'on donne à la détresse psychologique. Gopal fait explicitement un lien entre un état émotionnel négatif et empreint de découragement et les facteurs qui lui sont associés :

That means either no success when somebody is not recognizing your real work or you're feeling that you're not good and when nobody is not taking confidence in your reference or there's no encouragement of whatever you are doing, no appreciation of what good values and habits you have. This puts yourself into a depression (Gopal).

Pour les répondants, être en détresse **signifie** ne pas avoir d'emploi, être trop souvent seul, s'ennuyer de sa famille, etc. C'est avant tout l'expérience de certaines situations, une réalité fortement contextuelle. Bien qu'elle soit évidemment vécue sur un plan individuel, la détresse ne saurait être appréhendée en dehors d'une telle imbrication dans le circonstanciel : elle se doit d'être comprise comme relation à une certaine extériorité, à des événements qui viennent agir sur l'individu et se traduisent sous la **forme** de ce mal-être. Si donc la signification qui lui est liée est de l'ordre d'un état d'esprit que l'on exprime à travers des idiomes impliquant par exemple une « perte de contrôle », ce sens se présente comme une construction en rapport constant aux situations qui en sont à l'origine. Appréhender le mal-être comme une entité fermée sur elle-même, en dehors des relations qui le constituent, ne semble pas une option pour les migrants indiens rencontrés. La détresse est plutôt un état d'esprit indissociable des conditions de sa constitution. Elle est une expérience impliquant une intériorité en constante interaction avec son environnement. Dans le cas de nos répondants, un tel contexte se présente comme complètement imbriqué dans la réalité qu'ils vivent, soit la migration. Ce n'est pas la migration comme telle que les répondants ont identifiée comme étant source de détresse; ce sont plutôt différentes situations vécues en contexte migratoire. La migration se présente comme la principale référence d'une étiologie de la détresse telle que décrite par les répondants. Elle n'est pas tant la « cause » de la détresse que son

« explication », le sens qui lui est donné. Les situations ou contextes énumérés par les répondants sont aussi nombreux, variés et complexes que l'est l'expérience migratoire. Je souhaite maintenant m'attarder quelque peu sur la forme principale prise par la détresse des immigrants indiens dans le contexte montréalais, soit la rupture des attentes migratoires.

L'imaginaire migratoire : la détresse comme rupture

L'état d'esprit (perte d'équilibre, de contrôle) propre à la détresse est principalement associé par les répondants à une **rupture** entre les attentes migratoires et le vécu de l'établissement. Traversant les entrevues, on retrouve cette idée d'une désillusion, d'un sentiment d'incertitude mêlé à une impression de perte, de manque par rapport à une certaine image de l'expérience migratoire. C'est indéniablement à la rencontre du monde subjectif de l'imaginaire et des difficultés de l'établissement (particulièrement sur le plan socioéconomique) que prend forme la souffrance psychologique des immigrants indiens. Si la rupture entre attentes et réalité ne saurait être réduite à la seule intégration au marché du travail, la forte majorité des éléments avancés par les répondants comme incarnant cette distance entre l'imaginaire migratoire et sa concrétisation renvoie à cet aspect de l'établissement. **À cet égard, il y a assurément une convergence quant aux perceptions de ce qui forme le principal vecteur de désillusion des migrants indiens à Montréal : le travail.** Plusieurs répondants voient dans cette expérience d'une réalité autrement plus difficile que l'image qu'ils s'en faisaient, une perte du sens même du projet migratoire, celui-ci ne trouvant plus de justification :

Thinking about why did they come, they don't have the justification sometimes and then they become depressed. You know what I mean? So that's why you see so many labour workers coming, more than highly-educated people. Because if you study medicine for so many years, then you come here and study for lord knows how many years (Marisa).

Tous les participants ont affirmé avoir eux-mêmes vécu ou connu d'autres immigrants indiens ayant eu à affronter un tel désenchantement. Il semble qu'une majorité des immigrants indiens sente à un moment ou l'autre l'effet de cette dislocation entre l'avenir projeté en termes d'emploi et les possibilités réelles dans ce domaine. Les répondants insistent à quelques reprises sur le fait que les immigrants ont peur de devoir retourner chez eux et que les gens en Inde se moquent de leur choix d'avoir tout quitté pour rien. C'est là la source d'un sentiment potentiel d'humiliation, de perte de dignité. Gopal élabore également sur cette idée d'une perte de dignité accompagnant un sentiment d'inutilité ou encore de dévalorisation de sa personne :

Because when you come here first, the initial reaction for a person who is coming is 'oh! I got immigration, I'm very happy. I'll have a better standard of life, of living'. But then when you come here, you find out that you're nobody, that nobody's appreciating what you're doing, nobody's recognizing your qualification, then disillusioning starts (Gopal).

Le sentiment de dépréciation dont fait état Gopal est omniprésent dans le discours des répondants sur l'intégration au marché du travail; tout comme la rupture entre les attentes et la réalité dont il se fait l'écho, il participe au sens donné à la détresse en contexte migratoire. Surendraji fait, pour sa part, un lien direct entre l'imaginaire migratoire comme projection de soi dans une situation imaginée et la perte de contrôle intérieur qui dérive, selon lui,

directement de cet état d'esprit axé sur le désir de ce que l'on ne possède pas. Ce sont de telles anticipations d'une image magnifiée de l'établissement au Canada qui deviendront le lieu d'émergence de la cassure entre images et réalité, entre le contrôle et sa perte : « You think, you plan that everything is going to be very good. You will have a very good life, you will have a car, you will have this thing and that thing. But when you don't get it physically, then you feel the pain of that » (Surendraji).

Au-delà de l'incertitude qui accompagne inévitablement le projet migratoire, la rupture qui donnera son sens à la détresse propre à l'établissement prend en effet ses racines dans des attentes prémigratoires qui ne correspondent pas à la réalité à laquelle les migrants indiens sont confrontés :

Le problème c'est que les gens arrivent avec beaucoup d'attentes. Beaucoup beaucoup. "Ah! Le Canada, les États-Unis! Oh, l'argent, l'argent!" Mais quand ils arrivent en face de la réalité...Les gens ils ont des "comment on dit", des *expectations*, les gens ils attendent beaucoup. "Moi j'arrive au Canada, aux États-Unis, il n'y a pas de problème, j'aurai de l'argent. Chaque dollar, ça vaut quarante roupies présentement. J'aurai peut-être 1000 dollars et j'aurai un grand bâtiment!" C'est ça qui arrive (Vijay).

Cette ignorance à la base d'un idéal migratoire dissocié de la réalité se construit de différentes manières. Que ce soit à travers des relations personnelles, Internet, différents réseaux de contacts transnationaux ou encore par le biais d'institutions formelles; les participants dénoncent tous le fait que l'information reçue avant la migration ne corresponde pas à la situation réelle de l'établissement au Canada. La plupart considèrent que ce sont surtout les institutions responsables de l'immigration qui sont à la base de l'information qu'ils reçoivent et de l'image qu'ils se font ainsi de ce qui les attend. Vijay et Surendraji sont en ce sens très directs dans leurs propos, accusant la publicité faite par les services d'immigration de donner une image inexacte des opportunités qui s'offrent aux immigrants : « Je blâme le gouvernement aussi. Allez aux Indes, ils disent : "Canada! Québec! Tu sais, c'est quelque chose, il y a de l'opportunité, il y a des choses!" Mais quand les gens arrivent ici, ils regardent ça et se demandent » (Vijay). Ou encore :

So actually the matter of fact is what the prospectors of Immigration Canada are giving to them, it is very attractive. But then they land here, they don't get anything. No job, nothing. You have to take the courses. For a doctor who's already 45 years, 50 years old, he is being told to take another three years of courses. Then, how is he going to survive? [...] And they have come with their families and it's very hard for them. **Those people I found they were very depressed** (Surendraji; je souligne).

C'est la manière dont les instances de l'immigration présentent le Canada et les opportunités qui s'offrent aux nouveaux venus qui est ainsi pointée du doigt. Presque tous les répondants ont explicitement fait référence à cette « mise en marché » de l'expérience migratoire. Bien qu'elle puisse certainement prendre des formes diverses et implicites⁴, la promotion institutionnelle du Canada, en tant que destination offrant de nombreuses opportunités, semble constituer l'essentiel des fondements de la construction que les migrants indiens se font de l'image de leur future « terre d'accueil ».

⁴ Plusieurs répondants font référence à la situation des migrants professionnels. Il est fort possible que le fait que le statut professionnel du candidat à l'immigration soit considéré comme un atout pour sa candidature joue d'une manière importante sur la perception qu'a le candidat des opportunités qui s'offrent à lui. Si on l'accepte sur la base de ses qualifications professionnelles (selon un système de classement, de points), il n'est pas étonnant que l'immigrant soit amené à croire que celles-ci sont en demande au Canada. Il est probable que les professionnels qui émigrent se croient réellement « en demande » pour venir pratiquer leur profession au Canada, considérant que c'est celle-ci qui leur a ouvert les portes du pays.

Gopal parle pour sa part de la nécessité d'avoir une bonne « préparation mentale » avant de décider d'immigrer : « So, this mental preparedness before coming is very very very important. Mental preparedness before coming, collect information before coming ». Cette préparation va bien au-delà de l'information concernant le marché du travail qui est transmise; bien que Gopal note à plusieurs reprises que c'est cet aspect qui fut pour lui le plus difficile. Seule une prise de conscience prémigratoire saurait prévenir la détresse pouvant accompagner la rupture démotivante propre à la confrontation entre l'image idéalisée et la réalité objective. Si l'idée que les migrants se font de leur projet migratoire sert de contexte originel à la rupture de l'imaginaire, le marché du travail, et les conditions d'intégration qui le structurent, jouent aussi un rôle de premier plan.

Migration et marché du travail

Tous les immigrants rencontrés dans le cadre de cette étude ont fait explicitement mention de difficultés à intégrer le marché du travail. L'emploi représente en effet beaucoup pour eux, il garantit un revenu et un niveau de vie jugé adéquat pour toute la famille; il incarne un certain statut social, de même qu'il est un signe de respect de la dignité personnelle et familiale. L'emploi a donc une portée à la fois symbolique et matérielle très importante. C'est principalement pour avoir un bon emploi que l'on émigre et que l'on accepte de faire face à d'autres aspects jugés difficiles de la migration. Les difficultés rencontrées par les répondants dépassent largement la seule question financière pour englober toute la question du positionnement (culturel, économique et symbolique) dans l'espace social. La migration étant fréquemment associée à des visées professionnelles, le marché du travail devient le lieu privilégié de l'effritement des idéaux migratoires. De plus, le « stress » et l'insécurité accompagnant une situation précaire en termes d'emploi et la possible perte de dignité corrélative au chômage ou au sous-emploi semblent fournir des conditions fertiles en expériences de mal-être psychologique. Les répondants notent également une augmentation, dans les dernières années, des difficultés qu'ont les immigrants indiens à accéder au marché de l'emploi. Comme l'affirme Ashoka, si jadis il n'était pas difficile pour les immigrants de se trouver un emploi, la situation a changé et c'est maintenant « la loi du plus fort » (*survival of the fittest*) : « In the beginning, there was no problem. Now, it's problem. Now you have to compete ». Ashoka perçoit une forme de discrimination sur le marché du travail à l'endroit des immigrants indiens. Si tous les répondants ne parlent pas explicitement de « discrimination », tous ont donné des exemples de situations, de cas vécus ou connus pouvant être jugés discriminatoires. Les participants notent par ailleurs que l'accès au marché du travail se fait principalement de façon informelle, par le biais de connaissances ou à même le milieu communautaire sud-asiatique. Comme le mentionne Ashoka : « You may be good scientist, a good researcher, if you don't know anybody, what can you do [...]? ».

La reconnaissance des crédits et des expériences de travail est au cœur des problématiques mentionnées en ce qui a trait à l'intégration au marché du travail. Les répondants établissent un lien direct entre la place occupée par les immigrants indiens sur le marché du travail (son fonctionnement, ses lois et ses institutions) et l'effet que celle-ci peut avoir sur la santé psychique d'un individu :

Et à la fois ils sont bien éduqués. Ils ont un diplôme. Comme pour le médecin, il ne peut pas pratiquer. Le médecin, il livre les pizzas. Il travaille comme concierge. Quel

gâchis nous avons ici? [...] Ces médecins-là... nous avons... pensez-y, un médecin qui pratiquait en Inde. Beaucoup d'argent tout ça et il arrive ici. On peut pas pratiquer parce qu'il faut passer l'examen. Même si tu passes l'examen, après tu restes toujours... **Ça cause la dépression!** "Je suis hautement qualifié et je ne peux pas faire..." Et aussi ils se sentent coincés (Vijay; je souligne).

Ou encore :

Discrimination will definitively lead... discrimination means somebody trying to put you down or give you lower credit or lower status or lower respect because you are not dressing up like that other person or you are not talking like that other person, you have a different color. Definitively, it will cause an effect on the person's mind. It is a cause of depression (Gopal).

Pour les répondants, la détresse est avant tout quelque chose de social. Elle est directement liée à différents mécanismes régulateurs marquant l'espace social de la migration. Le rapport entre la détresse et une dignité passant par l'emploi, et en particulier par la reconnaissance de ses compétences en matière d'emploi, est omniprésent dans les entretiens. C'est dans la relation du migrant et de son projet migratoire à l'espace social et institutionnel que représente le marché du travail que se construisent le sens et l'expérience de la détresse. Je souhaite maintenant discuter de certains aspects des résultats obtenus lors de cette recherche, en les mettant en dialogue avec la littérature existante.

L'envers de l'imaginé

Les entretiens reviennent beaucoup sur cette image d'une intériorité centrée sur une certaine conception de l'alignement, de l'interaction équilibrée entre des parties en constante relation dans la constitution d'un Tout intérieur stable. Les idiomes qui mettent l'accent sur le contrôle et l'équilibre me semblent former le cœur de la conception de soi que formulent les répondants. C'est à ces notions qu'ils renvoient pour donner sens aux modifications qui peuvent affecter l'intériorité, comme les changements d'état d'esprit et les fluctuations d'humeur ou d'émotion. Le corps, l'âme et l'esprit sont articulés de manière à créer un équilibre dont la déstabilisation constitue l'essentiel de l'expérience de la détresse. Celle-ci est perçue comme une cassure dans le temps d'une continuité qui lui demeure sous-jacente et de même nature; elle n'est pas une entité autonome qui serait indépendante de l'individualité et de ce qui est conçu comme son fonctionnement habituel, équilibré. C'est en ce sens que les répondants ne conçoivent pas la détresse comme une maladie, et ce, même lorsqu'ils s'y réfèrent comme étant de l'ordre d'une dépression. Au contraire, les répondants ne séparent pas l'équilibre du déséquilibre, le contrôle de sa perte momentanée : ceux-ci sont pensés dans une relation de complémentarité et non d'exclusion. Le déséquilibre émotionnel propre à la détresse, tel qu'ils en parlent lors des entretiens, se présente certes comme un état d'esprit, mais il est avant tout l'expérience circonstancielle d'une perte d'équilibre, de contrôle sur soi. L'état d'esprit est indissociable de la situation propre à sa génération. En d'autres mots, la genèse de cet état et la forme qu'il prend ne sauraient se voir cantonner dans une appréhension phénoménologique de la détresse. Telle qu'elle est conceptualisée par les répondants, la détresse est davantage qu'un état d'esprit; c'est un discours relatif à un certain contexte, à des situations et à un vécu. Plus particulièrement, elle prend la forme d'un discours sur la relation aux espaces interpersonnels, culturels et socioéconomiques qui constituent les contextes migratoires dans lesquels

s'inscrivent les répondants. C'est le contextuel, dans son dynamisme, et la pluralité des rapports à l'expérience qui sont intériorisés puis exprimés à travers la détresse des migrants indiens de Montréal⁵.

Comme mentionné précédemment, Beiser (1988) et Bibeau et Corin (1995) ont déjà noté que si les conditions objectives (isolement, manque de travail, absence de la famille) dans lesquelles vivent les immigrants peuvent les fragiliser, c'est avant tout dans l'écart entre les attentes des migrants et la réalité de l'établissement que tend à se construire la détresse. Les entrevues réalisées dans cette recherche confirment une telle tendance⁶. En effet, c'est à la rencontre d'un imaginaire complexe et pluriel et de la matérialité de l'expérience migratoire que se dessine la conjoncture d'où émerge la potentialité d'une détresse. Pour les répondants, l'imaginaire ne constitue pas une quelconque entité abstraite appartenant à la réalité prémigratoire, à un passé lointain qui serait contenu dans les seules mémoires de leurs rêves d'antan. L'imaginé, l'idée de soi en contexte migratoire, semble au contraire habiter le rapport à la migration bien au-delà de la terre natale. C'est cette image que les aléas de la migration confrontent régulièrement, qu'ils tordent ou estompent dans un mouvement souvent éprouvé comme détresse. Si, lorsqu'elle devient l'objet d'une telle rupture, l'image migratoire représente un état d'esprit prenant les atours de la perte de contrôle propre à la détresse, il n'en demeure pas moins que ce sont les conditions objectives de l'établissement qui viennent agir sur l'individu de manière à en altérer la vie intérieure.

L'intégration difficile au marché du travail se présente comme l'espace privilégié de la rencontre avec une adversité érodant l'imaginé, un terrain fertile en désillusions, en remises en question, pouvant aller jusqu'à la perte du sens du projet migratoire. Dans la majorité des entrevues, on se réfère à l'emploi et au statut socioéconomique qui y est associé comme à un *leitmotiv* du projet migratoire; à tout le moins, celui-ci joue un rôle primordial dans la production du sens associé à la migration, à l'établissement et à la perception de la réussite. Les répondants posant ainsi l'accès au marché du travail comme le vecteur d'une concrétisation d'un certain imaginaire migratoire, il

⁵ Ces résultats vont dans le sens de ceux obtenus par plusieurs autres études effectuées auprès de migrants indiens. Fenton et Sadiq-Sangster (1990) ont déjà clairement montré, dans le cadre d'une étude ayant eu lieu au Royaume-Uni auprès de femmes sud-asiatiques, en quoi la forme prise par la détresse (*thinking-in-the-heart-illness*) chez celles-ci ne saurait être séparée de son contexte social et relationnel. Krause (1989) a également souligné en quoi l'idiome du « sinking heart » retrouvé dans ses entrevues est fortement situationnel et ne correspond pas à une entité indépendante telle une catégorie médicale. Acharya et Northcott (2007) sont certainement ceux qui ont le mieux explicité en quoi la détresse n'est pas perçue comme un phénomène médical par les migrantes indiennes qu'ils ont rencontrées, mais plutôt en tant qu'expression de difficultés circonstancielles. En fait, une forte majorité des études menées auprès de populations migrantes indiennes ayant utilisé une méthodologie qualitative ont trouvé que celles-ci décrivaient leur détresse d'une manière complexe, subtile et indissociable des situations qui la favorisent (Burr, and Chapman 2004).

⁶ En aucun moment au cours des entrevues menées pour cette étude, la migration n'est apparue comme étant en soi une cause de détresse. S'il est vrai que les immigrants indiens réfèrent à leur vécu quotidien dans l'élaboration de leurs expériences de détresse et que celui-ci est teinté des aléas de l'établissement, la migration n'est aucunement identifiée comme source d'une souffrance qui lui serait inhérente. La migration oriente le sens de la détresse comme le ferait tout autre contexte dans lequel s'inscrirait le vécu des répondants. La migration n'est que mouvement. Qu'il soit intérieur ou physique, celui-ci se déploie dans des espaces habités (d'une certaine conception de soi au marché du travail montréalais) et le discours des répondants sur la détresse cherche avant tout à témoigner des difficultés potentielles caractérisant la rencontre du mouvement et des lieux visités. De la transformation intérieure à l'adversité parfois périlleuse qui accompagne le contact avec certains aspects de la réalité de l'établissement, l'expérience migratoire décrite par les répondants se présente sous le signe du changement, de la nuance, mais aussi de la résistance et du travail du temps.

n'est pas surprenant que la détresse soit souvent formulée dans les termes de l'échec à se réaliser à travers l'intégration à ce marché. La détresse est ici à la croisée d'une intimité psychique caractérisée par la perte de l'équilibre intérieur et de rapports de force perçus comme exclusion de certains espaces privilégiés du marché du travail. Elle se présente alors comme l'intériorisation, à même une vie psychique habitée entre autres par le dynamisme de ces attentes migratoires, des conditions d'établissement propres au marché du travail, à son fonctionnement et à ses normes. On ne peut juger les tentatives d'adaptation des immigrants indiens au marché du travail en faisant abstraction de l'accueil qu'on leur réserve. Qu'il soit question de frustration, de désillusion ou encore de la perte de dignité dont certains répondants ont parlé, les réactions émotionnelles que produit une insertion souvent pénible sur le marché du travail dépassent le cadre d'un état d'âme qui serait culturellement informé. La détresse y est plutôt décrite comme l'empreinte sur l'individu des dynamiques sociales dans lesquelles il se meut. Le vécu migratoire des répondants résulte des processus de régulation du marché du travail et, plus largement, de la place occupée par les individus dans l'espace social. La complexité des significations retrouvées dans la narration de la détresse par les répondants témoigne ainsi de certaines des modalités par lesquelles le corps individuel est à la fois social et politique (Lock 1999). La détresse des répondants se construit en effet au sein de certaines relations de pouvoir, lesquelles ont été analysées par différents chercheurs dans le domaine des sciences sociales. L'anthropologie médicale s'intéresse depuis plusieurs années à la production du corps souffrant et de la détresse dans une perspective qui cherche à dépasser une seule interprétation sémantique pour observer la souffrance en tant que manifestation de forces sociales et historiques lui servant de trame de fond (Farmer 2004; Kleinman, Das, and Lock 1997; Scheper-Hughes, and Lock 1987). Cherchant à comprendre le sens associé à la souffrance psychique et sociale, l'anthropologue le situe dans le contexte des structures produisant la détresse, et ce, dans le but de mieux comprendre autant le vécu individuel que le dynamisme idéologique de la société (Bibeau 1997; Kemp 1999). Les propos tenus par plusieurs répondants quant à la dévalorisation professionnelle et au sentiment de discrimination – résultant des aléas de l'accès à un emploi qui pour eux serait jugé acceptable – ne sont pas sans faire écho à une littérature critique concernant la non-reconnaissance des expertises et des expériences professionnelles et la régulation du marché du travail (Basran, and Zong 1998). Empruntant explicitement à la pensée de Bourdieu, Bauder (2003 et 2005) pose l'impossibilité d'observer l'intégration des immigrants au marché du travail en dehors d'une considération critique des conditions normatives de ce marché dont les contours et les avantages se forment à même l'exclusion systématique des immigrants de certaines sphères socioéconomiques. C'est dans une telle optique, qui considère les conditions de production de l'exclusion et de ses effets, que Castel (1995) juge qu'« il importe de reconstruire le *continuum des positions* qui relient les "in" et les "out", et de ressaisir la logique à partir de laquelle les "in" produisent les "out" » (Castel 1995:15). Fortin (2000) pose pour sa part la nécessité de revoir la notion d'intégration à la lumière des dynamiques sociales, économiques, politiques et idéologiques qui en façonnent le sens. Le vécu migratoire des immigrants indiens et la possibilité de détresse qu'il comporte ne peuvent être compris en dehors d'une perspective critique quant aux conditions systémiques qui leur donnent forme. En effet, les répondants se réfèrent constamment, que ce soit explicitement ou non, à la place qu'ils occupent dans la sphère socioéconomique canadienne. Les discours sur la détresse se dessinent à travers l'esquisse d'une économie politique qui tend à favoriser l'émergence du mal-être en question. Même s'ils ne s'étendent que très peu sur les

différentes composantes normatives de la société d'établissement et de son marché du travail, c'est bien sur celles-ci qu'achoppe la perception imaginée d'une intégration réussie à ce marché. La détresse surgit alors à la rencontre de l'univers subjectif des émotions, de la matérialité du social et de la spiritualité qui imprègne le rapport au réel, aux événements et à la souffrance. Elle est impuissance devant le constat de l'écart entre l'imaginé et la réalité du vécu migratoire, principalement en ce qui concerne un accès digne au marché du travail.

Les données recueillies dans le cadre de cette recherche invitent à une lecture qui va dans le sens d'une appréhension critique des différents mécanismes socioculturels affectant le corps, l'esprit et la présence d'une détresse éventuelle. Si la conception de la subjectivité explicitée par les répondants s'inscrit principalement dans une tradition sémantique hindoue, le sujet n'en demeure pas moins un lieu d'interactions quotidiennes avec différents environnements qui viennent le façonner. L'immigrant indien ne laisse évidemment pas son bagage sémantique en Inde, mais celui-ci ne se présente en aucun cas sous la forme d'un immuable; il est plutôt inhérent au mouvement dynamique de constitution du sens et à son application aux aléas de l'expérience migratoire. Ce que trop d'auteurs résument banalement sous l'étiquette rassembleuse de « culture » ne saurait être perçu sous la forme d'un boulet que l'immigrant traîne dans ses tentatives de s'intégrer, de se dissoudre normativement dans l'opacité collective. Les discours des répondants sur la détresse prennent plutôt le social pour toile de fond et non pour une quelconque identité culturelle qui viendrait, par exemple, brimer l'individu dans son adaptation à l'environnement migratoire. La tentation d'identifier la culture de l'Autre comme une source potentielle de conflits intérieurs dont les risques se réduiraient au rythme d'une éventuelle intégration culturelle au Même devrait, en ce sens, céder le pas à la nécessité de mieux cerner la complexité de l'expérience migratoire et les facteurs pouvant faire de celle-ci le lieu d'une détresse potentielle.

Références

- Acharya, Manju P., and Herbert C. Northcott
2007 Mental Distress and the Coping Strategies of the Elderly Indian Immigrant Women. *Transcultural Psychiatry* 44(4):614-636.
- Basran, Gurcharn, and Li Zong
1998 Devaluation of Foreign Credentials as Perceived by Visible Minority Professional Immigrants. *Canadian Ethnic Studies* 30(3):6-23.
- Bauder, Harald
2003 "Brain abuse," or the Devaluation of the Immigrant Labour in Canada. *Antipode* 35(4):699-717.
2005 Habitus, Rules of the Labour Market and Employment Strategies of Immigrants in Vancouver, Canada. *Social & Cultural Geography* 6(1):81-97.
- Beiser, Morton
1988 The Mental Health of Immigrants and Refugees in Canada. *Santé, Culture, Health* 5(2):197-213.
2003 La santé des immigrants et des réfugiés au Canada. Document électronique,
<http://www.igh.ualberta.ca/RHD/Synthesis/French%20PDFs/Immigrants.pdf>, consulté le 4 février 2008.
- Bibeau, Gilles
1997 Cultural Psychiatry in a Creolizing World: Questions for a New Research Agenda. *Transcultural Psychiatry* 34(1):9-41.
- Bibeau, Gilles et Ellen Corin
1995 Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique : les systèmes de signes, de sens et d'actions en santé mentale. *In* La construction de l'anthropologie québécoise. Mélanges offerts à Marc-Adélar Tremblay. François Trudel, Paul Charest et Yvan Breton, dir. Pp. 105-148. Sainte-Foy: Presses de l'Université Laval.
- Bourdieu, Pierre
1989 La Noblesse d'Etat. *Grandes écoles et esprit de corps*. Paris: Éditions de Minuit.
- Bourdieu, Pierre et Jean-Claude Passeron
1970 La reproduction, éléments pour une théorie du système d'enseignement. Paris: Éditions de Minuit.
- Burr, Jennifer, and Tom Chapman
2004 Contextualising Experiences of Depression in Women from South Asian Communities: A Discursive Approach. *Sociology of Health & Illness* 26(4):433-452.
- Castel, Robert
1995 Les pièges de l'exclusion. *Lien social et Politiques* 34:13-21.
- Farmer, Paul
2004 An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*

45(3):305-325.

Fenton, Steve, and Azar Sadiq-Sangster

1990 Culture, Relativism and the Expression of Mental Distress: South Asian Women in Britain. *Sociology of Health and Illness* 18(1):66-85.

Fortin, Sylvie

2000 Pour en finir avec l'intégration. Document de travail. Montréal: GRES/ Université de Montréal.

Galabuzi, Grace-Edward et Ronald Labonté

2002 L'inclusion sociale comme facteur déterminant de la santé. Agence de santé publique du Canada. Document électronique, http://www.phacaspc.gc.ca/phsp/ddsp/pdf/apercu_repercussions/03_inclusion_f.pdf, consulté le 4 février 2008.

Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada

1988 Puis... la porte s'est ouverte : Problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés. Ottawa: Secrétariat au multiculturalisme, ministère de la Santé et Bien-être social.

Hawkins, Freda

1988[1972] Policy and Program, 1963-1971. *In Canada and Immigration. Public Policy and Public Concern*. 2nd edition. Freda Hawkins. Pp. 139-173. Kingston / Montréal: McGill-Queen's University Press.

Hiebert, Daniel

1999 Local Geographies of Labour Market Segmentation: Montreal, Toronto and Vancouver, 1991. *Economic Geography* 75(4):339-369.

Kalra, Virinder

2000 From Textile Mills to Taxi Ranks: Experiences of Migration, Labour and Social Change. Aldershot: Ashgate.

Kemp, Martin

2003 Hearts and Minds: Agency and Discourse on Distress. *Anthropology & Medicine* 10(2):187-205.

Kirmayer, Laurence

2006 Beyond the 'New Cross-cultural Psychiatry': Cultural Biology, Discursive Psychology and the Ironies of Globalization. *Transcultural Psychiatry* 43(1):126-144.

Kleinman, Arthur, Veena Das, and Margaret Lock, eds.

1997 *Social Suffering*. Berkeley / London: University of California Press.

Krause, Inga-Britt

1989 Sinking Heart: A Punjabi Communication of Distress. *Social Science & Medicine* 29(4):563-567.

Lock, Margaret

1999 The politics of Health, Identity, and Culture. *In Self, Social Identity and Physical Health*. Richard J. Contrada, and Richard D. Ashmore, eds. Pp. 43-68. New York: Oxford University Press.

- 2002 Medical Knowledge and Body Politics. *In* Exotic no More. Anthropology on the Front Lines. Jeremy MacClancy, ed. Pp. 190-208. Chicago: University of Chicago Press.
- Massé, Raymond
2001 Pour une ethno-épidémiologie critique de la détresse psychologique à la Martinique. *Sciences sociales et santé* (19)1:45-71.
- Miles, Robert
1993 Racism after 'race relations'. London / New York: Routledge.
- Otero, Marcelo
2005 Regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation. *In* Nouveau malaise dans la civilisation : regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation. Marcelo Otero, dir. Montréal: Département de sociologie, UQAM.
- Pendakur, Krishna, and Ravi Pendakur
1998 The Colour of Money: Wage Differentials across Ethnic Groups. *Canadian Journal of Economics* 31(3):518-548.
- Piché, Victor et Jean Renaud
2002 Immigration et intégration économique : peut-on mesurer la discrimination? *In* L'annuaire du Québec, 2003. Roch Côté et Michel Venne, dir. Pp. 146-153. Québec: Fides.
- Renaud, Jean, Victor Piché et Jean-François Godin
2003 L'origine nationale et l'insertion économique des immigrants au cours de leurs dix premières années au Québec. *Sociologie et sociétés* 35(1):165- 184.
- Scheper-Hughes, Nancy, and Margaret Lock
1987 The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1(1):6-41.
- Singer, Merrill
2004 The Social Origins and Expressions of Illness. *British Medical Bulletin* (69)1:9-16.
- Zola, Irving Kenneth
1975 Medicine as an Institution of Social Control. *In* A Sociology of Medical Practice. Caroline Cox, and Adrienne Mead, eds. Pp. 170-185. London: Collier-MacMillan.

Résumé/Abstract

Cet article est le résultat d'une recherche de terrain menée auprès d'immigrants indiens de Montréal et ayant pour objectif d'explorer comment se construit le sens de la détresse psychologique. De ses causes possibles aux formes qu'elle prend dans sa manifestation, la détresse se constitue chez les répondants comme un objet complexe et profondément ancré dans les circonstances qui servent de trame de fond à son émergence. Ce sont ces contextes qui forment l'envers de l'imaginé, le revers d'attentes migratoires cassées dans la rencontre des conditions objectives de l'établissement. C'est principalement dans le rapport à l'emploi que se situe cet écart entre l'imaginaire migratoire et la réalité de l'expérience. La détresse se présente alors autant comme une rupture de l'intériorité et de son équilibre que comme une intériorisation des conditions qui la génèrent et qui orientent le sens. Cette recherche est une tentative d'articulation de l'expérience individuelle de la détresse aux différents espaces collectifs qui agissent sur elle.

Mots clés : Détresse, immigrants indiens, marché du travail, imaginaire migratoire, santé mentale

This article is the result of field research done among Indian immigrants in Montreal. Its main purpose is to investigate how the meaning of psychological distress is constructed. From its possible causes to the shape taken by its manifestation, participants describe distress as a complex object, deeply rooted into the circumstances of its appearance. These contexts or circumstances form the underside of the imagined; that is, the hidden dimension of the migrants' hopes that are dashed in their encounter with the objective conditions of migration. It is mainly through the integration of the labour market that such a loss of migratory expectations is experienced. Distress, then, takes shape as a rupture of the balance of interiority as well as the internalization of the conditions that produce it and construct its meaning. This research is an attempt to link the individual experience of distress to the different collective spaces that act upon it.

Keywords: Distress, Indian migrants, employment, migratory expectations, mental health

*Vincent Duclos
Doctorant
Département d'anthropologie
Université de Montréal
vincent.duclos@umontreal.ca*



Du discours de l'autre à l'émergence d'une parole en propre : Réflexions à partir de récits d'usagers des services psychiatriques

Annie Gauthier
Institut national de la
recherche scientifique

Introduction

Paru il y a quelques années, *Social Suffering* est considéré comme un ouvrage transmettant un message élémentaire, mais « profond et essentiel », à travers la série d'essais dont il est composé (Alarcón 2000). Il questionne la pertinence de concevoir les souffrances humaines comme des faits de nature exclusivement psychologique ou médicale, séparés des enjeux qui traversent les scènes sociale et politique. En effet, les analyses qu'il propose suggèrent plutôt que les questions individuelles et collectives, intimes et sociales, retentissent les unes sur les autres ou s'enchevêtrent sans pour autant se confondre (Kleinman et al. 1997). La souffrance peut-elle se réduire à un défi scientifique à relever? Peut-on en rabattre le sens sur l'expérience intime des personnes sans interroger aussi le contexte où elle surgit? Peut-on enfin l'approcher exclusivement comme une situation de fait qui entraîne la plupart du temps une forme ou l'autre d'exclusion par rapport au monde social? Dans sa contribution à *Social Suffering*, David B. Morris, professeur et écrivain¹,

¹ David B. Morris a surtout travaillé à partir de productions littéraires (poésie, romans, écrits historiques) pour étayer ses réflexions sur la douleur et la souffrance, en lien avec les expériences intimes, les mémoires individuelles et collectives, les contextes sociaux, culturels et politiques. Ses publications témoignent d'une attention particulière à ce qui excède le champ du visible, du nommé, du saisissable. Voir par exemple : « An Invisible History of Pain: Early 19th-Century Britain and America », *The Clinical Journal of Pain*, 14(3), September 1998, pp. 191-196 et *The Culture of Pain*, University of California Press, 1991. Mes réflexions ne se réfèrent ici qu'à ce que Morris a développé dans son article paru dans l'ouvrage collectif *Social Suffering* (Cf. bibliographie).

invite à repousser les limites des approches spécialisées, qu'elles soient médicales, psychologiques ou autres. Dans cet article, nous amorçons une réflexion sur la souffrance humaine en entrelaçant des notions proposées par Morris, des apports de cliniciens et de chercheurs issus de différents champs de pratique et des récits d'entrevues réalisées auprès de personnes psychotiques.

On pourrait dire que la souffrance renvoie à ce qui dans l'humain demeure, au moins en partie, dans le registre du flottant, de l'indéterminé; elle est difficile à définir de manière précise. Dans le *Dictionnaire de la psychiatrie* (Juillet et Allilaire 2000:120), la douleur morale est définie comme un « sentiment pénible durable, associant tristesse, souffrance mentale et pessimisme, indépendamment des circonstances extérieures ». On ajoute que cette souffrance peut atteindre des degrés d'intensité peu soutenables et s'accompagner d'une angoisse très vive. À première vue, cette définition détache la souffrance des enjeux collectifs qui traversent la société et l'époque où elle s'inscrit. Cependant, la référence à la morale qui est comprise dans l'expression « douleur morale » introduit en filigrane un questionnement qui a trait au lien entre les souffrances individuelles et le monde des valeurs et des idéaux qui traversent les sociétés, et qui contribuent à façonner les rapports humains. Dans le *Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale* (Kipman 2005), la douleur morale est présentée comme un sentiment prolongé de peine et de souffrance mentale qui submerge le patient qui ne peut les communiquer. On peut alors parler d'une expérience en excès par rapport à ce qui peut en être exprimé par le langage.

Le sociologue Éric Gagnon (2006) dit de la folie qu'elle est un mal qui touche la parole, une mise à l'épreuve de la parole. Il ajoute que reconnaître ce trouble dans la parole est souvent la première demande de ceux qui souffrent. Dans cette perspective, on peut se demander en quoi ou selon quelles conditions les modèles de « prise en charge » de la souffrance – qui sont surtout centrés sur l'évaluation des symptômes, l'émission d'un diagnostic et la médication – peuvent-ils aider les usagers à reprendre pied dans le monde des mots et dans leur vie? Deux principaux enjeux sous-tendent cette question. Le premier concerne le fait de traduire l'expérience psychotique en termes psychiatriques. En effet, pour les personnes concernées, cette expérience est vécue avant tout comme une expérience humaine qui est irréductible à une maladie, à une pathologie. Le deuxième enjeu, étroitement relié au premier, se rapporte à la possibilité pour les patients d'occuper une position d'acteur en ce qui concerne le traitement. Le choix de la notion d'usager dans ce texte veut souligner cet enjeu, qui fait écho à l'orientation adoptée dans le plus récent *Plan d'action en santé mentale*. Intitulé « La force des liens », ce *Plan d'action* vise à donner une place de choix au point de vue des usagers et de leurs proches, dans l'établissement de lignes directrices en matière de santé mentale (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005).

Ces deux enjeux confrontent les chercheurs et les cliniciens à des questions qui ne peuvent être tout entièrement résolues par la science médicale, que l'on pense au sens de la vie et de la mort, aux décisions éthiques, à la sexualité, à l'autorité, à la guerre. Face à ces questions, les individus trouvent en général des assises, des repères à partir des signifiants que leur fournit la culture. Les repères du discours collectif créent pour la majorité d'entre nous le sentiment d'un sens commun qui, tel un filet de protection, semble éloigner la folie et la solitude extrême. Bergeron (2002) remarque que chez les

psychotiques les repères que sont les lois et les mythes communs à leur société et à leur culture, ne parviennent pas à procurer de quoi justifier leur vie et lui donner un sens. De son côté, Cantin (2002) rappelle que malgré son contenu insensé, le délire du psychotique peut constituer une tentative de se sortir d'une situation vécue comme une impasse. Les récits des usagers que nous avons rencontrés expriment combien cette solution peut s'avérer « coûteuse »; elle amène avec elle de sombres compagnons tels la souffrance, le désespoir et une profonde solitude.

En contrepoint d'une définition psychologique ou médicale de la souffrance, l'essai de David B. Morris propose des balises pour situer les souffrances en lien avec des enjeux intimes, sociaux et culturels. Ce qui frappe tout particulièrement à la lecture de cet essai est le traitement polysémique que l'auteur fait de la notion de souffrance en réponse à la réduction scientifique dont elle tend parfois à faire l'objet aujourd'hui. Morris déploie autour de cette notion tout un jeu de significations, lesquelles émergent des lectures qu'il fait de récits et de discours puisés dans diverses sources littéraires. Ses analyses ouvrent sur des questions que l'on peut situer à la jonction de la clinique, de la culture et de l'éthique. Ainsi, elles offrent un élargissement de perspective par rapport à d'autres grilles de lecture.

Au Québec, la pertinence d'un tel exercice semble évidente au moment où l'on cherche à concevoir des approches de traitement plus globales, qui visent à soulager les souffrances et à permettre aux personnes de recouvrer leur plein potentiel. Un tel élargissement de perspective amène à interroger le sens clair et homogène que l'on peut chercher à donner à ce dont souffrent les usagers des services psychiatriques, dans un souci de généralisation ou de rigueur scientifique. Dans le *Plan d'action* mentionné plus haut, on note justement que les personnes qui souffrent de divers troubles ne forment pas « un groupe monolithique aux besoins uniformes » (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005:41). Certes, ce propos reste orienté autour d'une logique de « besoins à combler » qui est facilement réductionniste. Toutefois, il ouvre aussi sur une mise en cause des modèles conceptuels qui conduisent à standardiser les traitements.

« The standard dichotomies are in fact barriers to understanding how the forms of human suffering can be at the same time collective and individual, how the modes of experiencing pain and trauma can be both local and global », affirment les éditeurs de *Social Suffering* (Kleinman et al. 1997:10). Sous cet angle, si l'analyse repose essentiellement sur des différenciations qui opposent l'individu et la collectivité, la santé et les problèmes sociaux ou encore la souffrance et les manières de la traiter, elle risque de passer à côté des questions qui résistent à la codification. Une manière de décentrer l'analyse consiste, comme on l'a fait ici, à mettre en dialogue les lignes de force de récits et de discours profanes et experts. Une autre manière de le faire consisterait à confronter plus systématiquement les récits de différents acteurs entre eux, tels que ceux des usagers, des proches et des intervenants (Gauthier et al. 2008). En effet, lorsqu'on entrecroise les récits de différents acteurs, le sens de ce qui se passe tend à devenir plus hétérogène et les savoirs reçus tendent à se déconstruire par le fait que les significations se diversifient et se déplacent continûment. Cette stratégie d'analyse permet de relativiser la valeur « en soi » des mots et des sens. Ainsi, elle aide à se prémunir contre une utilisation indue des récits en termes de faire-valoir de nos idéologies du moment.

On peut dire que le fait d'intégrer différents points de vue oblige à sortir d'une

vision univoque du savoir au profit d'une vision où le savoir n'est ni le privilège exclusif des chercheurs et des cliniciens, ni tout entier du côté des récits que les usagers peuvent faire d'une expérience qui se situe en partie en bordure des mots (Wahl et Lanteri-Laura 2001). L'importance de réfléchir à la manière dont s'articulent les expériences de souffrance et les manières d'intervenir pour les contrer ou les soulager est largement mise en évidence dans l'ouvrage *Social Suffering*. Dans le cadre de cet article, il s'agira d'explorer quelques-uns des visages que prend cette articulation, à partir de récits recueillis auprès d'usagers de différents types de services en santé mentale : des hôpitaux psychiatriques, des hôpitaux généraux qui ont des services spécialisés en psychiatrie et un centre communautaire offrant des services en santé mentale.

Les personnes que nous avons rencontrées entretiennent avec ces services différents types de rapports qui peuvent se transformer au fil du temps. Leurs récits permettent de saisir le rôle que jouent dans leurs démarches les services auxquels ils ont eu accès ou recours. Ils font ressortir, pour la plupart, une tension entre des catégories issues des milieux de pratique – qu'il s'agisse de catégories diagnostiques ou de termes plus généralement liés à la maladie mentale et aux traitements – et des significations qui semblent plus près de l'expérience personnelle des sujets. Ainsi, tout en intégrant dans leurs récits certains éléments du discours des intervenants, les usagers cherchent souvent, en même temps, à s'en dégager. On peut faire l'hypothèse que les récits mettent alors en scène une dynamique de distanciation ou de séparation qui permet éventuellement aux personnes d'occuper une position de sujet, dans un contexte où cette position est facilement compromise.

Les récits ont été recueillis dans le cadre d'un projet portant sur les espaces de négociation dans le milieu clinique transculturel à Montréal². La grille d'entrevue qui a été utilisée dans ce projet est le *Turning Point/Period Interview* (TPI) élaboré par Corin et Lesage (Corin et al. 2007). Les entrevues visaient à reconstituer l'histoire subjective des problèmes, telle que perçue par les personnes elles-mêmes, par un proche qu'elles désignaient et par un intervenant impliqué dans leur suivi psychiatrique. Dans le cadre de cet article, nous faisons principalement référence aux entrevues réalisées auprès des usagers. Il ne s'agissait pas tant d'essayer de dresser un portrait objectif des situations et des expériences relatées que de s'intéresser à la manière dont les sujets, en faisant les récits de leur recherche d'aide et de leur parcours thérapeutique, situent leur expérience dans une certaine perspective.

Le critère de participation à l'étude était d'avoir reçu un premier diagnostic de psychose au cours des deux dernières années – avec exclusion des cas de psychoses dites affectives et de celles dites organiques. Des patients dont le pays d'origine se situe dans les cinq grands ensembles géoculturels suivants y ont participé : Afrique et Caraïbe (AC); Asie du Sud (AS); Amérique Latine (AL); Québec anglophone (QA) et Québec francophone (QF). Ce choix d'échantillonnage visait, entre autres, à introduire une source d'hétérogénéité

² Ce projet, intitulé *Psychose et Culture. Le rôle d'espaces de négociation (patients-familles-intervenants) dans l'espace clinique*, a été subventionné par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ 024504-2389 : 2002-2006). Les chercheurs sont Ellen Corin, Cécile Rousseau et Alain Lesage. J'y ai collaboré, pour ma part, à titre de coordonnatrice lors de mes études doctorales (2003-2006), avant d'effectuer une année de stage postdoctoral à l'Institut Douglas, où j'ai approfondie une réflexion sur la rencontre clinique, à partir d'entrevues réalisées dans le cadre de ce projet.

supplémentaire en regard des significations que les personnes peuvent attribuer à leurs expériences.

Morris utilise les notions de voix, de genre et de communauté morale pour articuler sa pensée sur les souffrances humaines. Ces notions se préciseront au fil du texte, en référence à l'usage qu'en fait Morris, mais aussi en lien avec d'autres auteurs ayant traité de questions similaires. Mes analyses prennent partiellement appui sur les repères que Morris met de l'avant tout en s'en dégageant de manière à suivre au plus près la trame et le mouvement des récits. En guise de conclusion, nous considérerons les perspectives et les défis cliniques posés par la réflexion amorcée.

Espaces d'intimité et de retrait

Morris offre une première piste de réflexion en contrastant les notions de silence et de voix. Le silence renvoie ici aux éléments de l'expérience que les mots ne parviennent pas à décrire. La plupart des récits recueillis expriment l'impression d'un vécu difficile à verbaliser, comme si les mots ne pouvaient rendre tout à fait compte de ce qui s'est passé. Ainsi, qu'ils évoquent les premiers changements perçus et ressentis, ce qui s'est produit au moment d'une crise qu'ils ont traversée ou encore les conséquences réelles de ces expériences dans leur vie, les récits se révèlent immanquablement partiels, et ce, même lorsqu'ils sont étoffés, riches de détails. Une patiente l'évoque : « C'est quoi exactement, je ne dirai jamais. C'est des choses qui se vivent... et même si je peux bien te les expliquer tu ne sauras jamais l'ampleur de ça... puis l'impact que ça a sur moi intérieurement » (AC9). On peut dès lors situer le silence sur un terrain très concret qui renvoie à une réalité qui résiste, contre laquelle on bute.

Les récits suggèrent que le silence peut jouer de multiples rôles dans l'existence des personnes et dans les relations sociales qu'elles tissent. Un espace d'intimité et de silence peut venir soutenir le désir d'une socialité qui serait délestée des représentations médicales qui sont venues se greffer à la psychose, telles que le diagnostic, l'hôpital, le médicament. On peut alors parler d'un souhait qui a trait à une socialité en relative rupture par rapport au traitement dont elle a été l'objet : « Mes vieux amis, ils le savent tous... ils savent c'est quoi qui se passe avec moi... Les nouveaux amis, bien je trouve qu'ils n'ont pas besoin de savoir ça » (QF2). La psychose est souvent présentée, par les usagers, comme une expérience intime. Plusieurs pensent que cette expérience « les regarde » et ne concerne pas les autres.

Le silence peut également constituer un espace d'intimité qui permet d'élaborer à l'intérieur de soi une expérience vécue dans le désordre, dans la déroute. Il peut constituer un espace de protection que les sujets peuvent tenter de se forger contre la menace que représentent parfois les interprétations des autres. Ainsi, QF8 relate : « Moi quand je viens au bureau du médecin je rends des comptes sur... plutôt qu'est-ce que j'ai vécu sur le terrain puis tout ça... je ne suis pas parfait non plus t'sais, j'ai mes p'tits à-côté... j'essaie de parler de tout, mais [...] je ne veux pas être mal interprété non plus. En même temps, je veux avoir le sentiment que c'est moi qui dirige ma vie pas mon médecin t'sais, je veux dire ».

Dans cette perspective, certains non-dits qui transparaissent dans les récits semblent pouvoir être mis en lien avec le caractère incertain des explications

ou des interprétations qui leur viennent des autres. En effet, ces interprétations peuvent être ressenties comme abusives ou non pertinentes lorsqu'elles touchent une expérience qui est perçue comme singulière et qui est située au-delà de ce que les significations d'ordre médical peuvent saisir comme réalité. Les mi-dits et les non-dits des usagers tiennent alors moins au défaut du langage ou à une incapacité à trouver les mots qu'à une réserve face à certains sens qu'on leur propose. Se taire ou ne pas tout dire devient ainsi une manière de se soustraire en partie à l'évaluation, au risque d'être jugé.

Les récits des usagers amènent donc à considérer que les silences et les hésitations à parler ne sont pas simplement le fait de processus cognitifs déficitaires. Ils ne semblent pas pouvoir être ramenés à une pauvreté du discours qui serait le signe de symptômes négatifs et qui impliquerait une diminution des pensées (DSM-IV). La mise en relief des rôles positifs que peut jouer le silence dans la vie des sujets fait écho, sous l'angle d'un rapport particulier à la parole, à ce que Corin avait identifié comme une position de « retrait positif » par rapport au monde social (Corin et al. 2004).

Certaines entrevues témoignent de manière plus radicale d'une souffrance qui confine parfois à une sorte de mutisme provisoire qui peut être sélectif. Le retrait s'accompagne de ruptures plus ou moins profondes dans le champ de la socialité : « J'ai arrêté de parler à mon meilleur ami qui habitait en bas de la rue. Puis c'était le seul à qui je parlais... Je ne parlais plus à personne à ce moment-là... » (QF3). Certaines personnes semblent ainsi, de manière temporaire, cesser de s'adresser à un autre, à d'autres. Se rappelant les journées entières qu'elle passait à la maison, immobilisée, dit-elle, par une peur de mourir, une femme relate : « Je ne parlais à personne... j'étais là je... cette période de tension là, je n'avais de contact avec personne » (AC8). À la limite, la souffrance qui se terre au cœur du silence n'aurait que le cri pour se manifester. En proie à des angoisses nocturnes, une jeune femme raconte : « Je me réveillais durant la nuit puis je criais, je ne savais pas trop pourquoi » (QF4). Quelque chose habite l'être, est projeté au dehors, et semble pourtant rester de l'ordre de l'indicible, dans une sorte d'incapacité à briser la barrière du silence.

Dans ce contexte, on peut penser que l'écoute des intervenants est extrêmement importante; une écoute attentive, patiente, capable de reconnaître, de légitimer et d'interroger les signifiants, les expressions et les mots choisis par les personnes pour dire ce qui leur arrive.

Façonnement social de la souffrance

Le silence, les réserves et les non-dits peuvent jouer un rôle positif dans la vie des usagers, notamment lorsqu'ils permettent de se forger un espace intérieur, gardien de l'intimité. Ce qui se dit n'est jamais le pur reflet de l'expérience. Pour aborder cet irréductible décalage entre le récit et l'expérience, Morris renvoie au jeu des dimensions sociales et culturelles qui, inséparables du langage lui-même, façonnent les récits. Il utilise la notion de *speech genres* (Bakhtine 1986) qui correspond à des modalités de communication sociale telles les entrevues de recherche, les règles du débat social, le « style » du rapport scientifique, le ton plus familier de la confidence ou de la conversation quotidienne. Le fait que les récits s'élaborent en référence à de tels « genres », que ce soit de manière franche ou plus subtile,

inscrit d'emblée l'expérience dans un réseau de significations collectives dont la toile est tissée par le langage. Ainsi, Bakhtine situe les récits individuels dans leur rapport à des discours entendus ailleurs; qu'il peut s'agir d'approprier, de contester, de provoquer, de refléter, de nuancer ou de renforcer, par exemple. D'après Morris, les *speech genres* sont impliqués à différents niveaux dans l'élaboration des récits de souffrance.

Tout d'abord, ils jouent un rôle au niveau de l'organisation et de la mise en forme des récits. Par mise en forme, on entend un mouvement qui émane de l'expérience qui traverse l'être et qui tend vers un dire, une expression. En ce sens, élaborer un récit suppose que l'on donne une certaine tournure à ce qui surgit de l'intérieur et qui au départ semble être plutôt de l'ordre de l'impression ou du ressenti. Les récits d'entrevues que nous avons recueillis témoignent de la portée que peut avoir une articulation progressive, selon des rythmes propres à chacun, de l'expérience intime. Cette mise en mots peut être l'occasion de limiter ou d'organiser le désordre intérieur qui accompagne l'envahissement de l'être dont parlent les usagers dans leurs entrevues et qui peut être perçu comme menaçant. Selon Morris, les remaniements qui se font à travers une reprise incessante de l'expérience dans le récit peuvent ouvrir sur des possibilités réelles d'action et de changement dans la vie des sujets. Cependant, pour qu'une parole soit ainsi relancée de façon créative et que l'être en soit remanié, il faut sans doute un interlocuteur dont l'écoute puisse faire rebondir les significations et les questionnements qui se singularisent dans les récits des sujets.

On est alors amené à parler de l'impact des grilles que l'on utilise pour écouter les personnes. En effet, la notion de *speech genres* ne renvoie pas seulement aux récits ou aux discours qui s'expriment; elle concerne aussi l'écoute qui les reçoit, les commente, les interprète, notamment à partir de schèmes de pensée plus ou moins conscients et systématisés. Les grilles de lecture peuvent agir à la fois comme des paravents qui se dressent et font écran à ce que l'autre dit, à la fois comme des guides qui orientent l'écoute en fonction de désirs, de visées, de préjugés et d'intérêts divers.

Dans l'analyse qu'ils font des divers espaces de parole qui sont mis en place dans le réseau de la santé, Gagnon et Clément (2004) leur attribuent une double finalité de démocratisation et de gestion qui en font, disent-ils, « des espaces de subjectivation, c'est-à-dire de formation de sujets moraux » (Gagnon et Clément 2004:86). Toutefois, les auteurs ajoutent que cette possibilité de participer à la définition des normes à travers la discussion se fait « selon une procédure et un cadre qui imposent leurs contraintes et qui permettent d'entendre la parole autant qu'elles en limitent l'expression et l'écoute » (*idid.*). On peut dire que les récits sont médiatisés par l'écoute qui les reçoit – une écoute active qui peut être attentive à des aspects et en écarter d'autres; une écoute qui opère un tri, qui perçoit ou non certaines différences et qui peut tendre à ramener ce qui lui semble incompréhensible ou insensé à des significations plus familières et rassurantes. Le problème qui se pose aux chercheurs pourrait alors se formuler dans les termes suivants : qu'est-ce qu'écouter, qu'entendre un récit?

Lors de leurs entrevues, plusieurs usagers ont témoigné d'une sorte d'interrogation en ce qui concerne la légitimité et la portée d'une lecture de leur expérience en termes psychiatriques. Par exemple, le diagnostic peut devenir un sujet d'interrogation ou de perplexité pour les usagers. Certains se demandent ce qu'implique au juste ce diagnostic qu'on leur donne; d'autres se montrent indécis face au caractère de chronicité qui s'y rattache; d'autres

encore mettent en doute le caractère pathologique de ce qu'ils ont vécu. Ainsi, QF5 perçoit davantage son expérience comme une quête qu'une maladie. Il affirme qu'à un certain moment de son parcours « c'est devenu malsain ». Dans ses mots à lui, il « se laissait aller ». Cependant, il ajoute : « C'est comme si j'avais vécu tout ça intentionnellement... je ne le sais pas pourquoi, ça ne m'apporte pas nécessairement à moi, c'est comme une compréhension de... de... de l'être humain, puis de comment on est fait ». D'autres usagers évoquent des questionnements similaires.

De son côté, QF1 témoigne de son souhait de ne pas être réduit à « une maladie sur deux pattes ». Il remarque que depuis qu'il a reçu un diagnostic de schizophrénie, les personnes de son entourage ont tendance à ramener les émotions qu'il exprime à des symptômes inquiétants qui risquent de présager une crise psychotique. Ainsi, une écoute qui se centre trop exclusivement sur la symptomatologie ne semble pas toujours permettre de serrer au plus près ce qui se passe véritablement chez les sujets.

Dans un ouvrage sur l'histoire de la littérature psychiatrique, Rigoli (2001) a tenté de démontrer le caractère arbitraire des jugements qui résultent du rapport d'exclusion entre raison et déraison. Plus près de nous, Rodriguez (2000) a fait ressortir l'enjeu des discours et des catégories psychiatriques pour les usagers :

D'un point de vue extérieur, les termes élaborés pour nommer l'expérience et les pratiques qui visent à y faire face se trouvent piégés : qu'on parle de folie ou de maladie mentale, de problèmes en santé mentale ou de 'troubles sévères et persistants' ou encore qu'on s'y réfère par le biais de catégories diagnostiques comme psychose, schizophrénie, etc. Chacun de ces mots appartient à un horizon historique et socioculturel marqué en termes de théorie et de pratiques qu'il reflète et contribue à constituer. Ces termes et les pratiques qui les accompagnent sont issus de tentatives pour comprendre, donner sens, faire face à, maîtriser des expériences qui confrontent à l'inconnu, à l'incertitude, au non-sens, à la souffrance et à l'étrange. Chacun de ces termes a cependant été aussi une source de douleur, d'exclusion, de réclusion, d'incompréhension et de multiples formes de violence. Champ miné donc où les regards s'entrecroisent dans diverses tentatives d'objectivation, et d'où la parole des personnes concernées a été largement exclue (Rodriguez 2000:77).

« Communautés morales »

En lien avec ces considérations, la troisième ligne de réflexion qu'ouvre l'essai de Morris déplace notre regard vers des questions qui invitent à élargir notre vision des souffrances humaines, pour les considérer comme des réalités indissociables de choix et d'enjeux sociaux. Dans le chapitre d'introduction à *Social Suffering*, un passage souligne la ligne directrice des réflexions qui sont proposées à ce sujet dans les différents textes de l'ouvrage : «Social suffering results from what political, economic, and institutional power does to people and, reciprocally, from how these forms of power themselves influence responses to social problems » (Kleinman et al. 1997:9). L'ouvrage pose un certain regard à la fois sur l'autorité des discours experts, les figures du pouvoir, les violences structurelles et les inégalités sociales. Ainsi, la souffrance est abordée sous l'angle du jeu des forces collectives qui ont un impact sur la santé globale des individus.

Morris touche à cet aspect collectif de la souffrance par le biais de la notion de « communauté morale ». Les communautés morales, dit-il, se constituent sur la base d'une proximité d'intérêts, de valeurs et d'idéologies. Elles se renforcent par la mise en œuvre de différents mécanismes d'inclusion du

semblable et d'exclusion du dissemblable, exclusion qui peut être partielle, voilée. Or, dans ce type de problématique, « ce qui se prête le moins à la confrontation, comme le fait d'appartenir conjointement à l'espèce humaine, est trop souvent laissé de côté » (Sen 2007:26) disait Amartya Sen, prix Nobel d'économie, dans *Identité et violence* (2007).

Les récits recueillis mettent souvent en scène l'utilisateur particulier, mais ils ouvrent aussi parfois une fenêtre sur les conditions de vie caractéristiques de l'ensemble des personnes qui présentent des troubles psychotiques. Notamment, ils permettent d'entrevoir la persistance de mécanismes inhérents à ce que Morris appelle les « communautés morales », surtout à travers des phénomènes de mise à distance qui contribuent à marginaliser les individus sur la scène sociale. Ces phénomènes sont repérables dans les rapports sociaux concrets qui constituent la trame de la vie quotidienne. Ainsi, en parlant d'un ami qu'il avait, AC2 relate : « He doesn't call me no more. Maybe he thinks I am not normal so he doesn't want to know me any more ».

Ce type d'exclusion peut aussi prendre une forme plus collective. Les entrevues suggèrent que les personnes qui souffrent de schizophrénie sont souvent considérées, par leur entourage ou par des intervenants, comme imprévisibles, voire dangereuses. Elles suscitent généralement de l'inconfort et de l'embarras. AC2 comprend ainsi la raison de son hospitalisation : « The things that I was saying seemed crazy to everybody else, so they thought that I had to be there, y'know ». De son côté, en parlant du rôle de ses rendez-vous mensuels à la clinique, QF2 dit qu'ils lui rappellent que : « bien pas que je ne suis pas sain, mais que des fois j'ai suivi des drôles d'idées puis que... puis qu'il ne faut pas en avoir t'sais, ce n'est pas bon là ». Dans ces circonstances, on peut penser que le suivi psychiatrique contribue à renforcer une impression d'étrangeté en regard de l'expérience.

La position d'utilisateur des services psychiatriques prend ici son sens par rapport à son appréhension subjective, c'est-à-dire aux significations que soi-même et les autres lui accordent. Il faut aussi considérer le fait que dans toute société, des conventions de langage canalisent l'ouïe, la vision et la parole, rendant possible l'existence d'une certaine « communauté » de perception et de langage. Ainsi, selon son contexte d'énonciation, un récit sera perçu comme un révélateur de symptômes ou comme un témoignage de l'expérience, comme approprié, cohérent, pertinent ou plutôt comme insensé, excentrique (Stanghellini 2002; Tényi et al. 2002). À l'écoute des récits d'expérience psychotique, s'esquisse alors parfois une raison qui délimite ce qui est approprié de ce qui ne l'est pas, ce qui est plausible et crédible de ce qui ne l'est pas : « Elle manque d'autocritique... » ; « Il ne dit pas la vérité » ; « Il ne savait plus c'était quoi la réalité, où c'est que c'était? ».

Les discours que l'on tient sur la souffrance des usagers en termes de symptômes et de diagnostics s'organisent habituellement à partir de connaissances qui autorisent une objectivation de l'expérience, sans même interroger la possibilité d'une telle objectivation. À cet égard, l'approche de Morris fait écho à des préoccupations éthiques reliées aux pratiques de recherches en sciences sociales qui s'efforcent de dépasser à la fois les limites associées à une lecture « en surplomb » des expériences et les écueils qu'entraînerait une absence de recul.

Perspectives et défis

Au moment de conclure ces quelques réflexions, on est amené à considérer le fait que les récits n'ont pas pour armature les faits dans leur réalité objective. Leur élaboration semble reposer sur des dynamiques à la fois individuelles et collectives qui ne peuvent être complètement éclairées. Comme le suggère Mannoni (1990), on peut dire que la pertinence des récits comme matériaux d'analyse relève davantage du fait que ce qui y est dit, tu ou évoqué pose d'une certaine manière la question du rapport d'un sujet à sa propre vie. Tout humain connaît le défi d'orchestrer le passé et le futur, les projets, les conflits, les accidents de parcours, les échecs, les espoirs, les désirs et les contraintes intimes et sociales. Les récits des usagers qui ont participé à l'étude confrontent plus particulièrement les chercheurs et les cliniciens à la précarité de la parole, à son caractère essentiel pour la vie du sujet, de même qu'à la nécessité d'un interlocuteur pour cette parole.

En revenant à l'approche que Morris met de l'avant dans son texte, on peut dire qu'elle est riche en indications pertinentes pour les milieux cliniques et de recherche. Tout d'abord, elle invite à ouvrir les savoirs experts à ce que les usagers peuvent dire de leur expérience. Cette ouverture peut permettre de dépasser ou de compléter les connaissances que l'on possède et qui préexistent à la rencontre clinique ou de recherche.

Plus particulièrement, on peut penser que les récits d'expérience peuvent contribuer à élargir ou à assouplir les frontières des « communautés morales » dont parle Morris et qui pénètrent aussi la sphère des connaissances savantes. Si les grilles de lecture que l'on utilise procurent des repères, il semble qu'elles puissent aussi fonctionner comme des obstacles possibles au dire des usagers et tout particulièrement si ce dire touche les points aveugles des nos grilles de lectures. Ainsi, le fait d'avoir une attitude de réserve par rapport à ce qui est déjà su ou déjà connu peut aider les chercheurs et les cliniciens à se prémunir contre le risque de ne recueillir que des réponses attendues aux questions qu'ils se posent, lorsqu'ils sont attentifs aux limites d'une démarche qui s'appuie essentiellement sur la validation d'hypothèses préétablies. Cette attitude suppose de développer et d'entretenir la souplesse et la patience d'ajuster constamment nos outils de travail. En effet, si la méthode se fige ou se rigidifie, elle risque d'agir comme une défense qui fait obstacle à l'approfondissement d'un savoir en regard de ce qui constitue l'objet de nos recherches.

Dans cet article, nous avons exploré l'hypothèse selon laquelle les usagers des services de santé mentale utilisent des modes de signification issus des discours des intervenants, tout en cherchant en même temps à s'en affranchir. Nous avons supposé que ce mouvement de distanciation permettait aux personnes d'occuper une position de sujet au sein des services psychiatriques. Cette hypothèse nous semble défendable, à condition toutefois de reconnaître que les experts possèdent, au sein de la collectivité, une forte autorité sur la définition des faits, des réalités et des normes, ainsi que sur l'établissement de critères de légitimité et de crédibilité des discours. Gagnon et Clément (2004) émettent l'hypothèse que pour être entendue et crue, la parole des usagers doit être générale, articulée autour de valeurs consensuelles et fortes. Elle doit aussi être conforme, c'est-à-dire étayée d'un certain nombre de normes et de faits posés comme indiscutables. Ces remarques rappellent l'existence de contraintes institutionnelles et d'enjeux de pouvoir liés au caractère asymétrique de la relation

thérapeutique.

Par ailleurs, ces remarques gagnent à être situées en contrepoint de nombreux travaux qui accordent une place prioritaire à l'information et à l'éducation des usagers concernant la maladie mentale et son traitement. En effet, on constate que le fait de mettre l'accent sur les informations relatives à la maladie et au traitement, si essentielles qu'elles soient, peut également porter ombrage à l'énonciation possible d'une parole en propre de la part des usagers (Gauthier et al. 2008). Selon Fowler et al. (1999), une tentative prématurée et rigide de confronter les croyances ou d'informer les personnes au sujet de la maladie peut entraîner l'hésitation ou le refus de s'engager dans les traitements offerts. Ces auteurs ajoutent que des croyances apparemment inexplicables peuvent commencer à avoir un sens seulement lorsque l'on persiste à examiner les événements du point de vue des patients. Le fait de reconnaître la limite des pratiques qui, de l'extérieur, visent à contrôler et même parfois à « réparer » l'univers intime des gens pourrait permettre d'inscrire la santé dans une réflexion de fond sur la vie humaine (Bibeau 2006).

Si une vision plutôt psychologique ou biomédicale de la souffrance humaine domine aujourd'hui la recherche en santé mentale, cette tendance ne supprime pas pour autant les échanges, pour peu qu'on accepte de soutenir et de faire entendre d'autres perspectives. La direction de travail que propose Morris convie à travailler dans une perspective de compréhension des processus à la fois intimes et sociaux qui sont impliqués dans les souffrances humaines. Ce type de travail n'est possible que s'il n'est pas miné de l'intérieur par un « espoir secret » de mettre au jour des vérités qui élimineraient toute forme d'énigme et de discussion quant à ce qui est vrai (Simonis 2008). Une telle ambition risquerait d'enlever à la recherche ses ressources d'élaboration, en plus de pousser à l'exclusion des erreurs, des failles et des faux pas qui sont les matériaux mêmes de toute recherche (Mannoni 1988). De plus, elle conduirait à occulter la dimension clinique, qui résiste à toute tentative de synthèse absolue. À ce titre, il apparaît essentiel de continuer à mettre l'emphase sur les difficultés, les ambiguïtés et les obscurités qui demeurent, là où elles surgissent.

Références

- Alarcòn, Renato D.
2000 *Review of Social Suffering*. *American Journal of Psychiatry* 157(6):1027-1028.
- Bakhtin, Mikhail
1986 *Speech Genres and Others Late Essays*. Austin: University of Texas Press.
- Bergeron, Danielle
2002 *Enjeux de la cure du psychotique*. In *Traiter la psychose*. Willy Apollon, Danielle Bergeron et Lucie Cantin, dir. Pp. 139-159. Québec: Les éditions du Gifric.
- Bibeau, Gilles
2006 *Inscrire la santé dans une réflexion sur la vie*. *Ruptures* 11(1):82-85.
- Cantin, Lucie
1990 *Le psychotique, malade du père*. In *Traiter la psychose*. Willy Apollon, Danielle Bergeron et Lucie Cantin, dir. Pp. 111-137. Québec: Les éditions du Gifric.
- Corin, Ellen, Thara Rangaswami et Padmavati Ramachandra
2004 *À la recherche d'une texture dans les recherches interculturelles sur la schizophrénie*. *Contributions anthropologiques. Évolution psychiatrique* 69(1):91-112.
- Corin, Ellen, Annie Gauthier et Cécile Rousseau
2007 *Le médicament, ses reliefs et ses ombres sur la scène de la clinique transculturelle*. *Revue canadienne de santé mentale communautaire* 26(2):37-52.
- Fassin, Didier
2000 *Qualifier les inégalités*. In *Les inégalités sociales de santé*. Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski et Thierry Lang, dir. Pp. 123-144. Paris: La Découverte / Syros.
- Fowler, David, Phillipa Garety et Elizabeth Kuipers
1999 *Thérapie cognitive comportementale des psychoses*. *Santé Mentale au Québec* XXIV(1):61-88.
- Gagnon, Éric
2006 *Les promesses du silence. Essai sur la parole*. Montréal: Liber.
- Gagnon, Éric, Michèle Clément
2004 *Parole de l'usager. Audition et mise en ordre de la parole dans l'institution de la santé*. In *Identités, vulnérabilités, communautés*. Francine Saillant, Michèle Clément et Charles Gaucher, dir. Pp.85-103. Cap-St-Ignace: Nota bene.
- Gauthier, Annie, Ellen Corin et Cécile Rousseau
2008 *À la croisée des récits : explorer la rencontre clinique en début de psychose*. *Évolution psychiatrique* 73(4):639-654.

- Juillet, Pierre et Jean-François Allilaire
2004 Dictionnaire de psychiatrie. Paris: Conseil international de la langue française.
- Kipman, Simon-Daniel, dir.
2005 Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale. Groupe Liaisons SA: Rueil-Malmaison.
- Kleinman, Arthur, Veena Das, and Margaret Lock, eds.
1997 Introduction. *In Social Suffering*. Arthur Kleinman, Veena Das, and Margaret Lock, eds. Pp. ix-xxvii. Berkeley: University of California Press.
- Mannoni, Maud
1998 De la passion de l'Être à la « folie » de savoir. Freud, les Anglo-Saxons et Lacan. Paris: Denoël.
- Mannoni, Octave
1990 Relation d'un sujet à sa propre vie. *Les Temps modernes* 45(528):57-77.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux
2005 Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens. Québec: Gouvernement du Québec.
- Morris, David. B.
1997 About Suffering. Voice, Genres and Moral Community. *In Social Suffering*. Arthur Kleinman, Veena Das, and Margeret Lock, eds. Pp. ix-xxv. Berkeley: University of California Press.
- Rigoli, Juan
2001 Lire le délire : aliénisme, rhétorique et littérature en France au XIXe siècle. Paris: Fayard.
- Rodriguez, Lourdes, Linda Bourgeois, Yves Landry, Jean-Luc Pinard et Lorraine Guay
2006 Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Rodriguez del Barrio, Lourdes
2000 L'expérience psychotique. Espaces et pratiques d'exclusion et de soutien. *Les cahiers d'anthropologie* 3:77-91.
- Sen, Amartya
2007 Identité et violence. Paris: Odile Jacob.
- Simonis, Yvan
2007 Douze tiroirs de demi-vérités pour alléger votre descente. *Anthropologie et sociétés* 31(2):243-265.
- Stanghellini, Giovanni
2002 Psychopathology of Common Sense. *Philosophy, Psychiatry and Psychology* 8(2-3):201-18.
- Tényi, Tamás, Róbert Herold, Imola Szili, and Mátyás Trixler
2002 Schizophrenics Show a Failure in the Decoding of Violations of

Conversational Implicatures. *Psychopathology* 35(1):25-7.

Wahl, Jean-Pierre et Georges Lantéri-Laura

2001 Répondre au patient psychotique : éloge de la disparité. *Évolution psychiatrique* 66(3):467-473.

Résumé/Abstract

Cet article tisse une réflexion à partir d'un article de David B. Morris et des récits d'usagers des services psychiatriques, issus d'une étude qui a porté sur les espaces de négociation sur la scène clinique transculturelle à Montréal. Ces récits font ressortir une tension entre des catégories issues des milieux psychiatriques et des significations qui semblent plus près de l'expérience singulière des sujets. La réflexion proposée amène à (re)considérer l'impact des grilles de lecture que l'on utilise pour traduire la souffrance des personnes. Celles-ci semblent à la fois procurer des repères et fonctionner comme des obstacles possibles aux dires des usagers, en particulier si ces dires touchent les points aveugles de nos grilles de lectures. Nos analyses soulignent la portée clinique de ce que perçoivent, interprètent et expriment les patients et les intervenants à partir de leur propre expérience et expertise, et dans le contexte de leur interaction.

Mots clés : Santé mentale, services psychiatriques, récits, David B. Morris

This article articulates a reflection on an article by David B. Morris with accounts of patients of psychiatric services attained from a study on negotiating margins in Montreal's transcultural clinics. The accounts of patients highlight a tension between the psychiatric community's meanings and others that seem closer to the personal experience of the subjects. The proposed reflection makes us (re)consider the impact of the reading grids used to interpret their suffering. These grids seem to provide us with reference points while acting as potential obstacles, especially if the narratives enter the blind spots of the reading grids. My analysis underlines the clinical scope of what patients and caregivers perceive, interpret and express based on their own experience and expertise within the context of their interaction.

Keywords: Mental health, psychiatric services, narratives, David B. Morris

*Julie Gauthier
Ph.D. Sciences humaines appliquées
Chercheur
Institut national de la recherche scientifique
annie.gauthier@ucs.inrs.ca*



When Anthropology Meets Science. An Interview with Allan Young¹

Vincent Duclos
Université de Montréal

*Anthropologists have long been interested in the study of biomedicine, psychiatry and in the epistemology of science. With the constant growth of life sciences, neurosciences and other disciplines trying to define the very nature of the human brain, the need for an anthropological perspective on such issues has never been greater. Anthropology is situated on the borders of nature and culture, biology and society, the body and the mind. Science bears within it the traces of historical truths and moral economies. It is a product of what Allan Young calls 'epistemic cultures'. While scientific activities need to be understood in light of the social, economic and political dynamics which underlie them, it is clearly not the anthropologist's task to decide what is good or bad science. Anthropological work has to do with unveiling the epistemological premises of contemporary science, as well as its normative impact on the way we think about ourselves, our behavior, what is considered as normal and what is not. In that regard, Allan Young made a significant contribution to the anthropological study of psychiatric science through his pioneering book, *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder* (1995), in which he discusses the invention of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). In recent years, his research has centered on social neurosciences, their epistemology and their conception of the brain and of*

¹ Allan Young is a Professor of Anthropology and the Marjorie Bronfman Professor of Social Studies in Medicine at McGill University. His research focuses on the ethnography of psychiatric science, specifically the valorization of (new) diagnostic and therapeutic technologies and the institutionalization of standards of evidence. He also has interests in the ethnography of psychogenic trauma as a clinical entity and as a subject of laboratory and epidemiological research. His current research focuses on the study of social neurosciences.

human nature. In this interview, Allan Young discusses the relative lack of interest anthropologists have shown in examining the latest developments in this field of science. While philosophers (among whom we may mention Ian Hacking) and other social scientists have offered valuable insights regarding the neurosciences, anthropologists remain unfortunately nowhere to be seen.

*Your book *The Harmony of Illusions* (1995) is a great demonstration of the linkages between science, and psychiatry on the one hand, and broader historical configurations and moral economies, on the other. In what way is the invention of PTSD² a good example of the institutionalization of new standards of evidence?*

Allan Young: This is a big question. First of all, let me say that the research on PTSD falls into the domain of psychiatric science. It is not our job as anthropologists to say ‘this is true science,’ ‘this is not true science’. Psychiatric Science is an institution and our job is to study that institution. However, within the institution of psychiatric science, it is important to recognize differences within sectors. And the sectors often correspond to psychiatric disorders. PTSD is a very distinctive sector, or disorder, within psychiatric science. I think that one should be prepared that the standards of evidence or what I call the ‘epistemic culture’ of PTSD, is going to be in some way quite distinctive. I would reframe in my own vocabulary what makes the epistemic culture of PTSD distinctive or perhaps different from other psychiatric sectors or diagnosis. There are a number of factors that make PTSD distinctive. One thing that makes it special is that it has a longer history than many other psychiatric disorders, certainly going back into the XIXth century. If we look at that history, one could say it’s the history of post-traumatic disorders. PTSD is simply the most recent of those disorders and there are a number of features that make PTSD special. The first of those features is that it is a disorder or psychiatric domain that is the product of multiple forces, not just one. Many people suppose that a history or genealogy of PTSD would be an account of developments in psychiatry from the 1870s to the present. That’s a fundamental mistake. PTSD is not owned by psychiatry. It’s the co-production of a number of institutions and social interests, the most important of which, in addition to psychiatry, are legal institutions. From the very beginning of the 1870s, the definition of the diagnosis, i.e. the standards that would count as a post-traumatic disorder, have been established not only by psychiatry but also within legal institutions. The reason is that if you compare PTSD with all the other psychiatric diagnosis listed in the DSM,³ beginning with DSM-III,⁴ it is one of a small number of disorders that is defined by its etiology, by its cause, not simply by the list of symptoms that identifies it, as in the case, for example, of schizophrenia or general anxiety disorders, where you’ve got a list of symptoms and there is no assumption about how those symptoms are connected to one another. It is simply a behavioral syndrome. With PTSD, that is not true. It is defined by its etiology and its symptoms are connected to one another through an inner logic that is implicit in the diagnostic criteria themselves. I won’t bore you with what the inner logic is but it’s got that inner

² PTSD stands for Posttraumatic Stress Disorder.

³ DSM stands for *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. This book providing diagnostic criteria for mental disorders is published by the American Psychiatric Association and its latest version (DSM-IV) was released in 1994.

⁴ DSM-III was published in 1980.

logic. That configuration of symptoms and the way in which they are defined have opened the space, beginning in the 1870s, for a domain of **legal** responsibility. It's not simply an ideology but those ideologies often involve human culpability, responsibility for the disorder. In the very beginning, it involved a classic site of the posttraumatic disorder which was railway accidents. This is where most of the clinical cases and most of the interest come from. The reason is not because they are intrinsically interesting from a psychiatric point of view but because they are important from a forensic point of view. That is to say the compensation of passengers, of workers on railways and so on will call attention to the disorder. And then the disorder becomes a matter of debate not in scientific journals but in the courts of law. If one looks at the history of the disorder over the following 150 years, it remains a disorder about which there are important debates taking place within psychiatry certainly but also outside of psychiatry, in the courts as well, involving expert witnesses from psychiatry and so on. So, if you ask the question of evidence, you've got a number of standards of evidence. You've got the standards of evidence within the law, you've got standards of evidence – whatever they are – within psychiatry itself and other standards as well. If you look at the history of the disorder, just from the point of view of epidemiology, the points at which the disorder explodes in terms of number of people being diagnosed with posttraumatic disorders occurs during war times. And those people are overwhelmingly combatants, they are overwhelmingly soldiers in a variety of countries. That's quite interesting because they represent a military population which entails standards of evidence that are being dictated by the State and the interest of the State. So you go back to the First World War, and the intense interest in shell shock and traumatic neurosis and those types of disorders focuses on the fact that so many soldiers are receiving that diagnosis and are being invalidated out of the trenches, especially in Great Britain and in Germany and, to a lesser extent, in other combatant countries. That creates a kind of military panic among military leaders and political leaders in regards to manpower. Manpower is an extremely important subject for these people, because the casualties, physical casualties, such as death or mutilations are incredible. So the State intervenes either directly or indirectly through psychiatric medicine within the military services to establish its own interests, to establish its own standards of what would qualify as a diagnosis, what would qualify as a treatment, where would that treatment take place, what qualifies as an outcome, what qualifies as a satisfactory outcome following treatments. Our tendency to look at this quite narrowly and think that it's all been established within psychiatry according to the professional standards of clinical psychiatry and psychiatric research are simply untrue. Again, it involves the courts, particularly in peace time in the postwar period, the direct involvement of military bureaucracies and the direct intervention of the State as well. So, there is no neat way to answer the question except to observe that it changes over time. And it changes not because there is a progressive accumulation of information and knowledge and facts and we have a trajectory of scientific knowledge, of gradual self-correction and a progressive movement in terms of knowledge of the disorder. It is something quite different. Diagnostic criteria and procedures are dictated by historical contingencies rather than because of any inner dynamic of science.

You conclude The Harmony of Illusions by saying: "As the veterans of Vietnam age and fade, and their patrons in government adopt new priorities, a chapter in the history of the traumatic memory draws to a close." I guess that is what you mean?

Allan Young: Yes, that is exactly what I mean. And I've written since that book on the subject to suggest that when one looks at PTSD, the presumption is 'okay Allan Young, I understand what your idea is of an epistemic culture, I understand that epistemic cultures are co-productions but is that all that you have to say?', and the answer is 'no, that's not all that I have to say,' because I want to argue that PTSD does not have a single epistemic culture. In fact, if one looks historically from the late 1970s, just before DSM-III onwards, what we call PTSD is constituted of at least four or five quite distinctive epistemic cultures. Even though the whole talking about PTSD involves psychiatry and so on, I think there's a post-Vietnam war epistemic culture of global trauma having to do with refugees and immigrant populations, there is another epistemic culture of Holocaust PTSD that has considerable autonomy. In fact, not just one Holocaust PTSD, but four different versions of Holocaust PTSD, each with different standards. Right now, we're living in a period, a very interesting period of yet another of the epistemic cultures of PTSD and that's the post-9/11 epistemic culture which is radically different in terms of what its diagnostic standards are. The way such knowledge is produced discontinues with the others. As Ian Hacking said, it's not just evidence, it's some of the most taken-for-granted notions of outcomes, or what constitutes an outcome. That's changing over time! Forget about whether it's a good outcome or a bad outcome but what constitutes even an outcome changes radically over time within PTSD. Forget about the differences amongst the post traumatic disorders, World War I shell shock is expected to be different from PTSD. Even within these epistemic cultures of PTSD it likewise changes quite radically again as a product of historical contingencies, of social forces, of historical forces and constitutes, in a very real sense, a culture. These are distinctive cultures. And if one needed any more justification for why anthropologists should be interested in this, this is what we do, this is what our job is and the fact that we say 'culture of psychiatric science' doesn't make it any less a culture or make us any less relevant.

Hacking⁵ speaks of the necessity to unmask the contexts and actions through which science is being shaped. How do we find a balance between a vision of science as referring to a universal, transcendental reason and a relativist perspective, in some postmodernist trends, by example?

Allan Young: That's a terrific question. Whenever I do lectures, I always make this my starting point so that people don't misunderstand what I'm going to say afterwards. I believe that science's got a culture because the only way we can engage the world is in this very complicated way. We live in societies we have to engage, and sometimes people conclude from that statement quite foolishly: "Oh, science has a culture, witchcraft has a culture, astrology has culture." That's right, they all have cultures, but that doesn't mean that those cultures are equal. Among those cultures, science stands out as being vastly superior in a variety of ways and my ontology, my reality in the world is through the lens of science. That's the way that I see it. But again, that doesn't mean that one is uncritical or unknowing about what science is and what science does. The job is not to discredit science. Hacking says this very nicely, he said: 'I'm not interested in deconstructing what science does, I'm interested in knowing how science constructs knowledge, because that's my knowledge as well.' To talk about the contingencies that shape technology doesn't make that knowledge any less science. Because we don't have any

⁵ Hacking, Ian, 1999, *The Social Construction of what?* Cambridge: Harvard University Press.

other option! This is the human condition, this is how we live in the world, and our job is not to purify science because that truly would be a very mistaken enterprise with all sorts of unforeseen consequences. Our obligation is, to the extent that we can, to make the process transparent, and that's it.

Foucault⁶ said that psychiatry has quite a low epistemological profile. Would you think that's right?

Allan Young: I'm sorry to say he's right, and I'm sorry to say that within psychiatry that is not an unusual opinion. I think there are a number of reasons for this, particularly in the past, but now too. Foucault's observation was not an unkind or unreasonable observation. I think that within medicine and the various branches of medicine, there is likewise a consensus on this. It is reflected in disturbing trends in psychiatry with regards to it falling down the list of preferences, with regards to new residents coming in to do specializations in psychiatry. Psychiatry is, if not in a crisis, going through a very difficult period and it is well understood within psychiatry, not by every psychiatrist, but it's not something psychiatrists are ignorant of.

The medicalization of life is a common theme in medical anthropology. Singer describes this phenomenon as the "absorption of ever-widening social arenas and behaviors into the jurisdiction of biomedical treatment."⁷ How can anthropology provide arguments to resist the ideological temptation to reduce the entire human drama of suffering, anger or ecstasy to chemical reactions?

Allan Young: I think it is something bigger than simply medicalization. For maybe the last 4 years, 5 years, I've been very interested in social neurosciences and research in social neuroscience, particularly as it applies to psychiatric problems as well. But social neuroscience is not psychiatry; it is something much bigger than psychiatry. What has become clear to me is that we're living in a period that maybe bears some comparisons with what happened during the Enlightenment, from the late XVIIth century through the XVIIIth century, when there was a profound re-conceptualization of human nature, what people's innate dispositions are, what their capacities are, and a number of other ways you want to define human nature. I think something similar to that is taking place now. My own feelings are really quite negative. I was very happy about what happened in the Enlightenment and I'd be perfectly happy to continue on this trajectory because in one way, the final legacy of the Enlightenment was the birth of anthropology. Yet I think that something very profound is taking place and that we miss what is happening by thinking simply in terms like 'reductionism'. It's something bigger than that, it's something that anthropologists should be looking at and should be looking at in a critical way. Not to recommend changes but to get some grasp on what in fact is taking place which I don't think is altogether clear. And again, I've spent most of my time over the last four years, perhaps inappropriately, trying to get some sort of grip, some sort of framework to be able to write about this development. So, I think we are many steps away before we get into a position of talking about what we should change and what we should not change. When we talk about medicalization, you know it's a very complicated thing. Anthropologists have for decades, and Merrill Singer is one, complained

⁶ Foucault, Michel, 1984, *The Foucault Reader*. Paul Rabinow, ed. New York: Pantheon Books.

⁷ Singer, Merrill, 2004, *The Social Origins and Expressions of Illness*. *British Medical Bulletin* (69)1:9-16.

about the medicalization of everyday life. Again, I think it's much more than that. Medicine is just one part of this. And yet if we look into psychiatry and talk about a social transformation that has taken place through psychiatry or in relation to psychiatry, it's been ironically the medicalization of psychiatry. I mean specifically the biologization of psychiatric disorders. In terms of the costs and benefits, I think that patients, their families and society as a whole have benefited from the biologization or medicalization of psychiatry, when compared to what it was before that. It's one of those cases where people say 'be careful what you wish for because you might get it' and the demedicalization of psychiatry, of that domain of life, would be an enormous step back. Now I realize that it is not the question that you asked. You included a great many other things about passion, about imagination and I completely agree with you. And the battle should be joined. Even within social neurosciences people are looking into it. We just have to wait to see what happens but again the first job is to be able to know what we talk about and to know what it is.

It's taking place in social neurosciences...

Allan Young: Absolutely. I gave a talk in Vancouver, I've given one in Chicago. The same issue. I start off by saying that my interest is in being able to say something about human nature. The way that human nature is reconceived and changed and... One of the ways of defining human nature is not only to say that human nature reverts to these innate capacities and dispositions of people but also the distinctive problems that are engendered by those capacities and dispositions. So we start off by making an assumption which most of us make of the autonomy or the self-contentedness of the individual. We then immediately have a problem that philosophers have written about for three hundred years. It is called the problem of other minds. How do we know what belongs in the minds of other people? How is this possible? If we go back in time, and look at the period between 1870 to about WW2, the discipline that was preeminent in asking that question, attempting to answer it, drawing the attention from educated people around the world, was anthropology. And it was the problem of rationality and it was a problem that anthropologists asked for two reasons. Number one, because of the Enlightenment heritage, genealogy of anthropology, and number two, because anthropologists at that time were working with very exotic societies of which nobody knew the language. So there was immediately the problem of being able to establish, to bridge the problem of other minds. How do you know this is what's really going on in this society and especially when they're saying such odd things, and they're doing such odd things? Today, it's not politically correct to call people odd but if you go back to when Evans-Pritchard was describing the Azande⁸, it was 'I came and I saw them, their behavior is idiotic, it's crazy, it's stupid, you know... But I know if I interact with them as human beings, that they are rational, that they are progressive in their attitude to the world and that they are empirical. So, how can you be rational and empirical and progressive on the one hand, and an idiot on the other hand?' You know something has to be explained here, and of course the result of this is these *magnum opuses*. If anthropology only produced a single book, something to remember for hundreds of years, it would be *Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande*. Many philosophers read it at the time, including Ludwig Wittgenstein. How important it is. How important

⁸ Evans-Pritchard, Edward Evan, 1976[1937], *Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande*. Oxford: Oxford University Press.

anthropology is. Engaging anthropology. Since World War II, 1939 or something, you have a progressive decline. Structuralism comes in. Lévi-Strauss is a very important anthropological intellectual presence but it has been I think a downward slope in terms of what the relevance of anthropology is outside of anthropology. Quite sad, in that respect. I don't think that it's irretrievable, that it can't change but the same question is being asked, reframed all over again. Now it's being reframed not about other cultures but about other brains. In neuroscience. We have again the question that's being asked, and it's the question of other minds. And it's being asked in a very sophisticated, very compelling way. And anthropology's out of it, nowhere to be seen with regards to this reshaping. I think that's a very interesting historical development.

If anthropology was there to meet these exotic "other minds," why do you think it is not present to face changes, such as those happening in the neurosciences?

Allan Young: Only because it has not found its proper subject. I think its proper subject is not the science of the mind but the science of the brain.

How can philosophy contribute to that type of anthropological reflection on science?

Allan Young: It's a good question, and I have a short answer that I am utterly convinced of. Without philosophy, particularly without analytical philosophy, there is no anthropology worth talking about and I feel the same way about history and historical inquiry. If we don't have an anthropology that is read with a historical perspective on absolutely everything, including anthropology, if we don't have an anthropology that is totally grounded in the debates within analytical philosophy and other branches of philosophy, we've got an intellectually impaired, maybe even empty discipline. The achievements of anthropology in the past have been precisely because of that engagement. And in fact, I don't know if we'll ever recover the golden age back then, when the flows of ideas were to a substantial extent coming from anthropology into philosophy rather than from philosophy into anthropology. We can't hope for that now but we still have this marriage, I think. In this case, one partner has become more dominant than the other, there's maybe a kind of reversal.

Why isn't it possible right now for anthropology to be feeding philosophy intellectually?

Allan Young: It is possible if we could have the kind of 'renaissance' that I have spoken about. I mean, if we were going to talk about the great anthropologists today, there are many great ones...I don't mean to marginalize them. I would pick out amongst them someone who's a real embarrassment for us and that's Ian Hacking, because Hacking is not an anthropologist, he's a philosopher. Between you and me, in many ways, he is an exemplar of what an anthropologist should be. In the same way, to talk about the great anthropologists in the past that we have as our founding ancestors, a man who was not an anthropologist was Emile Durkheim. And we feel, as I do, that he's the greatest anthropologist of the whole. So, I think that tells us something about the nature of anthropology and the intellectual openness of anthropology.

Then what would be the main things that distinguish anthropology from sociology or philosophy? Historically speaking it's been often distinguished by its methodology but right now...

Allan Young: It's a very good question because the objects and the sites of inquiry that we have are now the same. In the past that was a very easy question to answer. Anthropologists were distinct and now that is not true. Again an answer that's convincing to me and it's not complicated, is that to become an anthropologist one must become socialized as an anthropologist and go back to those texts. In fact, I would have an even stronger argument and say it's not enough to go back to Durkheim, it's not even enough to go back to Spencer and work your way up through all the greats into 2008. I think it's necessary to go back to Locke and work a way up from the end of the XVIIth century through 2008. We're not philosophers and we should not attempt to become philosophers but that's where anthropology was born. That's where our epistemology begins. And once you abandon that, you're truncating what anthropology is about. So, it's quite natural for people to look around and say 'what is the difference between anthropology and sociology?' Well, I have an answer for that. You can say: 'Oh yeah that history stuff I'll pick that up later'. It is not history stuff, it's epistemology stuff. That would be my answer. I think that is anthropology, at least what I see as anthropology, and of course I have no claim to say 'that is the true anthropology'... I am not making that argument, I only speak for what I know and what I understand.

So it is the epistemological perspective which is different...?

Allan Young: Absolutely. We've got our epistemic culture.

References

- American Psychiatric Association
1994 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV.
Washington: American Psychiatric Association.
- Evans-Pritchard, Edward Evan
1976[1937] *Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande*. Oxford:
Oxford University Press.
- Foucault, Michel
1984 *The Foucault Reader*. Paul Rabinow, eds. New York: Pantheon
Books.
- Hacking, Ian
1999 *The Social Construction of What?* Cambridge: Harvard University
Press.
- Singer, Merrill
2004 The Social Origins and Expressions of Illness. *British Medical Bulletin*
(69)1:9-16.
- Young, Allan
1995 *The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*.
Princeton: Princeton University Press.

*Vincent Duclos
Doctorant
Département d'anthropologie
Université de Montréal
vincent.duclos@umontreal.ca*



L'engagement, le soin et la santé à la croisée du social et du médical. Entretien avec le Dr Gilles Julien

Marie-Ève Carle
Université de Montréal

Pour moi, tous les enfants sont les mêmes dès le départ. Ils ont tous le même potentiel, il faut simplement l'actualiser. Gilles Julien

Au Québec, le Dr Gilles Julien est reconnu en tant que fondateur de la pédiatrie sociale, une approche dépassant largement l'aspect biomédical des soins aux enfants qui propose une vision holistique combinant à la fois les aspects médicaux et sociaux de la maladie afin de prendre soin des enfants et des familles plus vulnérables. Novatrice à bien des égards, cette approche implique, entre autres, la mise sur pied d'une équipe interdisciplinaire offrant, d'une part, une prise en charge globale des enfants et de leurs familles et, d'autre part, un espace de parole et d'action pour les parents. Ce virage radical dans le domaine de la pédiatrie et son engagement soutenu envers le bien-être des enfants ont donné lieu à la création de deux organismes incarnant cette vision de la pédiatrie sociale : l'Assistance d'enfants en difficultés (AED) dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve¹ et le Centre de services préventifs à l'enfance de Côte-des-Neiges (CSPE)². Ces deux Centres sont implantés au sein de quartiers défavorisés de Montréal et travaillent en collaboration avec la communauté locale (milieu communautaire et scolaire) et les institutions provinciales œuvrant au bien-être des enfants.

¹ Hochelaga-Maisonneuve est un quartier bordé de deux voies ferrées, à l'est et à l'ouest. En 2005, sa population était de 48 117 personnes. Dans ce secteur, la moitié de la population vit de l'aide sociale; 60 % des familles sont monoparentales. Plus de la moitié des enfants ne finissent pas leurs études secondaires. Violence, prostitution, drogue et alcool sont des problématiques endémiques dans le quartier (Déharnais et Le Breton 2008).

² La population immigrante de ce quartier, dont la provenance est extrêmement diverse, vit dans des conditions très modestes. Le pourcentage de personnes vivant sous le seuil de faible revenu est de 13 % supérieur au taux enregistré dans la région de Montréal. Le taux de chômage y est également le plus élevé de la région montréalaise (CLSC Côte-des-Neiges 2009).

Homme de terrain, le Dr Julien ancre sa pratique dans le quotidien de ses petits patients en sortant des cadres prescrits par la pédiatrie « traditionnelle », de la norme imposée. Il se bat corps et âme depuis des dizaines d'années pour venir en aide aux enfants les plus vulnérables – que ce soit à travers les différents postes qu'il a occupés en santé communautaire et en santé publique au Québec, en tant que consultant international pour plusieurs organismes, dont la Banque mondiale, ou à travers les nombreux ouvrages³ et articles qu'il a rédigés visant à promouvoir sa vision des soins et la défense des droits des enfants.

L'objectif de la pédiatrie du Dr Julien est principalement de cibler, au départ, les déterminants sociaux, économiques et politiques de la santé des enfants. Dans le cadre de ce numéro thématique d'Altérités, il a semblé qu'il était d'autant plus important de présenter cette approche puisqu'il s'agit d'un exemple concret d'action réagissant à une pratique de la médecine que l'anthropologie médicale, notamment l'anthropologie médicale critique, tente depuis plusieurs années de dénoncer.

Au travers de cet entretien, le Dr Julien nous explique en quoi consiste plus précisément la pédiatrie sociale en nous montrant comment cette approche s'articule dans les pratiques quotidiennes. Les trois axes principaux de son approche se trouvent ici explicités : le caractère global de la santé et de la prise en charge, l'importance de l'interdisciplinarité et l'« empowerment » des familles. Dans un deuxième temps, il est apparu important d'insister sur les contributions possibles des sciences sociales à cette forme singulière de la pédiatrie.

Dr Julien, pourriez-vous nous décrire brièvement ce qu'est la pédiatrie sociale?

Gilles Julien : La pédiatrie sociale, c'est la pratique des soins des enfants. Elle fait référence à la pédiatrie, qui n'est pas pratiquée uniquement par des médecins, mais par toutes sortes de gens qui s'occupent d'enfants. Le sens dans lequel j'utilise le mot pédiatrie est beaucoup plus large et ne se limite pas au pédiatre. Elle est « sociale », en ce sens que je voulais développer une pratique qui était beaucoup plus près des causes et des problématiques de santé des enfants. À la suite de plusieurs insatisfactions datant du début de ma pratique, qui m'amenaient toujours à me butter aux déterminants de la santé, à des phénomènes sociaux ou encore à des droits d'enfants bafoués influençant la santé des enfants, je trouvais que la terminologie **pédiatrie sociale** était plus indiquée pour ce que je voulais faire. Ce qui en a résulté, c'est une pratique en communauté visant à intégrer tous les services qui correspondent à l'ensemble des besoins des enfants et même aux droits des enfants – qui sont inclus dans ce type d'approche de pédiatrie sociale en communauté. C'est ce que nous faisons dans les deux centres.

D'une façon caricaturale, dans les deux centres, les bureaux que nous appelons d'« évaluation-orientation » sont organisés en conséquence. Ils sont grands, il y a des divans et souvent des plats de fruits. Ils sont faits pour inviter le plus de personnes possible à l'évaluation-orientation, c'est-à-dire à la

³ Voir, entre autres, Julien (1987, 2004[1999], 2004a, 2004b, 2004c, 2005).

première visite. Et le coin « médical » représente à peu près 10 % de l'ensemble, ce qui correspond à la réalité. Il est nécessaire, il est là, mais les grands enjeux sont loin de la médecine physique.

Vous proposez donc une approche globale qui s'articule non seulement autour du médecin, mais aussi autour de plusieurs personnes pouvant travailler pour la santé des enfants. Il me semble qu'il y a là un élément primordial. Pouvez-vous me parler de l'importance de l'interdisciplinarité en pédiatrie sociale?

Gilles Julien : En pédiatrie sociale, on fait référence au Dr Julien en tant que « Père de la pédiatrie sociale », donc au médecin. Toutefois, si au début cela était vrai, progressivement et maintenant de façon très élaborée, cette approche est devenue bien plus interdisciplinaire. Tout le monde est en parité, c'est-à-dire que lorsque nous faisons une évaluation lors du suivi des cas, tout le monde (travailleurs sociaux, éducateurs, psychoéducateurs, psychologues, arts-thérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, etc.) contribue à cerner les problématiques, mais aussi les priorités sur lesquelles nous devons travailler avec l'enfant et la famille. Chacun apporte une contribution, mais de façon paritaire; chaque personne a le même pouvoir, le même droit; ce ne sera pas le médecin qui décidera de tout. C'est plutôt l'équipe qui prendra la décision par consensus.

Cette parité inclut également les familles, ce qui implique qu'elles ont le même droit qu'un intervenant de se prononcer, d'émettre des hypothèses, de partager l'information et de définir un plan d'intervention et de suivi. Toute l'approche interdisciplinaire est intégrée ici. C'est parfois difficile, car nous travaillons avec plusieurs professionnels et nous avons chacun notre formation, nos valeurs, notre pouvoir; les familles aussi ont leurs valeurs et leur agenda dont il faut absolument tenir compte. Je pense que nous avons réussi dans les centres de pédiatrie sociale à mettre sur pied une approche interdisciplinaire incluant les familles mieux que tout ce que j'ai vu actuellement dans d'autres institutions, où il est encore très difficile de l'implanter pour toutes sortes de raisons. Dans notre cas, c'est l'équipe qui prédomine et qui fait le travail. Par exemple, comme médecin je vais souvent voir l'enfant une fois au début de sa consultation et je participe au plan d'intervention. Par contre, il est possible que je ne le revoie que quatre mois ou un an plus tard. Le travail a continué, s'est réajusté, mais sans nécessairement avoir eu besoin de l'apport médical. Ceci nous permet d'utiliser nos connaissances et nos énergies de façon beaucoup plus appropriée. Il y a moins de temps perdu et les ajustements se font plus facilement, au jour le jour.

Le fait de concentrer toutes les ressources dans un même centre doit inévitablement faciliter le travail de l'ensemble des intervenants et des familles. Quels en sont les principaux avantages?

Gilles Julien : Si nous avons besoin de l'orthophoniste, elle est à côté et elle vient tout de suite. C'est la même chose pour la psychoéducatrice ou encore l'art-thérapeute. Nous pouvons aller beaucoup plus loin, parce que nous avons réussi à amener nos consultants avec nous, dans nos locaux, au sein même de la communauté. Cela veut dire par exemple que l'évaluation d'enfants autistes par le pédopsychiatre, au lieu de prendre deux ou trois ans, comme il arrive parfois en milieu hospitalier, se fait dans nos centres de façon

beaucoup plus rapide et dans un climat plus familial. Nous avons trois pédopsychiatres qui circulent dans nos centres. Des médecins de famille et des neurologues sont également présents. L'objectif est d'engendrer de la mobilité entre les centres tertiaires et la communauté. La Direction de la protection de la jeunesse⁴ accepte fréquemment de venir faire les plans d'intervention avec nous, ce qui est, pour les familles, beaucoup plus crédible et facile. Nous leur donnons la garantie que nous allons toujours être là pour défendre leurs droits.

Vous avez mentionné précédemment que les phénomènes sociaux se répercutent sur la santé des enfants... Mais, selon vous, ces phénomènes ne dépassent-ils pas le cadre de la communauté, ne sont-ils pas aussi de l'ordre du macro?

Gilles Julien : Il est évident que les causes sociales des problèmes de santé des enfants ont des origines souvent macro sociétales et nous en sommes bien conscients. Mais l'idée était de commencer par outiller la base, c'est-à-dire le milieu de vie des enfants, pour prouver que ça pouvait fonctionner. L'étape suivante sera certainement plus large, il faudra influencer les politiques ou encore provoquer des changements majeurs au niveau de la société afin de mieux intervenir auprès des enfants. C'est ce que nous voulons maintenant expérimenter. Nous le faisons un peu au jour le jour à travers des publications, des conférences publiques et dans divers médias. Mais jusqu'à présent nous avons surtout mis l'accent sur le micro, qui nous occupe encore grandement d'ailleurs.

Actuellement, nous sommes en période de maturation rapide, étant donné que nos deux centres sont des centres de formation universitaire pour différentes disciplines médicales et autres. Nous proposons des stages d'un an en travail social, en psychoéducation, en art-thérapie, etc., et nous avons beaucoup de stagiaires. Nous sommes sur le point d'étendre le modèle au Québec. Nous recevons présentement des demandes de gens qui veulent développer des centres de pédiatrie sociale, nous les analysons et sommes prêts à les appuyer. Nous sommes en train de nous donner les moyens pour que la pédiatrie sociale devienne, au Québec, un véritable mouvement social, médical et politique autour des enfants.

Depuis quatre ans, l'adhésion à ce modèle est grande, tant auprès du public que des médias. Les gens y croient, c'est remarquable. Je pensais que c'était une mode, mais cela dure et ce n'est pas pour me piéger, mais plutôt pour me donner la parole. En soi, c'est un phénomène de société qui est intéressant.

⁴ Le directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) est un organisme gouvernemental québécois qui a pour mandat d'intervenir pour faire cesser la situation qui compromet la sécurité ou le développement d'un enfant et pour éviter qu'elle ne se reproduise. Il a la responsabilité de recevoir et évaluer les signalements. Il doit prendre en charge la situation de l'enfant dont la sécurité ou le développement est compromis et à cette fin, il peut proposer l'application de mesures volontaires ou saisir le tribunal compétent, la Chambre de la jeunesse de la Cour du Québec. Il doit également réviser périodiquement la situation de l'enfant. Le DPJ exerce par ailleurs des responsabilités en matière d'adoption et de tutelle. Finalement, le DPJ intervient à l'égard des adolescents de 12 à 17 ans dans le cadre de l'application de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*. Il porte alors le titre de directeur provincial et exerce les fonctions conférées par cette loi (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse 2009).

Comment expliquez-vous cette popularité?

Gilles Julien : Les gens me disent que ce que nous faisons a du sens et que c'est ce qu'il faut faire. Il n'y a pas de meilleure explication. Par exemple dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve, où les problématiques sont beaucoup plus lourdes, les gens viennent nous voir pour la première fois et sont en grosse colère ou peinés. Ils ne croient plus en personne, plus à rien. Ils me disent souvent qu'ils viennent parce que le voisin, une amie ou une parente leur a dit : « vas-y, il va pouvoir t'aider, inquiète-toi pas ». Ils arrivent un peu sceptiques et repartent avec le sourire et plus mobilisés.

Dans notre approche, nous sommes proches d'eux. Je m'adresse d'abord à l'enfant et souvent je vais jouer avec lui, je l'invite à dessiner ou encore à me courir après pour m'en approcher et l'apprivoiser. Pendant ce temps, la travailleuse sociale continue l'évaluation avec la famille et les autres invités. Par la suite, nous partagerons nos informations avec tous les participants. Nous les mettons à l'aise et ils nous disent que c'est parfois la première fois qu'ils se sentent écoutés. C'est une méthode différente qui est très liée à l'humain. Nous sommes à l'écoute. Je n'arrive pas en disant : « tu fais ceci ou cela... ». Je leur amène des hypothèses. Nous en discutons et parfois ils me disent que ce que je dis n'a aucun sens! Ils peuvent le faire et cela crée un climat de confiance. Si la mère pleure, je vais me lever, je vais aller la prendre dans mes bras. Il n'y a aucune distance. Je m'assois sur le divan avec les familles. Avec les enfants, je me place à leur niveau pour leur parler. Je m'installe sur le sol ou je vais m'asseoir sur de petites chaises. Ce sont des choses très simples, mais qui créent un climat de confiance. Toute l'équipe fonctionne de cette manière.

En ouvrant le centre dans le quartier Côte-des-Neiges, je ne savais pas trop si cette approche allait fonctionner. Mais oui, cela s'applique à toutes les cultures. Quand on travaille avec l'humain, on se comporte en personne humaine, on peut toucher, consoler, encourager et mobiliser toute personne de toute culture pour la cause des enfants.

Puisque vous le mentionnez, l'un de vos centres, le CSPE, travaille avec la population majoritairement immigrante du quartier Côte-des-Neiges. Ne croyez-vous pas que la langue pourrait constituer une sorte de barrière entre vous et les familles que vous rencontrez?

Gilles Julien : C'est étonnant! De l'extérieur cela peut sembler assez embêtant, car il y a une cinquantaine de langues et de cultures différentes auxquelles nous devons faire face quotidiennement, mais la barrière de la langue ne représente pas un problème, parce qu'il y a une grande proximité entre le centre et la communauté. Le fait que les gens sont plus détendus ici fait en sorte que nous pouvons communiquer par d'autres moyens qu'uniquement avec le langage. Nous essayons en même temps de comprendre les cultures et de leur donner de la place. Nous nous occupons des besoins, des **bobos** des enfants, mais cela inclut aussi les besoins culturels et spirituels. Nous sommes donc très ouverts à échanger sur les valeurs et à respecter ces valeurs, même dans le diagnostic. Cette ouverture est présente dans les centres de pédiatrie sociale et elle favorise l'échange qui est nécessaire au travail ou aux actions subséquentes, tout aussi nécessaires pour aider l'enfant.

En somme, ce que vous dites c'est que même si le quartier Côte-des-Neiges est effectivement très multiethnique et très diversifié, une mère inquiète, c'est une mère inquiète! Il y a des points qui sont communs à tous les êtres humains, n'est-ce pas? Au-delà des cultures, le langage de la souffrance semble être le même...

Gilles Julien : La peur, c'est la peur. Ils veulent que leur enfant aille bien. Ils ont de la peine. À partir de là, nous sommes semblables, la souffrance n'a pas de frontière et ne tolère pas de frontière quand il s'agit d'entraide essentielle. Le reste, c'est comme l'oignon et ses pelures. Il y a des pelures, mais nous n'avons pas de problèmes avec cela. Le noyau, lui, est pareil. Nous travaillons le noyau. Je n'irais pas aussi loin dans la proximité que dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve, car là c'est ma culture, j'en connais les balises et les limites et peux parler leur langue. Mon approche est donc adaptée selon le milieu. Il y a un protocole différent à chaque endroit. Il faut simplement le respecter dans une perspective éthique.

Votre approche accorde une importance de tout premier ordre aux parents dans la prise en charge de certaines problématiques. Vous leur redonnez du pouvoir, en quelque sorte. Je me demande s'il y a encore une place aujourd'hui, dans notre société, pour le savoir parental ou si le savoir expert occupe dorénavant toute la place?

Gilles Julien : Nous sommes devenus très dogmatiques. Par exemple, l'école s'attend à XYZ du parent. Pour être un bon parent, il faut être réceptif lorsque l'école appelle, il faut répondre même si tu es au travail ou n'importe où. Si tu ne fais pas cela, tu peux passer pour un moins bon parent. Pour les Centres Jeunesse⁵, c'est un peu la même chose. Pour être un bon parent, il faut répondre à certains critères et à des normes établies par la loi du pays, auxquelles nous adhérons tous, d'ailleurs. Le problème vient de l'application de ces normes et concepts qui de toute façon sont susceptibles de changer dans le temps et peuvent même varier selon les individus chargés de les appliquer, d'où la possibilité réelle de dérapage. Le plus grand risque découle d'attitudes rigides et de formules trop ethnocentriques de la part d'individus chargés de pouvoir par nos lois ou règlements. Par exemple, on recommande souvent aux parents dits « incompetents » de prendre des « cours de parent ». Les parents sont obligés d'aller à deux ou trois cours différents, souvent sous l'ordonnance du tribunal; ils peuvent s'y perdre totalement, car ces cours sont donnés par des personnes ayant des visions parfois complètement opposées et dans un contexte d'autorité qui sied mal à la compréhension et à l'adhésion à des concepts nouveaux pour eux.

Nous en sommes arrivés là à cause de notre façon de fonctionner en silos. Notre société est devenue trop normative. Nous avons soustrait complètement la contribution du savoir parental pour le redonner entièrement aux institutions étatiques. Au niveau transculturel, c'est la même chose. Quelle est la contribution des différentes cultures familiales dans la progression de la connaissance sur le soin aux enfants? Il n'y a personne qui se pose cette question, mais elle est fondamentale. Dans le quartier Côte-

⁵ Le Centre jeunesse de Québec dispense des services à des jeunes confrontés à des réalités sociales et familiales difficiles. Le Centre jeunesse de Québec offre des interventions professionnelles du personnel en matière de protection des enfants et de réadaptation des jeunes, d'hébergement, d'adoption, de retrouvailles, de médiation et d'expertise familiales ou encore en matière d'aide et de support aux mères en difficulté d'adaptation (Centre jeunesse de Québec 2009).

des-Neiges, nous sommes chanceux, nous sommes confrontés à plusieurs cultures et, à chaque fois, nous demandons aux familles quelle est la contribution de leur culture. Que pense la grand-mère en Afrique de la problématique que nous sommes en train d'évaluer? J'ai besoin de savoir cela. Parfois, je leur demande : « appelle-la, demande-lui ce qu'elle en pense ». C'est une contribution fantastique. C'est vrai aussi dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve, dans une monoculture de souche... Les familles ont leur propre culture, leur propre façon de faire et la zone de normalité devrait être très grande. Il y a des écarts dans cette zone, mais il faut laisser la place aux familles afin qu'elles puissent jouer de créativité et prendre leurs valeurs en considération, sans nécessairement vouloir intervenir à tout prix. Malheureusement, nous ne le faisons pas et encore une fois, nous jugeons rapidement et nous nous privons d'une contribution extraordinaire.

Il est évident que pour nous, l'*empowerment* des personnes, qui inclut l'enfant, sa famille, sa famille élargie et compagnie, est fondamentale, et constitue notre approche de base. Un des grands projets que nous avons mis sur pied dans le cadre de « l'Alliance Droit-santé »⁶, s'appelle le « Cercle protecteur de l'enfant »⁷. Nous évaluons actuellement, en collaboration avec l'Université McGill, la formule d'un cercle qui remet complètement le pouvoir aux familles autour de différentes problématiques que vivent les enfants et les familles, même quand il s'agit d'enjeux de protection. On le fait en lien avec les différentes institutions dans la perspective de respecter le savoir et l'autorité parentale et de s'assurer du respect intégral des droits des enfants. Il peut s'agir de déterminants de la santé comme ceux liés à l'environnement, d'enjeux de réussite ou d'adaptation scolaire, de garde ou de négligence d'enfants. La famille va créer son cercle avec la famille élargie, les amis, les intervenants, l'enfant se situant au centre. C'est la famille qui va recueillir les préoccupations des gens, qui va les analyser et qui va essayer de faire un consensus à la fin de la séance autour de ce qu'il faut faire, avec l'aide d'un avocat-médiateur qui sert de facilitateur.

Le cercle est une source de pouvoir pour les parents qui n'en auraient pas autrement et qui seraient normalement défavorablement jugés. Nous leur donnons la chance de s'exprimer et cette contribution est immense. Dans pratiquement tous les cercles, nous invitons la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) qui est souvent impliquée dans les cas. Les intervenants de la DPJ contribuent, au même titre que les autres invités de la famille, comme associés pour le mieux-être de l'enfant. Cela se fait sous forme de consensus, donc avec une autorité partagée avec le réseau familial. Avec nous, l'implication des familles est totale.

La diversité des professionnels travaillant au sein de vos équipes et l'importance de l'interdisciplinarité sont au cœur de la pédiatrie sociale. En partant de ce constat, j'aimerais vous amener ailleurs et aborder la question de la contribution possible des sciences sociales à la pédiatrie sociale. Est-ce qu'il y a des gens des sciences sociales qui travaillent ou collaborent avec

⁶ L'« Alliance Droit-Santé » propose un modèle qui nécessite l'établissement d'un véritable partenariat entre la médecine et le droit et qui contribue à réduire les impacts négatifs des déterminants de la santé en faisant respecter les droits fondamentaux des enfants (Fondation pour la promotion de la pédiatrie sociale 2009).

⁷ Le cercle protecteur de l'enfant consiste en une mobilisation de la famille afin de trouver des solutions lui donnant ainsi le pouvoir de se prendre en main avec l'aide des professionnels et de partenaires tel que l'école, la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), les voisins, la famille élargie, etc.

vous?

Gilles Julien : Il y a des travailleurs sociaux. C'est intéressant dans l'évolution du concept de pédiatrie sociale, car au début il était impensable d'avoir de travailleurs sociaux, parce qu'ils sont souvent associés à la protection et au déplacement des enfants. Tranquillement, nous avons accepté dans l'équipe des travailleurs sociaux. Ils sont devenus des adjoints cliniques qui prennent beaucoup de place au niveau des problématiques sociales. Ils ne sont pas là pour décoder de grands enjeux sociaux, mais ils contribuent à arrimer à nos préoccupations les grands déficits sociaux, que représentent par exemple, l'exclusion ou les inégalités.

Au cours des années, cette contribution « sociale » a amené, par exemple, le projet « Alliance Droit-Santé ». Nous avons une avocate à plein temps dans les centres de pédiatrie sociale afin de travailler toute la question des iniquités relatives aux droits des enfants et des familles. Donc, notre système évolue tout le temps. Nous n'avons pas encore été jusqu'à intégrer l'anthropologie, mais nous nous acheminons vers cette perspective qui pourrait effectivement nous mener à des questionnements sociétaux plus vastes. Par contre, l'absence d'un anthropologue ne nous empêche pas de nous questionner sur les grandes problématiques sociales ou politiques. Nous le faisons, mais pas comme peuvent le faire les gens en sciences sociales. Je crois que cela s'explique par le fait que le « focus » a, dans un premier temps, été mis au service des enfants. Dans un second temps, nous avons mis l'accent sur la communauté et finalement sur la société. Ce matin à la radio, on m'a demandé :

– « Est-ce que vous êtes en train de changer la façon dont nous donnons les services aux enfants au Québec? »

– « Oui, c'est sûr! », leur ai-je répondu.

Notre entreprise « sociale » est de plus en plus orientée vers une perspective de diffusion à l'ensemble du Québec. Nous avons deux grands projets qui sont susceptibles de s'universaliser dans un proche avenir, soit « Accès à l'école »⁸ et « Alliance Droit-Santé », qui devraient changer les façons de faire et assurer une meilleure préparation à l'entrée à l'école pour l'un et un meilleur respect des droits globaux des enfants pour l'autre.

Il existe une certaine collaboration, principalement au niveau de la recherche, entre médecins, personnel soignant et chercheurs en sciences sociales – je pense plus particulièrement à un groupe de recherche du CHU Sainte-Justine, l'Unité de pédiatrie interculturelle, auquel je suis affiliée. Selon vous, quelle place pourrait prendre, par exemple, un anthropologue ou un sociologue au sein d'une équipe comme la vôtre?

Gilles Julien : M. Jacques Rhéaume, sociologue à l'Université du Québec à Montréal et jusqu'à récemment directeur de la recherche au CLSC Côte-des-

⁸ « Le projet « Accès à l'école » est un projet réalisé en partenariat entre le Centre de service préventif à l'enfance et 5 écoles de la Commission scolaire de Montréal situées dans le quartier multiethnique de Côte-des-Neiges à Montréal. Il vise une entrée à l'école réussie pour les enfants vulnérables de ce quartier. Avant la fréquentation scolaire, enfants et parents participent à des activités visant à les familiariser avec l'école, à repérer des enfants qui auraient des difficultés pour leur offrir des services et à les soutenir dès le début de leur scolarisation » (GRAVE-ARDEC 2009).

Neiges⁹, a fait une évaluation de nos services il y a quelques années¹⁰. C'était très intéressant et il l'a fait dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve également. En fait, depuis le début nos bailleurs de fonds nous demandent de préciser l'impact de nos actions. Nous avons toujours été d'accord avec cela, mais nous n'avons jamais trouvé une formule d'évaluation de recherche-action pouvant satisfaire nos perspectives par rapport à l'action que nous menons. Nous ne voulons pas que les évaluateurs essaient de décortiquer notre approche, car elle est trop globale. En pédiatrie sociale nous nous efforçons d'enlever les « petites cases », les « silos » qui justement décortiquent et empêchent une vision globale du service aux enfants. M. Rhéaume a réussi à cerner des indices intéressants d'impacts et de mobilisation. Sa recherche était qualitative et cernait le partenariat et la satisfaction de la population. Nous sommes ouverts à une formule d'évaluation qui ciblerait une approche globale, son impact sur la communauté, sur les familles et sur la société.

Nos familles nous disent : « si vous n'étiez pas là, nous serions complètement démunis ». Pour nous, c'est une évaluation suffisante pour continuer, mais pas pour nos bailleurs de fonds. Nous pourrions penser à une implication des chercheurs plus qualitatifs (intégrant sociologie, anthropologie et beaucoup d'autres sciences), mais qui ne viendraient pas uniquement regarder et mesurer ce que nous faisons d'une manière classique et cloisonnée. Pour ce type de collaboration, oui, il y a une ouverture et j'attends avec impatience que quelqu'un nous présente quelque chose d'aussi intégré que cela en recherche évaluative¹¹.

La collaboration avec les sciences sociales consiste-t-elle uniquement en de la recherche évaluative?

Gilles Julien : Pour le moment, c'est notre principal besoin. À plus long terme ce pourrait être différent.

En sciences sociales, notamment en anthropologie, il y a pourtant des projets qui ne se limitent pas à la recherche évaluative. Il s'agit de recherches qualitatives abordant, par exemple, les enjeux de la médecine actuelle, les trajectoires de soins ou encore le vécu des familles. Est-ce que ce type de recherche est envisageable?

Gilles Julien : J'ai peut-être encore de vieilles « bibittes » par rapport à l'anthropologie. À l'époque où l'on étudiait les autochtones, par exemple, on faisait des descriptions détaillées et des analyses poussées qui n'ont pas à ma connaissance d'impacts assez puissants sur la santé de ces populations. Je suis un homme d'action et ce qui peut éclairer mon action m'intéresse. Pas

⁹ Au Québec, les centres locaux de services communautaires (ou CLSC) « ont pour mission d'offrir, en première ligne, à la population du territoire qu'ils desservent, des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion » (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2009).

¹⁰ Voir Rhéaume et al. (2005).

¹¹ L'évaluation de programme, d'impact, etc. est souvent un outil important pour la direction politique et administrative ainsi que pour les intervenants et participants qui aspirent à une reconnaissance publique. L'évaluation permet de faire un retour sur les objectifs initiaux, le budget, les acquis d'apprentissage, etc. En santé la recherche évaluative permet, par exemple, d'optimiser les résultats thérapeutiques par l'évaluation des interventions, des systèmes et des politiques en matière de santé.

le reste. C'est sûr que ça pourrait m'intéresser si on privilégiait une approche moins descriptive et plus dynamique incluant des perspectives historiques. Encore une fois, l'interdisciplinarité m'intéresse davantage qu'une approche limitative et on ne peut se limiter qu'à la description; la contribution doit être concrète, constituer un réel bénéfice pour une population donnée.

D'ailleurs, nous réfléchissons à cette question actuellement, parce que nous voulons développer des outils visuels, cinématographiques, pour décrire des situations réelles ou pour interpeller les gens. En fait, notre objectif est surtout d'interpeller la société face aux inégalités. Pourquoi un enfant (ou une famille) qui est dans une situation X est « victimisé » et non pas soutenu par la société? C'est une préoccupation majeure, parce que c'est comme cela que notre société a évolué avec nos grands systèmes.

Dans tous nos grands systèmes sociaux – soit le système médical, scolaire ou à la protection de la jeunesse –, nous avons développé un mécanisme de jugement rapide, de délation jusqu'à un certain point. Pourquoi? Je ne le sais pas. Il serait intéressant de fouiller une telle problématique. Parce que nous, nous sommes en réaction. Le début de la pédiatrie sociale était en surréaction à ce genre de système qui n'avait aucun sens et qui pénalisait les victimes, surtout les enfants. Par exemple, notre système de protection de la jeunesse est très bon, mais souvent il ne considère que le besoin de protection et, faute de moyens, il met de côté d'autres besoins complémentaires et essentiels, comme l'identité et l'attachement au milieu naturel. La question est plus de se demander comment protéger un enfant dans son meilleur intérêt, c'est-à-dire en respectant en même temps l'intégralité de ses droits et de ses besoins. Présentement, pour le protéger nous nous contentons trop souvent de l'isoler, de le déraciner de sa famille, de ses amis, de son école, de son milieu! Nous ne ferions même pas cela à un animal, car nous savons que ce serait désastreux et qu'il ne s'en remettrait pas. Par contre, nous le faisons à un enfant.

Or, nous sommes tous responsables. Comme société, nous avons validé ce système et nous continuons de croire qu'il est le meilleur au monde... Peut-être que l'anthropologie pourrait nous aider à décoder pourquoi la société en est arrivée à faire de telles choses? Cela m'intéresse beaucoup. Je pense qu'il faut réfléchir à comment, ensemble, nous répondrons à ces grands enjeux à l'avenir.

Références

Centre jeunesse de Québec

2009 Site Web officiel du Centre Jeunesse de Québec. Document électronique, <http://www.centrejeunessedequébec.qc.ca/Afficher.aspx>, consulté le 20 février 2009.

Centre local de services communautaires (CLSC) Côte-des-Neiges

2009 Site Web officiel du Centre local de services communautaires Côte-des-Neiges. Document électronique, <http://www.clscote-des-neiges.qc.ca/>, consulté le 20 février 2009.

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse

2009 Site Web officiel de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. Document électronique, <http://www.cdpedj.qc.ca/fr/protection-droits-jeunesse/enfants-difficultes-dpj.asp?noeud1=1&noeud2=5&cle=31#qui-directeur>, consulté le 20 février 2009.

Desharnais, Julie et Marie-Agnès Le Breton

2008 L'approche concertée de la pédiatrie sociale. Présentation dans le cadre du colloque du CTREQ, Québec, 18 avril 2008. Document électronique, http://www.innovons.qc.ca/documents/V-2-02_Lebr-Desh.pdf, consulté le 20 février 2009.

Fondation pour la promotion de la pédiatrie sociale

2009 Site Web officiel de la Fondation pour la promotion de la pédiatrie sociale. Document électronique, <http://www.pediatriesociale.org/Communiquepresse.html>, consulté le 20 février 2009.

Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants et l'Alliance de recherche sur le développement des enfants dans leur communauté (GRAVE-ARDEC)

2009 Site Web officiel du Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants et l'Alliance de recherche sur le développement des enfants dans leur communauté. Document électronique, <http://www.graveardec.symposium2008.uqam.ca/pages/programme/>, consulté le 20 février 2009.

Julien, Gilles

1987 *Votre enfant au jour le jour. De la naissance à 6 ans.* Québec: Les Publications du Québec.

2004[1999] *Soigner différemment les enfants. L'approche de la pédiatrie sociale. Réédition revue et augmentée.* Montréal: Les Éditions Logiques.

2004a *Soigner différemment les enfants. Méthodes et approches.* Montréal: Les Éditions Logiques.

2004b *Aide-moi à te parler! La communication parents-enfants.* Montréal: Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.

2004c *A Different Kind of Care. The Social Pediatrics Approach.* Montréal: McGill-Queen University Press.

2005 *Enfance blessée, sociétés appauvries*. Montréal: Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.

Ministère de la Santé et des Services sociaux

2009 Site Web officiel du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Document électronique, <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02Lexique.asp>, consulté le 20 février 2009.

Rhéaume, Jacques, Marianne Giguère, Julie Paquette, Denise Roy et Louise Tremblay

2005 *Action communautaire, empowerment et construction identitaire : ethnicité et pauvreté*. Rapport de recherche. Montréal: Publication du Centre de recherche et de formation du CSSS de la Montagne.

Marie-Ève Carle
Doctorante
Département d'anthropologie
Université de Montréal
marie-eve.carle@umontreal.ca